

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского
образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования
по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре

по специальности **31.08.21 Психиатрия-наркология**

Направленность - **Психиатрия-наркология**

Форма обучения	очная
Курс	2
Общая трудоемкость	108/3 (час/зач. ед.)

Санкт-Петербург
2023

Программа государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ;
- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный приказом Минобрнауки России от 25 августа 2014 г. № 1063.
- Приказом Минобрнауки России от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки»
- Учебным планом по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология;
- Уставом Центра Алмазова
- Локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Абриталин Евгений Юрьевич	д.м.н. профессор	Заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Краснов Алексей Александрович	д.м.н. доцент	Профессор кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Хабаров Иван Юрьевич	к.м.н.	Доцент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4.	Синенченко Андрей Георгиевич	к.м.н. доцент	Доцент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа «Государственная итоговая аттестации» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой «09» ноября 2023 г., протокол № 9.

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «28» ноября 2023 г., протокол №13/2023.

1. Общие положения

К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, завершившие полный курс обучения в рамках учебного плана и освоившие основную образовательную программу высшего образования по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология.

Цель государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация выпускников ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава РФ (далее – Центр Алмазова) по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология проводится по окончании полного курса обучения с целью установления соответствия уровня профессиональной подготовки выпускника требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования и последующей выдачей диплома о высшем образовании.

Цель государственной итоговой аттестации: определить уровень сформированности универсальных и профессиональных компетенций, теоретической и практической подготовки обучающегося в соответствии с содержанием программы ординатуры.

2. Задачи государственной итоговой аттестации:

Задача государственной итоговой аттестации: определить качество подготовки обучающегося, его профессиональную компетентность:

- степень готовности к осуществлению основных видов деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой;
- уровень усвоения обучающимся материала, предусмотренного учебными программами дисциплин (разделов);
- уровень знаний, умений и навыков, позволяющий решать профессиональные задачи;
- степень освоения заявленных в программе компетенций.

3. Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

4. Требования к результатам освоения программы ординатуры по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны		
			Знать	Уметь	Владеть
1.	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	- методы формальной логики	- самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей; - прослеживать возможности использования результатов исследования и применения изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патологии;	- способностью формулировать и оценивать гипотезы

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны		
			Знать	Уметь	Владеть
				- собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию	
2.	УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	- основы медицинской психологии; - психологию личности (основные теории личности, темперамент, эмоции, мотивация, воля, способности человека); - основы возрастной психологии и психологии развития; - основы социальной психологии (социальное мышление, социальное влияние, социальные отношения); - определение понятий «этика», «деонтология», «медицинская деонтология», «ятрогенные заболевания», риск возникновения ятрогенных заболеваний в наркологической практике; факторы, способствующие возникновению и развитию ятрогенных заболеваний; характер клинического проявления ятрогенных заболеваний; прогноз ятрогенных заболеваний.	- бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия; - брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий; - принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность; - работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами; - соблюдать этические и деонтологические нормы	- способностью четко и ясно изложить свою позицию при обсуждении различных ситуаций; - навыками управления коллективом, ведения переговоров и межличностных бесед; - способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим персоналом, пациентами и их родственниками.
3.	УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	- понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.	- использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности; - организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество; - ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности; - самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации; - подготовить необходимую документацию в аттестационную комиссию на получение квалификационной категории; - проводить научные исследования по	- поиск и использованием информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны		
			Знать	Уметь	Владеть
				полученной специальности	
4.	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	- организацию наркологической помощи в Российской Федерации - основные направления развития современной психиатрии и наркологии - основные этапы развития психиатрии и наркологии, представителей психиатрических и наркологических школ - эпидемиологию и социальную значимость аддиктивной патологии - факторы риска возникновения аддиктивной патологии с учетом возрастно-половых групп. - первичную и вторичную профилактику аддиктивной патологии у детей и взрослых. - этиологию и патогенез аддиктивной патологии у детей и взрослых. - принципы формирования здорового образа жизни - вопросы ранней диагностики аддиктивной патологии - методы и принципы санитарно-просветительской работы среди населения	- выделять группы риска по развитию основных аддиктивной патологии среди населения. - дать рекомендации по первичной и вторичной профилактике основных аддиктивной патологии у детей и взрослых. - проводить раннюю диагностику аддиктивной патологии - проводить санитарно-просветительскую работу среди населения разных возрастных групп, направленную на формирование здорового образа жизни и предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний	- методикой психиатрического осмотра - методами ранней диагностики аддиктивной патологии
5.	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	- информацию о распространенности и частоте встречаемости основных групп аддиктивной патологии в Российской Федерации - факторы риска и начальные клинические проявления аддиктивной патологии - возможности ранней диагностики аддиктивной патологии - типы течения (стабильное, ремитирующее, прогрессирующее) аддиктивной патологии - принципы диспансерного наблюдения за пациентами с	- интерпретировать информацию, полученную при клиническом и дополнительных методах исследования здорового населения разных возрастных групп - оценить динамику психического статуса пациента с аддиктивной патологией, пользоваться балльными шкалами для объективизации динамики при основных аддиктивных патологиях - назначить первичную профилактику группам населения, подлежащим прохождению профилактических осмотров и диспансерному	- практическими навыками клинического психиатрического исследования пациента - навыком пропаганды здорового образа жизни и мероприятий по первичной профилактике аддиктивной патологии - навыком оформления медицинской документации с использованием современных технологических возможностей для архивирования, передачи и хранения информации

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны		
			Знать	Уметь	Владеть
			аддиктивной патологии (кратность осмотров, перечень диагностических исследований, необходимость реабилитационных мероприятий) - первичную профилактику аддиктивной патологии - клиническую диагностику аддиктивной патологии - схему описания психического статуса пациента	наблюдению - дать рекомендации пациенту и лечащему врачу по дальнейшей тактике ведения пациента	
6.	ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	- принципы оказания наркологической помощи в условиях стихийных бедствий и иных чрезвычайных ситуаций - правила транспортировки пациентов и оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях у пациентов наркологического профиля	- организовывать и проводить мероприятия по первичной и вторичной психопрофилактике; - организовать транспортировку и оказать первую врачебную помощь пациентам наркологического профиля	- методами фиксации пациентов наркологического профиля; - методами оказания неотложной помощи пациенту наркологического профиля
7.	ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	- информацию о распространенности и частоте встречаемости основных групп аддиктивной патологии в Российской Федерации	- оформлять медицинскую документацию необходимую для проведения медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	- оформлением медицинской документации необходимой для проведения медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
8.	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	- анатомию, физиологию нервной системы в норме и при патологических состояниях - клиническую диагностику аддиктивной патологии - стандартную схему и особенности проведения опроса пациента с аддиктивной патологией - жалобы, характерные для аддиктивной патологии - методику осмотра больного наркологического профиля - стандартную схему описания психического статуса пациента - эпонимические	- поставить и обосновать клинический диагноз - пользоваться МКБ 10 для постановки клинического диагноза - определить необходимость дополнительных методов исследования, интерпретировать полученные данные - провести дифференциальный диагноз наркологического расстройства - оценить тяжесть состояния больного по клиническому и дополнительным методам исследования, оценить динамику психопатологической симптоматики во времени	- методикой сбора анамнеза у наркологического больного в стандартной и нестандартной ситуациях. - практическими навыками клинического психопатологического исследования пациента в стандартной и нестандартной ситуациях. - навыком ведения медицинской документации, оформления психического статуса пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны		
			Знать	Уметь	Владеть
			названия основных психиатрических и наркологических симптомов, синдромов и аддиктивной патологии - этиологию, патогенез, классификации, клиническую картину, методы диагностики, дифференциальный диагноз аддиктивной патологии; - МКБ 10; формулировки диагнозов аддиктивной патологии - лабораторные и инструментальные диагностические методы (лучевые и другие нейровизуализационные, ультразвуковые, нейрофизиологические методы), их информативность, показания и противопоказания к использованию при аддиктивных патологиях у детей и взрослых.		технологических возможностей - навыком интерпретации результатов дополнительных лабораторных и инструментальных диагностических (лучевых и других нейровизуализационных, ультразвуковых, нейрофизиологических) методов исследования
9.	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ	- общие вопросы организации наркологической помощи в РФ, и связанными с ней вопросами организации работы скорой и неотложной помощи; - организацию помощи пациентам с аддиктивной патологией - показания к различным формам оказания наркологической помощи и тактики ведения пациентов: экстренной и плановой госпитализации, амбулаторного лечения, реабилитации - различные способы лечения аддиктивной патологии: этиотропное, патогенетическое, симптоматическое, паллиативное - современные стандарты лечения аддиктивной патологии и синдромов с позиций доказательной медицины и с учетом	- выбрать тактику ведения пациента, в зависимости от его состояния, необходимости и целесообразности в конкретный временной период (экстренная и плановая госпитализация, амбулаторное лечение) - определить наличие нетрудоспособности пациента - назначить лечение пациенту на основе стандартов оказания помощи при аддиктивных патологиях с учетом возраста и индивидуальных особенностей пациента - оценить динамику течения аддиктивной патологии, внести коррективы в лечебную тактику - прогнозировать течение и исход аддиктивной патологии - информировать пациента о возможностях лечения, наличии противопоказаний, прогнозе аддиктивной	- методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам наркологического профиля

№ п/п	Номер/ индекс компете нции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны		
			Знать	Уметь	Владеть
			индивидуального подхода к пациенту - основы фармакотерапии аддиктивной патологии (показания, противопоказания, сочетания и комбинации препаратов), применение медикаментозного лечения у пациентов разных возрастных групп (особенности использования в детском возрасте и гериатрии) - современные возможности прогнозирования индивидуальных реакций и чувствительности организма при использовании фармакологических препаратов - психохирургические методы лечения аддиктивной патологии (показания и противопоказания) - немедикаментозные методы лечения аддиктивной патологии (психотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов	патологии на основе принципов этики и деонтологии	
10.	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	- принципы оказания наркологической помощи при чрезвычайных ситуациях - правила транспортировки пациентов и оказания первой врачебной помощи при аддиктивных патологиях	- организовать оказание наркологической помощи при чрезвычайных ситуациях - организовать транспортировку пациентов и оказать первую врачебную помощь больным наркологического профиля	- навыками оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
11.	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов,	- эпидемиологию аддиктивной патологии, имеющих исход в инвалидизацию - прогноз и исходы аддиктивной патологии - методы реабилитации	- определить реабилитационную программу пациенту с аддиктивной патологией с учетом возраста, потребностей пациента, прогнозируемого результата и	- навыком ведения медицинской документации, оформления психического статуса пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны		
			Знать	Уметь	Владеть
		нуждающихся в медицинской реабилитации	(ранние и поздние) аддиктивной патологии - немедикаментозные методы лечения аддиктивной патологии (психотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов	экономической целесообразности	дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей
12.	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	- эпидемиологию и социальную значимость аддиктивной патологии - факторы риска возникновения аддиктивной патологии с учетом возрастнo-половых групп. - первичную и вторичную профилактику аддиктивной патологии у детей и взрослых. - принципы формирования здорового образа жизни - вопросы ранней диагностики аддиктивной патологии, включая редкие - методы и принципы санитарно-просветительской работы среди	- выделять группы риска по развитию основных аддиктивной патологии среди населения. - дать рекомендации по первичной и вторичной профилактике основных аддиктивной патологии у детей и взрослых. - проводить раннюю диагностику аддиктивной патологии, включая редкие - проводить санитарно-просветительскую работу среди населения разных возрастных групп, направленную на формирование здорового образа жизни и предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний	- принципами формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
13.	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	- организацию наркологической помощи в Российской Федерации - основные Законы Российской Федерации, имеющие отношение к организации врачебной наркологической помощи населению	- организовать работу наркологического отделения и смежных специалистов; - организовать документооборот наркологической клиники в рамках амбулаторного приема и стационарного лечения пациентов	- применением законов и положений в сфере организации наркологической помощи; - навыками оформления медицинской документации пациента; - навыками оформления отчетной и организационной документации наркологической клиники в рамках амбулаторного приема и стационарного лечения пациентов
14.	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	- современные стандарты лечения аддиктивной патологии с позиций доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту	- применять на практике стандарты оказания медицинской помощи пациентам наркологического профиля	- навыками оформления медицинской документации пациента; - навыками оформления отчетной и организационной документации; - навыками оценки качества оказания

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны		
			Знать	Уметь	Владеть
					медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
15.	ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	- принципы оказания наркологической помощи при чрезвычайных ситуациях - правила транспортировки пациентов и оказания первой врачебной помощи при аддиктивных патологиях	- организовать оказание наркологической помощи при чрезвычайных ситуациях - организовать транспортировку и оказание первой врачебной помощи пациентам с аддиктивной патологией	- навыками оказания первой медицинской помощи при аддиктивной патологии - основами организации и навыками оказания наркологической помощи при чрезвычайных ситуациях - основными подходами и алгоритмами практических действий для оказания и организации эффективной медицинской помощи и эвакуации при чрезвычайных ситуациях

5. Дидактическое содержание государственного экзамена.

В состав государственного экзамена входят оценочные материалы для дисциплин Блока 1 и оценочные материалы для практик Блока 2 учебного плана.

Объем знаний выпускника, необходимый для успешного прохождения государственного экзамена определяется рабочими программами указанных дисциплин и практик.

6. Форма проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена, который проводится в форме комплексного выпускного экзамена, состоящего из трех этапов.

7. Место государственной итоговой аттестации в структуре образовательной программы.

Государственная итоговая аттестация (Блок 3) программы ординатуры относится к базовой части программы и завершается присвоением квалификации.

8. Объем государственной итоговой аттестации в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	на контактную работу	Из них на самостоятельную работу
Государственная итоговая аттестация	108 / 3	54	54

9. Порядок проведения экзамена:

Государственный экзамен по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология осуществляется в три этапа:

1 этап – тестирование (оценка уровня теоретической подготовленности)

2 этап – демонстрация умений и навыков (оценка уровня освоения практических умений и навыков);

3 этап – собеседование (оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи)

9.1. Оценка уровня теоретической подготовленности:

Оценка уровня теоретической подготовленности проводится в виде тестирования по тестовым заданиям, составленным для проведения государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология. Один вариант тестового задания содержит 60 вопросов по всем профильным дисциплинам.

Критерии оценки уровня теоретической подготовленности обучающихся:

90-100% - «Отлично»,

80-89 % - «Хорошо»,

70-79 % - «Удовлетворительно»,

до 69 % - «Неудовлетворительно».

К следующему этапу государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся при условии успешного прохождения уровня теоретической подготовленности (70% и выше).

9.2. Оценка уровня освоения практических умений и навыков:

Критерии оценки сформированности практических умений и навыков:

«Отлично» - обучающийся демонстрирует глубокие знания и умения в вопросах сбора анамнеза, правильно и последовательно проводит клиническое обследование пациента, интерпретирует данные дополнительного обследования, формулирует клинический диагноз и составляет план лечения, демонстрируя знания вопросов клинической фармакологии,

«Хорошо» - обучающийся демонстрирует хорошие знания и умения в вопросах сбора анамнеза; правильно и последовательно проводит клиническое обследование пациента; интерпретирует данные дополнительного обследования; формулирует клинический диагноз и обосновывает его с помощью преподавателя; составляет план лечения. Но в вопросах особенностей фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов у пациентов недостаточно информирован.

«Удовлетворительно» - при сборе анамнеза обучающийся не выделяет основные моменты, необходимые для правильной диагностики; проводит клиническое обследование, не соблюдая последовательности осмотра по системам; испытывает затруднения в интерпретации данных дополнительного обследования, а также в обосновании диагноза и особенностях фармакотерапии у пациентов.

«Неудовлетворительно» - обучающийся демонстрирует отсутствие умений в сборе анамнеза, проведении клинического осмотра. Не знает методик оценки состояния пациентов. Не может интерпретировать и анализировать дополнительную информацию для оценки состояния пациента. Не может сформулировать клинический диагноз с учётом МКБ.

К следующему этапу государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся при условии успешного прохождения уровня освоения практических умений и навыков (оценка «Удовлетворительно» и выше).

9.3. Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи проводится в виде собеседования (контрольные вопросы, ситуационные задачи)

Целью собеседования является выявление глубины теоретической подготовки выпускников и умения комплексно подходить к решению проблемных ситуаций в вопросах профессиональной деятельности.

Критерии оценки уровня умения решать конкретные профессиональные задачи:

«Отлично» - обучающийся демонстрирует системные, глубокие знания программного

материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеет научным языком, ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации; демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе;

«**Хорошо**» – обучающийся демонстрирует полное знание программного материала, способен обосновывать выводы и разъяснять их в логической последовательности, но допускает ошибки общего характера; правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах;

«**Удовлетворительно**» – обучающийся демонстрирует достаточный уровень знания основного программного материала, но допускает существенные ошибки при его изложении и/или при ответе на вопросы; ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией; демонстрирует общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы;

«**Неудовлетворительно**» – обучающийся допускает при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера; не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы; не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз.

Общая оценка за три этапа определяется как среднее значение полученных оценок.

Итоговая оценка выпускника по результатам поэтапного экзамена государственной итоговой аттестации

1 этап	2 этапа	3 этап	Итоговая оценка аттестации
Тестирование	Демонстрация практических умений и навыков	Собеседование	Выставляется с учетом результатов всех 3-х этапов

9.4. Все этапы государственного экзамена по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология проводится на базе ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России с использованием имеющегося материально-технического оснащения.

10. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

Оценка уровня теоретической подготовленности проводится в виде тестирования по тестовым заданиям, составленным для проведения государственной итоговой аттестации выпускников высших медицинских учебных заведений. Тестовые задания содержат 80 вопросов по всем профильным дисциплинам. Для подготовки к данному этапу аттестации, обучающемуся необходимо повторить материал по профильным предметам и смежным дисциплинам, пройти тестирование в программе MOODL по всем профильным дисциплинам до получения положительного результата. Материалом для подготовки являются пособия по тестовому контролю, имеющиеся в университетской библиотеке, лекционный материал и учебные пособия, изданные кафедрами, а также общие сборники, имеющиеся в библиотеке в печатном виде или в электронном ресурсе.

Для подготовки к этапу демонстрация практических умений и навыков, обучающемуся необходимо самостоятельно проработать алгоритмы выполнения необходимых манипуляций, а также отработать навыки выполнения манипуляций в условиях терапевтической клиники Центра Алмазова или терапевтического отделения медицинского учреждения, являющегося клинической базой Центра Алмазова.

Оценки уровня решать конкретные профессиональные задачи проводится в виде собеседования по ситуационным задачам профессионального характера. Для подготовки к данному этапу, обучающемуся необходимо проработать учебно-методический материал, использовать базовые учебники по профильным дисциплинам, а также пособия, имеющиеся

в библиотеке в печатном виде или в электронном ресурсе, проработать все имеющиеся ситуационные задачи по профильным дисциплинам.

Рекомендуется посетить предэкзаменационные консультации.

Примеры типовых оценочных средств

1. Примеры тестовых заданий с эталонами ответов

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-2

1. Закон Российской Федерации, определяющий характер оказания психиатрической помощи называется:

- а) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
- б) «О психиатрической помощи гражданам Российской Федерации»
- с) «О гарантиях прав граждан при оказании психиатрической помощи»

Ответ: **а)**

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-3, ПК-5

2. Тест Люшера и тест Сцонди относятся к следующему виду проективной техники:

- а) классическая словесная апперцепция
- б) проективное предпочтение
- с) проективное шкалирование

Ответ: **б)**

2. Примеры заданий на демонстрацию практических навыков

- 1. Способность оценивать симптомы основных наркологических заболеваний (УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6).
- 2. Навыки планировать объем необходимых обследований для диагностики аддиктивной патологии (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6).
- 3. Оформлять медицинскую документацию. (УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10).

3. Примеры заданий для оценки практической подготовки - ситуационных задач

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Проверяемые индикаторы компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11

Основная часть

В 22.15. к дежурному врачу по районной больнице доставили больного К. в бессознательном состоянии. Со слов сопровождавших, К. при задержании передвигался с трудом, падал, не мог самостоятельно подняться с земли. В положении стоя сильно качался. Внятно не ответил ни на один вопрос. По дороге в больницу в машине заснул. В помещении попытка разбудить успеха не принесла. Во время звонка родственникам К. было выяснено, что приблизительно с 19:30 в компании знакомых в течение полутора часов он, закусывая конфетами, выпил около бутылки вина и не менее бутылки водки. Дальнейшие события неизвестны.

При осмотре: На одежде следы рвотных масс. Брюки и нижнее белье мокрые, со свежим запахом мочи. Из рта сильный запах алкоголя. Кожный покров чистый, бледный, холодный, влажный. Губы синюшные. Пульс слабого наполнения, 64 удара в мин., АД 85/40, нижняя граница определяется с трудом. Тоны сердца равномерно приглушены. Дыхание неровное – поверхностные дыхательные экскурсии сменяются глубоким вздохом, частота: 8-10 экскурсий в мин. Сознание выключено. Не реагирует на болевые раздражители. Зрачки одинаково расширены. Реакция зрачков на свет вялая. Роговичный рефлекс ослаблен. Сухожильные рефлексы снижены.

Вопросы:

1. Ваше представление о пострадавшем?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей помощи?

Эталон ответа:

1. Острая алкогольная интоксикация. Тяжелое алкогольное опьянение, угрожающее переходом в сопор и кому.
2. Необходимо дифференцировать с urgentными состояниями, возникающими после употребления спиртных напитков (острое нарушение мозгового кровообращения, диабетическая, уремическая, печеночная кома, отравление другими токсическими веществами, травмы головы и др.). Клинически при этом наблюдаются цианоз, одышка, периодическое дыхание, нитевидный пульс, глухость тонов сердца.
3. Догоспитальная помощь заключается в введении кофеина, кордиамина, бемегида, этимизола, лобелина, цититона, сердечных гликозидов (строфантин, коргликон), вдыхание кислорода. Введение аналептических смесей. (Смесь № 2-при алкогольном сопоре: 15 мл 0,5% р-ра бемегида, 1 мл 1,5% р-ра этимизола, 2 мл 20% р-ра кофеина, 5 мл 0,5% р-ра бемегида, 13 мл 40% р-ра глюкозы (или изотонического р-ра хлорида натрия). Угроза перехода сопора в кому устраняется.
4. Своевременное доставление пациента на машине скорой помощи в стационар с реанимационным отделением определяет благоприятный исход. При энергично проведенных лечебных мероприятиях в течение 2-6 часов наступает улучшение, в тяжелых случаях сопорозное и коматозное состояние может затягиваться до 1-2 суток. В наиболее тяжелых случаях алкогольной комы приходится осуществлять реанимационные мероприятия: при аспирационно-обтурационных расстройствах дыхания вводят воздуховод, делают интубацию, а при необходимости – искусственную вентиляцию легких с предварительной интубацией трахеи. После установления адекватного дыхания показано промывание желудка через зонд в положении на боку 5-8 л воды по 400-700 мл до получения чистых промывных вод. При тяжелых гемодинамических расстройствах внутривенно капельно вводят плазмозаменители – полиглюкин, реополиглюкин (по 400 мл).

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10

4. Примеры контрольных вопросов с ответами.

1. Психология лечебного процесса. Основы этики и деонтологии.
2. Предмет и задачи психиатрии. Основные этапы становления и современное состояние психиатрии.
3. Основные нормативные документы, регламентирующие вопросы охраны здоровья населения в Российской Федерации.

11. Перечень учебной литературы, необходимой для подготовки к государственному экзамену**Основная литература:**

1. Иванец, Н. Н. Наркология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 704 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454237.html>
2. Дмитриева, Т. Б. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 624 с. - Текст: электронный // URL:

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461754.html>

3. Вакнин, Е. Е. Психология реабилитации зависимых: учебное пособие для вузов / Е. Е. Вакнин, В. В. Белоколодов. — 2-е изд., доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 253 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/519725>
4. Ковалев, Ю. В. Психиатрия: учебник для вузов / Ю. В. Ковалев, А. Р. Поздеев. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 251 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/520257>
5. Вакнин, Е. Е. Психологические технологии формирования приверженности лечению и реабилитации наркозависимых: практическое пособие / Е. Е. Вакнин, В. В. Белоколодов. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 113 с. — (Профессиональная практика). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/515141>
6. Дереча, В. А. Личностные основы наркологической профилактики и реабилитации: учебное пособие для вузов / В. А. Дереча, В. В. Карпец. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 216 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/519537>
7. Тювина, Н.А. Психические заболевания: клиника, лечение, профилактика / Н.А. Тювина. - 2-е издание, переработанное и дополненное. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970480199.html>
8. Цыганков, Б. Д. Психиатрия. Основы клинической психопатологии: учебник / Цыганков Б. Д., Овсянников С. А. - 3-е изд, стер. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 384 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458761.html>
9. Цыганков, Б. Д. Психиатрия: руководство для врачей / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 592 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970469866.html>

Дополнительная литература:

1. Иванец, Н. Н. Наркология / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 944 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438886.html>
2. Воронцова, М. В. Социальная наркология: учебное пособие для вузов / М. В. Воронцова, В. Н. Бородулин, С. В. Котлярова; под редакцией М. В. Воронцовой. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 167 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/519289>
3. Дереча, В. А. Психопатология: учебник и практикум для вузов / В. А. Дереча. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 291 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/518290>
4. Александровский, Ю. А. Непсихотическая психиатрия / Ю. А. Александровский. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 232 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970468678.html>
5. Панкова, О. Ф. Современные психотропные средства, используемые в психиатрии: учебное пособие для вузов / О. Ф. Панкова, А. В. Алексеев, А. В. Абрамов. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2022. — 135 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/496872>
6. Шмуклер, А. Б. Шизофрения / А. Б. Шмуклер. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 176 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464298.html>
7. Мазо, Г. Э. Депрессивное расстройство / Мазо Г. Э., Незнанов Н. Г. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 112 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450383.html>
8. Белялов, Ф. И. Психосоматика / Белялов Ф. И. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 360 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450741.html>

9. Букановская Т. И. Психопатологическая пропедевтика: методика диагностики психических расстройств / Букановская Т. И. - 2-е изд., доп. и перераб. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 112 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451045.html>
10. Абабков, В. А. Персонифицированная психотерапия / Абабков В. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 352 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438091.html>
11. Петрова, Н. Н. Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей / Н. Н. Петрова, М. В. Дорофейкова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 192 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970472972.html>
12. Гофман А.Г. Клиническая наркология / Гофман А.Г. - Москва: МИА, 2017. - 376 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.medlib.ru/library/library/books/4090>
13. Гофман А.Г. Алкогольный галлюциноз / Гофман А.Г. - Москва: МИА, 2019. - 468 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.medlib.ru/library/library/books/33487>

Характеристика информационно-образовательной среды:

Профессиональные базы данных, используемые для подготовки к сдаче государственного экзамена:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для подготовки к сдаче государственного экзамена:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (<http://www.multitran.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации (www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

12. Материально-техническое обеспечение

Центр Алмазова располагает материально-технической базой, которая соответствует действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивает проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической работы обучающихся, предусмотренной учебным планом.

Необходимый для реализации программы ординатуры перечень материально-технического и учебно-методического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованные специализированной мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-

- наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочим учебным программам дисциплин;
- учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации;
 - учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации;
 - помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечено доступом в электронную информационно-образовательную среду организации.

13. Кадровое обеспечение

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих реализацию подготовки обучающихся по специальности 31.08.21 Психотерапия-наркология, соответствует требованиям ФГОС ВО и отражён в справке о кадровом обеспечении специальности.

Нормативные документы:

1. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
2. Приказ Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».
3. Приказ от 2 ноября 2020 г. N 1186н «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения российской федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».
4. Приказ от 27 апреля 2021 г. N 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
5. Приказ Минздрава России от 23 августа 2016 г. №625н «Об утверждении порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности».

14. Аттестации для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья государственная итоговая аттестация проводится с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее – индивидуальные особенности).

При проведении государственной итоговой аттестации обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

- проведение государственной итоговой аттестации для инвалидов в одной аудитории совместно с обучающимися, не являющимися инвалидами, если это не создает трудностей для инвалидов и иных обучающихся при прохождении государственной итоговой аттестации;
- присутствие в аудитории ассистента (ассистентов), оказывающего обучающимся инвалидам необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочитать и оформить задание, общаться с членами государственной экзаменационной комиссии);

- пользование необходимыми обучающимся инвалидам техническими средствами при прохождении государственной итоговой аттестации с учетом их индивидуальных особенностей;
- обеспечение возможности беспрепятственного доступа обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, при отсутствии лифтов аудитория должна располагаться на первом этаже, наличие специальных кресел и других приспособлений).

Все локальные нормативные акты Центра Алмазова по вопросам проведения государственной итоговой аттестации доводятся до сведения обучающихся инвалидов в доступной для них форме.

По письменному заявлению обучающегося из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья продолжительность сдачи государственного аттестационного испытания может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи:

- продолжительность сдачи государственного экзамена, проводимого в письменной форме, - не более чем на 90 минут;
- продолжительность подготовки обучающегося к ответу на государственном экзамене, проводимом в устной форме или в форме тестирования - не более чем на 20 минут.

В зависимости от индивидуальных особенностей, обучающихся с ограниченными возможностями здоровья Центр Алмазова обеспечивает выполнение следующих требований при проведении государственного аттестационного испытания:

а) для слабовидящих:

- задания и иные материалы для сдачи государственного аттестационного испытания оформляются увеличенным шрифтом;
- обеспечивается индивидуальное равномерное освещение не менее 300 люкс;
- при необходимости обучающимся предоставляется увеличивающее устройство, допускается использование увеличивающих устройств, имеющихся у обучающихся;

б) для глухих и слабослышащих, с тяжелыми нарушениями речи:

- обеспечивается наличие звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования, при необходимости обучающимся предоставляется звукоусиливающая аппаратура индивидуального пользования;
- по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в письменной форме;

в) для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата (тяжелыми нарушениями двигательных функций верхних конечностей или отсутствием верхних конечностей):

- письменные задания выполняются обучающимися на компьютере со специализированным программным обеспечением или надиктовываются ассистенту;
- по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в устной форме.

Обучающийся, из числа инвалидов, не позднее, чем за 3 месяца до начала проведения государственной итоговой аттестации подает письменное заявление о необходимости создания для него специальных условий при проведении государственных аттестационных испытаний с указанием его индивидуальных особенностей. К заявлению прилагаются документы, подтверждающие наличие у обучающегося индивидуальных особенностей (при отсутствии указанных документов в личном деле обучающегося).

В заявлении обучающийся указывает на необходимость (отсутствие необходимости) присутствия ассистента на государственном аттестационном испытании, необходимость (отсутствие необходимости) увеличения продолжительности сдачи государственного аттестационного испытания по отношению к установленной продолжительности (для каждого государственного аттестационного испытания).

15. Порядок подачи и рассмотрения апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена) либо выпускную квалификационную работу, отзыв и рецензию (рецензии) (для рассмотрения апелляции по проведению защиты выпускной квалификационной работы).

Апелляция не позднее 2 рабочих дней со дня ее подачи рассматривается на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Заседание апелляционной комиссии может проводиться в отсутствие обучающегося, подавшего апелляцию, в случае его неявки на заседание апелляционной комиссии.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания, обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;
- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания, обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае если апелляция удовлетворяется, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные образовательной организацией.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания обучающегося, подавшего апелляцию, осуществляется в присутствии председателя или одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в организации в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается обучающимся, в том числе в электронной форме (подписанная апелляция на бумажном носителе, преобразованная в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания ее текста), через личный кабинет в СДО MOODLE в раздел «ГИА – Апелляционная комиссия» не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
К ПРОГРАММЕ ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность	31.08.21 Психиатрия-наркология
Направленность	Психиатрия-наркология
Квалификация выпускника:	«Врач-психиатр-нарколог»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

Санкт-Петербург
2023

ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. В результате изучения программы дисциплины по специальности обучающегося формируются следующие компетенции:

- Универсальные: УК-1, УК-2, УК-3
- Профессиональные: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны		
			Знать	Уметь	Владеть
1.	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	- методы формальной логики	- самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей; - проследивать возможности использования результатов исследования и применения изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патологии; - собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию	- способностью формулировать и оценивать гипотезы
2.	УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	- основы медицинской психологии; - психологию личности (основные теории личности, темперамент, эмоции, мотивация, воля, способности человека); - основы возрастной психологии и психологии развития; основы социальной психологии (социальное мышление, социальное влияние, социальные отношения); - определение понятий «этика», «деонтология», «медицинская деонтология», «ятрогенные заболевания», риск возникновения ятрогенных заболеваний в наркологической практике; факторы, способствующие возникновению и развитию ятрогенных заболеваний; характер клинического проявления ятрогенных заболеваний; прогноз ятрогенных заболеваний.	- бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия; - брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий; - принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность; - работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами; - соблюдать этические и деонтологические нормы	- способностью четко и ясно изложить свою позицию при обсуждении различных ситуаций; - навыками управления коллективом, ведения переговоров и межличностных бесед; - способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим персоналом, пациентами и их родственниками.

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны		
			Знать	Уметь	Владеть
3.	УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	- понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.	- использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности; - организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество; - ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности; - самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации; - подготовить необходимую документацию в аттестационную комиссию на получение квалификационной категории; - проводить научные исследования по полученной специальности	- поиск и использованием информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития
4.	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	- организацию наркологической помощи в Российской Федерации - основные направления развития современной психиатрии и наркологии - основные этапы развития психиатрии и наркологии, представителей психиатрических и наркологических школ - эпидемиологию и социальную значимость аддиктивной патологии - факторы риска возникновения аддиктивной патологии с учетом возрастно-половых групп. - первичную и вторичную	- выделять группы риска по развитию основных аддиктивной патологии среди населения. - дать рекомендации по первичной и вторичной профилактике основных аддиктивной патологии у детей и взрослых. - проводить раннюю диагностику аддиктивной патологии - проводить санитарно-просветительскую работу среди населения разных возрастных групп, направленную на формирование здорового образа жизни и предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний	- методикой психиатрического осмотра - методами ранней диагностики аддиктивной патологии

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны		
			Знать	Уметь	Владеть
			профилактику аддиктивной патологии у детей и взрослых. - этиологию и патогенез аддиктивной патологии у детей и взрослых. - принципы формирования здорового образа жизни - вопросы ранней диагностики аддиктивной патологии - методы и принципы санитарно-просветительской работы среди населения		
5.	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	- информацию о распространенности и частоте встречаемости основных групп аддиктивной патологии в Российской Федерации - факторы риска и начальные клинические проявления аддиктивной патологии - возможности ранней диагностики аддиктивной патологии - типы течения (стабильное, ремитирующее, прогрессирующее) аддиктивной патологии - принципы диспансерного наблюдения за пациентами с аддиктивной патологией (кратность осмотров, перечень диагностических исследований, необходимость реабилитационных мероприятий) - первичную профилактику аддиктивной патологии - клиническую диагностику аддиктивной патологии - схему описания психического статуса пациента	- интерпретировать информацию, полученную при клиническом и дополнительных методах исследования здорового населения разных возрастных групп - оценить динамику психического статуса пациента с аддиктивной патологией, пользоваться балльными шкалами для объективизации динамики при основных аддиктивных патологиях - назначить первичную профилактику группам населения, подлежащим прохождению профилактических осмотров и диспансерному наблюдению - дать рекомендации пациенту и лечащему врачу по дальнейшей тактике ведения пациента	- практическими навыками клинического психиатрического исследования пациента - навыком пропаганды здорового образа жизни и мероприятий по первичной профилактике аддиктивной патологии - навыком оформления медицинской документации с использованием современных технологических возможностей для архивирования, передачи и хранения информации
6.	ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах	- принципы оказания наркологической помощи в условиях стихийных бедствий и иных чрезвычайных ситуаций	- организовывать и проводить мероприятия по первичной и вторичной психопрофилактике; - организовать	- методами фиксации пациентов наркологического профиля; - методами оказания неотложной помощи

№ п/п	Номер/ индекс компете нции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны		
			Знать	Уметь	Владеть
		особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	- правила транспортировки пациентов и оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях у пациентов наркологического профиля	транспортировку и оказать первую врачебную помощь пациентам наркологического профиля	пациента наркологического профиля
7.	ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	- информацию о распространенности и частоте встречаемости основных групп аддиктивной патологии в Российской Федерации	- оформлять медицинскую документацию необходимую для проведения медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	- оформлением медицинской документации необходимой для проведения медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
8.	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	- анатомию, физиологию нервной системы в норме и при патологических состояниях - клиническую диагностику аддиктивной патологии - стандартную схему и особенности проведения опроса пациента с аддиктивной патологией - жалобы, характерные для аддиктивной патологии - методику осмотра больного наркологического профиля - стандартную схему описания психического статуса пациента - эпонимические названия основных психиатрических и наркологических симптомов, синдромов и аддиктивной патологии - этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину, методы диагностики, дифференциальный диагноз аддиктивной патологии; - МКБ 10; формулировки диагнозов аддиктивной патологии - лабораторные и инструментальные	- поставить и обосновать клинический диагноз - пользоваться МКБ 10 для постановки клинического диагноза - определить необходимость дополнительных методов исследования, интерпретировать полученные данные - провести дифференциальный диагноз наркологического расстройства - оценить тяжесть состояния больного по клиническому и дополнительным методам исследования, оценить динамику психопатологической симптоматики во времени	- методикой сбора анамнеза у наркологического больного в стандартной и нестандартной ситуациях. - практическими навыками клинического психопатологического исследования пациента в стандартной и нестандартной ситуациях. - навыком ведения медицинской документации, оформления психического статуса пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей - навыком интерпретации результатов дополнительных лабораторных и инструментальных диагностических (лучевых и других нейровизуализационных, ультразвуковых, нейрофизиологических) методов исследования

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны		
			Знать	Уметь	Владеть
			диагностические методы (лучевые и другие нейровизуализационные, ультразвуковые, нейрофизиологические методы), их информативность, показания и противопоказания к использованию при аддиктивных патологиях у детей и взрослых.		
9.	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ	- общие вопросы организации наркологической помощи в РФ, и связанными с ней вопросами организации работы скорой и неотложной помощи; - организацию помощи пациентам с аддиктивной патологией - показания к различным формам оказания наркологической помощи и тактики ведения пациентов: экстренной и плановой госпитализации, амбулаторного лечения, реабилитации - различные способы лечения аддиктивной патологии: этиотропное, патогенетическое, симптоматическое, паллиативное - современные стандарты лечения аддиктивной патологии и синдромов с позиций доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту - основы фармакотерапии аддиктивной патологии (показания, противопоказания, сочетания и комбинации препаратов), применение медикаментозного лечения у пациентов разных возрастных групп (особенности	- выбрать тактику ведения пациента, в зависимости от его состояния, необходимости и целесообразности в конкретный временной период (экстренная и плановая госпитализация, амбулаторное лечение) - определить наличие нетрудоспособности пациента - назначить лечение пациенту на основе стандартов оказания помощи при аддиктивных патологиях с учетом возраста и индивидуальных особенностей пациента - оценить динамику течения аддиктивной патологии, внести коррективы в лечебную тактику - прогнозировать течение и исход аддиктивной патологии - информировать пациента о возможностях лечения, наличии противопоказаний, прогнозе аддиктивной патологии на основе принципов этики и деонтологии	- методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам наркологического профиля

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны		
			Знать	Уметь	Владеть
			использования в детском возрасте и гериатрии) - современные возможности прогнозирования индивидуальных реакций и чувствительности организма при использовании фармакологических препаратов - психириургические методы лечения аддиктивной патологии (показания и противопоказания) - емедикаментозные методы лечения аддиктивной патологии (психотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов		
10.	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	- принципы оказания наркологической помощи при чрезвычайных ситуациях - правила транспортировки пациентов и оказания первой врачебной помощи при аддиктивных патологиях	- организовать оказание наркологической помощи при чрезвычайных ситуациях - организовать транспортировку пациентов и оказать первую врачебную помощь больным наркологического профиля	- навыками оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
11.	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	- эпидемиологию аддиктивной патологии, имеющих исход в инвалидизацию - прогноз и исходы аддиктивной патологии - методы реабилитации (ранние и поздние) аддиктивной патологии - немедикаментозные методы лечения аддиктивной патологии (психотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное	- определить реабилитационную программу пациенту с аддиктивной патологией с учетом возраста, потребностей пациента, прогнозируемого результата и экономической целесообразности	- навыком ведения медицинской документации, оформления психического статуса пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны		
			Знать	Уметь	Владеть
			лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов		
12.	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	- эпидемиологию и социальную значимость аддиктивной патологии - факторы риска возникновения аддиктивной патологии с учетом возрастнo-половых групп. - первичную и вторичную профилактику аддиктивной патологии у детей и взрослых. - принципы формирования здорового образа жизни - вопросы ранней диагностики аддиктивной патологии, включая редкие - методы и принципы санитарно-просветительской работы среди	- выделять группы риска по развитию основных аддиктивной патологии среди населения. - дать рекомендации по первичной и вторичной профилактике основных аддиктивной патологии у детей и взрослых. - проводить раннюю диагностику аддиктивной патологии, включая редкие - проводить санитарно-просветительскую работу среди населения разных возрастных групп, направленную на формирование здорового образа жизни и предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний	- принципами формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
13.	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	- организацию наркологической помощи в Российской Федерации - основные Законы Российской Федерации, имеющие отношение к организации врачебной наркологической помощи населению	- организовать работу наркологического отделения и смежных специалистов; - организовать документооборот наркологической клиники в рамках амбулаторного приема и стационарного лечения пациентов	- применением законов и положений в сфере организации наркологической помощи; - навыками оформления медицинской документации пациента; - навыками оформления отчетной и организационной документации наркологической клиники в рамках амбулаторного приема и стационарного лечения пациентов
14.	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	- современные стандарты лечения аддиктивной патологии с позиций доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту	- применять на практике стандарты оказания медицинской помощи пациентам наркологического профиля	- навыками оформления медицинской документации пациента; - навыками оформления отчетной и организационной документации; - навыками оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны		
			Знать	Уметь	Владеть
15.	ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	- принципы оказания наркологической помощи при чрезвычайных ситуациях - правила транспортировки пациентов и оказания первой врачебной помощи при аддиктивных патологиях	- организовать оказание наркологической помощи при чрезвычайных ситуациях - организовать транспортировку и оказание первой врачебной помощи пациентам с аддиктивной патологией	- навыками оказания первой медицинской помощи при аддиктивной патологии - основами организации и навыками оказания наркологической помощи при чрезвычайных ситуациях - основными подходами и алгоритмами практических действий для оказания и организации эффективной медицинской помощи и эвакуации при чрезвычайных ситуациях

2. Этапы проведения государственной итоговой аттестации

Этапы ГИА	Коды контролируемых компетенций	Наименование оценочных средств*
1 этап – Тестирование Оценка уровня теоретической подготовленности (тестирование в электронном или письменном виде)	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	КВ, ТЗ
2 этап - Демонстрация практических умений и навыков Оценка уровня освоения практических умений и навыков	УК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10	КВ, ПН
3 этап - Собеседование Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи (собеседование)	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	КВ, СЗ

*виды оценочных средств: контрольные вопросы (КВ), тестовые задания (ТЗ), ситуационные задачи (СЗ), практические навыки (ПН)

Критерии уровня освоения теоретической подготовки и практических умений обоснованы в рабочей программе государственной итоговой аттестации.

3. Итоговая оценка выпускника по результатам поэтапного экзамена государственной итоговой аттестации

1 этап	2 этапа	3 этап	Итоговая оценка аттестации
Тестирование	Демонстрация практических умений и навыков	Собеседование	Выставляется с учетом результатов всех этапов экзамена.

Критерии оценки результатов поэтапного экзамена

Показатель оценивания результатов освоения образовательной программы	Критерий			
	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно

Тестирование (оценка уровня теоретической подготовленности по тестам)	90-100%	80-89 %	70-79 %	До 70%
Демонстрация практических умений и навыков (оценка уровня освоения практических умений и навыков)	Демонстрирует глубокие знания и умения в вопросах сбора анамнеза, правильно и последовательно проводит клиническое обследование ребенка, интерпретирует данные дополнительного обследования, формулирует клинический диагноз и составляет план лечения, демонстрируя знания вопросов клинической фармакологии, с алгоритмом.	Демонстрирует хорошие знания и умения в вопросах сбора анамнеза; правильно и последовательно проводит клиническое обследование ребенка; интерпретирует данные дополнительного обследования; формулирует клинический диагноз и обосновывает его с помощью преподавателя; составляет план лечения. Но в вопросах особенностей фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов у пациентов недостаточно информирован.	При сборе анамнеза ординатор не выделяет основные моменты, необходимые для правильной диагностики; проводит клиническое обследование, не соблюдая последовательности осмотра по системам; испытывает затруднения в интерпретации данных дополнительного обследования, а также в обосновании диагноза и особенностях фармакотерапии у пациентов	Демонстрирует отсутствие умений в сборе анамнеза, проведении клинического осмотра. Не знает методик оценки состояния пациентов. Не может интерпретировать и анализировать дополнительную информацию для оценки состояния ребенка. Не может сформулировать клинический диагноз с учётом МКБ.
Собеседование (Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи)	Обучающийся демонстрирует системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеет научным языком; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации; демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе	Обучающийся демонстрирует полное знание программного материала, способен обосновывать выводы и разъяснять их в логической последовательности, но допускает ошибки общего характера; правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах	Обучающийся демонстрирует достаточный уровень знания основного программного материала, но допускает существенные ошибки при его изложении и/или при ответе на вопросы; ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией; демонстрирует общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы	Обучающийся допускает при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера; не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы; не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз

Критерии оценки сформированности компетенций в формализованном виде:

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Неудовлетворительно	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Удовлетворительно	«Знает» и «умеет» на репродуктивном уровне. Знает изученный элемент содержания репродуктивно: произвольно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях.
Хорошо	«Знает», «умеет» на аналитическом уровне. Знает на репродуктивном уровне и указывает на особенности и взаимосвязи изученных объектов, на их достоинства, ограничения, историю и перспективы развития и особенности для разных объектов усвоения.
Отлично	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ**

Проверяемые компетенции

(УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)

1. Психология лечебного процесса. Основы этики и деонтологии.
2. Предмет и задачи психиатрии. Основные этапы становления и современное состояние психиатрии.
3. Основные нормативные документы, регламентирующие вопросы охраны здоровья населения в Российской Федерации.
4. Организация психиатрической помощи в РФ.
5. Принципы организации психиатрической помощи в условиях чрезвычайных ситуаций.
6. Медицинская экспертиза как вид медицинской деятельности – правовые основы организации и проведения. Виды медицинских экспертиз
7. Организация экспертизы качества медицинской помощи
8. Понятие нервно-психической неустойчивости. Признаки нервно-психической неустойчивости.
9. Плановая и неотложная госпитализация в психиатрический стационар.
10. Правовые основы недобровольной госпитализации в психиатрический стационар
11. Экспертиза временной нетрудоспособности, порядок ее проведения. Права медицинских работников при ее проведении. Функции документов, подтверждающих временную нетрудоспособность.
12. Основные разделы судебной психиатрии. Формула невменяемости и недееспособности.
13. Основные положения суицидологии. Особенности выявления групп риска. Суицидальное поведение: определение, этапы, внутренние и внешние формы
14. Клинико-психопатологический метод обследования. Особенности описания психического статуса.
15. Дополнительные методы диагностики в психиатрии. Экспериментально-психологические методы обследования.

16. Классификация психофармакологических средств, их применение в практике врача.
17. Клиническая фармакология нормотимиков.
18. Клиническая фармакология нейролептиков.
19. Клиническая фармакология антидепрессантов.
20. Основные направления психотерапии. Показания и «абсолютные» противопоказания для проведения психотерапии
21. Современные методы психотерапии синдрома зависимости от алкоголя.
22. Острые осложнения при применении психотропных средств: клинические проявления, врачебная тактика
23. Неотложная помощь при психомоторном возбуждении.
24. Неотложная помощь при попытке или угрозе суицида.
25. Неотложная помощь при делирии.
26. Неотложная помощь при сумеречном помрачении сознания.
27. Неотложная помощь при тяжелой алкогольной интоксикации
28. Неотложная помощь при алкогольном абстинентном синдроме
29. Неотложная помощь при передозировке кокаина и других психостимуляторов
30. Неотложная помощь при передозировке опиатов
31. Расстройства восприятия.
32. Расстройства мышления.
33. Расстройства памяти.
34. Психоорганический синдром: структура, клинические варианты.
35. Делириозный синдром: структура, этапы развития, клинические разновидности.
36. Онейроидный синдром, клиника, дифференциальная диагностика.
37. Синдром сумеречного помрачения сознания: клинические проявления, варианты, неотложная помощь.
38. Аментивный синдром, клиника, дифференциальная диагностика.
39. Паранойяльный синдром.
40. Синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо).
41. Парафренный синдром.
42. Кататонический синдром: структура, клинические варианты.
43. Астенический синдром: структура, клинические варианты.
44. Истерический синдром: структура, клинические варианты.
45. Обсессивно-фобический синдром: структура, клинические варианты.
46. Ипохондрический синдром: структура, клинические варианты.
47. Депрессивный синдром: структура; простые, смешанные и сложные депрессии.
48. Депрессивный синдром: психотическая и непсихотическая депрессии, диагностические критерии депрессивного эпизода.
49. Маниакальный синдром: структура; простые, смешанные и сложные мании.
50. Современные классификации психических расстройств (DSM-V, RDoC, HiTOP, МКБ-11). Группы психических расстройств в МКБ-10. Многоосевая версия МКБ-10.
51. Психические расстройства при травмах головного мозга.
52. Психические расстройства при энцефалитах.
53. Организация наркологической помощи в РФ.
54. Основные мероприятия по профилактике аддиктивных расстройств среди населения.
55. Основные наркологические синдромы (психической, физической зависимости, измененной реактивности).
56. Синдром зависимости от алкоголя: клиника, лечение.
57. Алкогольные психозы: классификация, клинические разновидности, лечение.
58. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиатов. Клинические проявления. Принципы лечение.
59. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя.

Клинические проявления. Принципы лечение.

60. Шизофрения, простая форма: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
61. Шизофрения, параноидная форма. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
62. Шизофрения, кататоническая форма: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
63. Шизофрения, гебефреническая форма: клинические проявления, дифференциальная диагностика.
64. Аффективные расстройства: классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
65. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
66. ПТСР, клиника, лечение.
67. Тревожно-фобические и прочие тревожные расстройства: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
68. Обсессивно-компульсивное расстройство: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
69. Конверсионные и диссоциативные расстройства: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
70. Соматоформные расстройства: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
71. Девиантное поведение: формы, их отношение к психическим расстройствам, профилактика.
72. Расстройства личности: критерии диагностики П. Ганнушкина, критерии диагностики по МКБ-10, классификации.
73. Расстройства личности (параноидное, шизоидное): клинические проявления.
74. Расстройства личности (истероидное, эмоционально-неустойчивое, диссоциальное): клинические проявления.
75. Расстройства личности (ананкастное, тревожное, зависимое), клинические проявления.
76. Что понимается под медицинской эвакуацией, путем медицинской эвакуации. Виды медицинской эвакуации и краткая характеристика транспортных средств для её осуществления.
77. Медицинская сортировка, её виды и признаки для распределения пораженных (больных, раненых) на группы. Метод работы сортировочной бригады, его краткая характеристика. Методика первичного осмотра, пострадавшего по системе AVBCS.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Проверяемые компетенции

(УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)

1. Общая психиатрия является:
 - a. Разделом физиологии высшей нервной деятельности
 - b. Разделом общей патологии
 - c. Разделом медицинской психологии
 - d. Самостоятельной философской дисциплиной
2. Общая психопатология является:
 - a. Частью раздела «Общая психиатрия»
 - b. Самостоятельным разделом клинической психиатрии
 - c. Включает в себя раздел «Общая психиатрия»

- d. Частью медицинской психологии
3. Патопсихология как наука – это раздел
- a. психиатрии
 - b. психологии
 - c. психопатологии
 - d. и психиатрии, и психологии одновременно
4. По определению, здоровье населения характеризуется состоянием:
- a. Физического благополучия
 - b. Физического и душевного благополучия
 - c. Физического, душевного и социального благополучия
 - d. Физического, душевного и социального благополучия при полной адаптации к условиям внешней среды
 - e. Физического, душевного и социального благополучия при полной адаптации к условиям внешней среды и способности к воспроизводству
5. Число всех больных на определенный момент времени, это:
- a. Заболеваемость
 - b. Болезненность
 - c. Риск заболевания
 - d. Болезненная выборка
6. Число новых случаев болезни, появившихся за год, это:
- a. Заболеваемость
 - b. Болезненность
 - c. Риск заболевания
 - d. Болезненная выборка
7. В настоящее время в России здравоохранение относится к системе:
- a. Государственной
 - b. Бюджетно-страховой
 - c. Страховой
 - d. Добровольной
8. В России отмечается:
- a. Снижение уровня самоубийств
 - b. Повышение уровня самоубийств
 - c. Стабилизация уровня самоубийств
9. Вторичная профилактика направлена на:
- a. Предупреждение развития психических расстройств
 - b. Адекватное трудоустройство инвалидов
 - c. Санаторно-курортное лечение психотических форм психических расстройств
 - d. Предотвращение рецидивов психических заболеваний
 - e. Борьбу с вредными привычками
10. Главной задачей психогигиены и психопрофилактики является:
- a. Лечение психически больных
 - b. Сохранение и укрепление психического здоровья и предупреждение развития психических расстройств

- c. Проведение военно-врачебной экспертизы
 - d. Организация судебно-психиатрической экспертизы
 - e. Борьба с воинскими правонарушениями
11. До постановления судьи основанием для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке при наличии тяжелого психического расстройства являются:
- a. Заявления граждан о неправильном поведении пациента
 - b. Направление в стационар психиатра скорой медицинской помощи
 - c. Направление в стационар психиатра психоневрологического диспансера (отделения, кабинета)
 - d. Беспомощность пациента, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
 - e. Ни одно из перечисленных
12. Единицей наблюдения при изучении общей заболеваемости населения является:
- a. Посещение больного по поводу заболевания
 - b. Первичное обращение больного по поводу заболевания
 - c. Каждое заболевание, зарегистрированное при медицинском осмотре
 - d. Больной, впервые обратившийся по поводу заболевания
 - e. Первичное обращение больного по поводу обострения хронического заболевания
13. Естественный прирост населения – это разница между:
- a. Рождаемостью и смертностью в трудоспособном возрасте
 - b. Рождаемостью и смертностью по возрастным группам
 - c. Рождаемостью и смертностью за год
 - d. Рождаемостью и смертностью по сезонам года
14. Закон Российской Федерации, определяющий характер оказания психиатрической помощи называется:
- d) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
 - e) «О психиатрической помощи гражданам Российской Федерации»
 - f) «О гарантиях прав граждан при оказании психиатрической помощи»
15. Заявление в суд по вопросу о госпитализации лица в недобровольном порядке подается:
- a. Родственниками лица
 - b. Участковым психиатром
 - c. Представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо
 - d. Комиссией врачей-психиатров психоневрологического диспансера
 - e. Ни одно из перечисленных
16. К несчастным случаям на производстве приравниваются случаи утраты трудоспособности:
- a. В командировке
 - b. По пути на работу
 - c. При выполнении государственных или общественных обязанностей
 - d. При выполнении гражданского долга по спасению человеческой жизни, охране государственной собственности
17. К числу экстремальных природно-экологических факторов относятся:
- a. Неблагоприятные природно-экологические факторы в условиях постоянного проживания

- b. Землетрясения и иные природные катастрофы
 - c. Фон космического излучения
 - d. Значительная разница летней и зимней температур воздуха
 - e. Большое количество атмосферных осадков
18. Какие виды психопрофилактики Вы знаете:
- a. Начальная
 - b. Первичная
 - c. Основная
 - d. Вторичная
 - e. Заключительная
 - f. Третичная
19. Какие основные терминологические отличия новой формулы медицинского критерия невменяемости от старой:
- a. Термин «душевное заболевание» изменен на термин «психическое расстройство»
 - b. Перестали разграничиваться хроническое и временное психическое расстройство
 - c. Термин «психоз» изменен на термин «расстройство»
 - d. Из формулы исключено «иное болезненное состояние»
 - e. Нет терминологических отличий
20. Какова правильная формула медицинского критерия невменяемости (ст.21 УК РФ)?
- a. ...вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики
 - b. ...вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния
 - c. ...вследствие психического расстройства
 - d. ...вследствие хронического психического расстройства или слабоумия
 - e. ...вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства или слабоумия
21. Какова правильная формула медицинского критерия недееспособности (ст.29 ГК РФ):
- a. ...вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики
 - b. ...вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния
 - c. ...вследствие психического расстройства
 - d. ...вследствие душевной болезни или слабоумия
 - e. ...вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства или слабоумия
22. Какова правильная формула юридического критерия невменяемости (ст.21 УК РФ)?
- a. Не мог понимать значение своих действий или руководить ими
 - b. Не мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания
 - c. Не мог отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими
 - d. Не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими
 - e. Не мог правильно руководить своими действиями
23. Какова правильная формула юридического критерия недееспособности (ст.29 ГК РФ)?

- a. Не мог понимать значение своих действий или руководить ими
 - b. Не мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания
 - c. Не мог отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими
 - d. Не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими
 - e. Не мог правильно руководить своими действиями
24. Каковы терминологические отличия новой формулы медицинского критерия недееспособности от старой:
- a. Определение «душевная болезнь или слабоумие» изменено на единый термин «психическое расстройство»
 - b. Стали разграничиваться хроническое и временное психическое расстройство
 - c. Термин «психоз» изменен на термин «расстройство»
 - d. В формулу введено «иное болезненное состояние»
 - e. Нет терминологических отличий
25. Какой статьей закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» регламентирована недобровольная доставка в приёмное отделение психиатрических стационаров больного без его согласия?
- a. статья 11
 - b. статья 14
 - c. статья 18
 - d. статья 25
 - e. статья 29
26. Лечение без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя:
- a. Не может проводиться никогда
 - b. Может проводиться только при применении принудительных мер медицинского характера
 - c. Может проводиться при применении принудительных мер медицинского характера, а также при недобровольной госпитализации
 - d. Может проводиться всем больным, находящимся под диспансерным наблюдением
 - e. Может проводиться в амбулаторных условиях
27. Наличие юридического критерия невменяемости может быть обусловлено:
- a. Наличием психических и соматических расстройств
 - b. Наличием индивидуально-психологических особенностей у психически здоровых лиц
 - c. Малолетним возрастом
 - d. Только наличием психических расстройств
 - e. Наличием соматических расстройств
28. Обвиняемому, совершившему тяжкое деяние, может быть проведена:
- a. Только амбулаторная экспертиза
 - b. Амбулаторная экспертиза, экспертиза в суде
 - c. Любая экспертиза, предусмотренная процессуальным законодательством (амбулаторная, стационарная экспертиза, экспертиза в суде, экспертиза в кабинете следователя)
 - d. Стационарная экспертиза, экспертиза в суде
 - e. Только стационарная экспертиза

29. Основанием для госпитализации пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке является его тяжелое психическое состояние, которое обуславливает:
- Его непосредственную опасность для себя или окружающих
 - Его непосредственную опасность для себя
 - Его непосредственную опасность для окружающих
 - Его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
 - Существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи
30. От кого не принимаются вызовы бригад скорой психиатрической помощи?
- от медицинских работников
 - от руководителей предприятий, учреждений, организаций (при отсутствии медицинских работников)
 - от работников полиции
 - от прямых родственников больных
 - как исключение вызовы могут приниматься от других лиц в случаях, когда больной проживает один, или прямые родственники больного, находясь с ним, не могут сами обратиться за помощью и просят об этом окружающих
 - в случаях общественно опасных действий больного
 - от посторонних лиц по их инициативе, если больной находится дома, проживает с прямыми родственниками, и они не считают необходимым обратиться в скорую помощь
 - на улице от посторонних лиц. В таких случаях рекомендуется вызывать полицию
31. От кого принимаются вызовы бригад скорой психиатрической помощи?
- от медицинских работников
 - от руководителей предприятий, учреждений, организаций (при отсутствии медицинских работников)
 - от работников полиции
 - от прямых родственников больных
 - как исключение вызовы могут приниматься от других лиц в случаях, когда больной проживает один, или прямые родственники больного, находясь с ним, не могут сами обратиться за помощью и просят об этом окружающих
 - в случаях общественно опасных действий больного
 - от посторонних лиц по их инициативе, если больной находится дома, проживает с прямыми родственниками, и они не считают необходимым обратиться в скорую помощь
 - на улице от посторонних лиц. В таких случаях рекомендуется вызывать полицию
32. Первичная профилактика направлена на:
- Реабилитацию инвалидов
 - Лечение эндогенных заболеваний
 - Предупреждение возникновения психических расстройств
 - Военно-врачебную экспертизу психозов
 - Динамическое наблюдение за военнослужащими с аномалиями развития
33. По каким показателям оценивается эффективность психопрофилактической работы:
- Снижение заболеваемости

- b. Повторная госпитализация
 - c. Уменьшение увольняемости
 - d. Сокращение потерь
 - e. Уменьшение нарушений дисциплины
 - f. Улучшением успеваемости
34. Право на отказ от лечения психических расстройств имеют:
- a. Все лица без исключения
 - b. Только лица, не состоящие под диспансерным наблюдением
 - c. Только госпитализированные в недобровольном порядке
 - d. Все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера
 - e. Все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера, а также тех, кто госпитализируется в недобровольном порядке
35. При недобровольной госпитализации психически больного, в неотложных случаях, решение о проведении лечения без согласия больного может приниматься:
- a. Врачом-психиатром единолично
 - b. Только комиссией врачей-психиатров
 - c. Только с санкции прокурора
 - d. Только по постановлению суда
 - e. Только по разрешению главного психиатра
36. При проведении экспертизы нетрудоспособности выделяют следующие критерии:
- a. Медицинские
 - b. Медицинские и социальные
 - c. Медицинские, социальные и профессиональные
 - d. Медицинские, социальные, профессиональные и возрастно-половые
37. Решение об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке может быть принято:
- a. Врачом любой специальности
 - b. Фельдшером станции скорой медицинской помощи
 - c. Только врачом-психиатром
 - d. Органом управления здравоохранением
 - e. Ни одним из перечисленных
38. Решение об установлении диспансерного наблюдения за лицом, страдающим психическим расстройством, или его прекращении принимается:
- a. Врачом-психиатром единолично
 - b. Комиссией врачей-психиатров
 - c. Главным врачом диспансера
 - d. Только судом
 - e. Только прокурором
39. С какими науками тесно соприкасается судебная психиатрия:
- a. С социологией
 - b. С невропатологией
 - c. С юриспруденцией
 - d. С психологией

40. Сведения о состоянии психического здоровья гражданина имеют право запрашивать:
- Никому не дано такого права
 - Соседи
 - Его сотрудники по работе
 - Судебно-следственные органы и вышестоящие органы здравоохранения
 - Участковые врачи территориальных поликлиник
41. Согласие на лечение необходимо получать от больного или его законного представителя:
- Только в начале курса терапии
 - При каждом и любом изменении первоначальной схемы терапии
 - В начале курса терапии, а также при смене метода терапии и таких изменениях в лечении, которые связаны с существенным возрастанием риска побочных эффектов и осложнений
 - При недобровольной госпитализации в психиатрический стационар
 - При проведении принудительного лечения
42. Третичная профилактика направлена на:
- Выявление лиц с нервно-психической неустойчивостью
 - Предупреждение рецидивов психического заболевания
 - Профилактику невротических реакций
 - Предупреждение инвалидизации пациентов
 - Установление причины заболевания
43. Что является предметом судебно-психиатрической экспертизы?
- Диагностика, профилактика, лечение психически больных
 - Профилактика общественно опасных действий психически больных
 - Решение вопросов о вменяемости-невменяемости
 - Выявление юридически значимых свойств психических расстройств
 - Решение вопросов о дееспособности и недееспособности
44. Юридический критерий невменяемости включает:
- Только интеллектуальный компонент
 - Только волевой компонент
 - Эмоциональный и волевой компоненты
 - Интеллектуальный и волевой компоненты
 - Эмоциональный и интеллектуальный компоненты
45. Изучением связей между нервной системой и поведением занимается главным образом:
- Зоопсихология
 - Парапсихология
 - Психофармакология
 - Психофизиология
46. В соответствии с основами законодательства об охране здоровья граждан РФ разрешена ли эвтаназия?
- Да
 - Нет
47. Под нервно-психической неустойчивостью следует понимать:

- a. Состояния психической дезадаптации, характеризующиеся склонностью к срыву оптимального функционирования и адекватного личностного (либо поведенческого) реагирования в условиях эмоционального напряжения
 - b. Состояния психической дезадаптации, характеризующиеся срывом оптимального функционирования и адекватного личностного (либо поведенческого) реагирования в условиях эмоционального напряжения
 - c. Состояния психической дезадаптации, характеризующиеся склонностью к срыву оптимального реагирования в условиях профессиональной деятельности
48. Признаки социально-психологической дезадаптации:
- a. Низшая толерантность к эмоциональным нагрузкам
 - b. Снижение или утрата ценности жизни
 - c. Слабость психологической защиты
 - d. Неадекватная возможностям самооценка
 - e. Страх, тревога
 - f. Низкий интеллект
 - g. Нарушение поведения
49. Причиной беспомощного состояния потерпевшего может быть:
- a. Только наличие психических расстройств
 - b. Только наличие психических и соматических расстройств
 - c. Только наличие психических расстройств и малолетний возраст
 - d. Наличие психических, соматических, непатологических индивидуально-психологических расстройств, малолетний возраст
 - e. Только малолетний возраст
50. Генетические исследования имеют наибольшее значение при диагностике:
- a. Экзогенных психических заболеваний
 - b. Эндогенных психических заболеваний
 - c. Умственной отсталости
 - d. Экзогенно-органических психических заболеваний
 - e. Эндогенно-органических психических заболеваний
 - f. Психогенных психических заболеваний
51. К альфа-ритму относятся волны частотой:
- a. Менее 8 герц
 - b. 8-12 герц
 - c. Более 12 герц
52. К бета-ритму относятся волны частотой:
- a. Менее 8 герц
 - b. 8-12 герц
 - c. Более 12 герц
53. К психофизиологическим методам исследования в психиатрии относят:
- a. Методы оценки показателей умственной и физической работоспособности
 - b. Методы изучения интеллекта
 - c. Физиологические методы оценки психического состояния
 - d. Методы изучения особенностей эмоциональной сферы больных

54. Клинико-психопатологическое исследование больных осуществляется путем:
- Беседы с родственниками больного
 - Наблюдения
 - Опроса и наблюдения
 - Сбора анамнестических сведений
 - Анализа данных инструментального исследования
55. Краниография базируется на:
- Изучении электрических биопотенциалов головного мозга
 - Рентгенографическом исследовании особенностей строения черепа
 - Ультразвуковой оценке плотности тканей черепа и головного мозга
 - Ультразвуковом исследовании симметричности расположения мозговых структур
56. Наибольшую диагностическую информативность краниография имеет при:
- Эндогенных психических заболеваниях
 - Психогенных расстройствах
 - Экзогенно-органических психических заболеваниях
 - Эндогенно-органических психических заболеваниях
57. Наибольшую диагностическую информативность ЭЭГ имеет при:
- Эндогенных психических заболеваниях
 - Психогенных расстройствах
 - Эндогенно-органических психических заболеваниях
 - Экзогенно-органических психических заболеваниях
58. Основным методом исследования в психиатрии является:
- Электроэнцефалографический
 - Инструментальный
 - Клинико-психопатологический
 - Психологический
 - Генетический
 - Эпидемиологический
 - Иммунологический
59. Основными частотными диапазонами ЭЭГ являются:
- Дельта-, тэта- и бета-диапазоны
 - Дельта-, тэта- и альфа-диапазоны
 - Тэта-, альфа- и бета-диапазоны
 - Дельта-, альфа- и бета-диапазоны
 - Дельта-, тэта-, альфа- и бета-диапазоны
60. Преобладающим частотным ЭЭГ-диапазоном здорового человека являются:
- Дельта-волны
 - Тэта-волны
 - Альфа-волны
 - Бета-волны
61. Психический статус представляет собой:
- Совокупность признаков расстройств психики
 - Характеристику сохранных элементов психической деятельности
 - Общую оценку психической деятельности в целом

62. Типичными ЭЭГ-признаками эпилепсии считаются:
- Комплекс «медленная волна - быстрая волна»
 - Комплекс «быстрая волна - медленная волна»
 - Комплекс «быстрая волна - пик»
 - Комплекс «медленная волна - пик»
 - Комплекс «пик - быстрая волна»
 - Комплекс «пик - медленная волна»
63. Эхо-энцефалография базируется на:
- Изучении электрических биопотенциалов головного мозга
 - Ультразвуковой оценке плотности тканей черепа и головного мозга
 - Рентгенографическом исследовании особенностей строения черепа
 - Ультразвуковом исследовании симметричности расположения мозговых структур
64. Акатизия:
- Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
 - Двигательное беспокойство, выражающееся в том, что больной не может спокойно сидеть или стоять на одном месте в связи с возникновением ощущения дискомфорта; осложнение психофармакотерапии
 - Расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки
 - Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность, прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости
 - Полное равнодушие, безучастность ко всему окружающему и своему положению, бездумность. Ничто не вызывает интереса, эмоционального отклика
65. Амитриптилин относится к классу:
- Транквилизаторов
 - Антидепрессантов
 - Психостимуляторов
 - Нормотимиков
 - Ноотропов
 - Нейролептиков
66. Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин относится к классу:
- Нейролептиков
 - Антидепрессантов
 - Психостимуляторов
 - Нормотимиков
 - Ноотропов
 - Транквилизаторов
67. Все следующие утверждения по поводу электросудорожной терапии верны, кроме:
- Основным показанием для этого вида лечения является депрессия
 - Она может быть эффективной в лечении больных с маниакальным возбуждением
 - Она получила широкое распространение в комплексной терапии обсессивно-фобического невроза
 - Она может вызвать нарушения памяти

68. Галоперидол относится к классу:
- Нейролептиков
 - Транквилизаторов
 - Антидепрессантов
 - Психостимуляторов
 - Нормотимиков
 - Ноотропов
69. Диазепам относится к классу:
- Транквилизаторов
 - Антидепрессантов
 - Психостимуляторов
 - Нормотимиков
 - Ноотропов
 - Нейролептиков
70. Имипрамин относится к классу:
- Транквилизаторов
 - Нейролептиков
 - Психостимуляторов
 - Нормотимиков
 - Ноотропов
 - Антидепрессантов
71. К ингибиторам МАО относятся:
- Ниаламид
 - Амитриптилин
 - Диазепам
 - Пимозид
 - Ни один из перечисленных
72. К производным бензодиазепаина относятся следующие препараты, исключая:
- Хлордиазепоксид
 - Диазепам
 - Нитразепам
 - Оксазепам
 - Ниаламид
73. К производным бутирофенона относятся:
- Галоперидол
 - Резерпин
 - Диазепам
 - Хлорпромазин
 - Ни один из перечисленных
74. К производным фенотиазина относятся:
- Галоперидол
 - Резерпин
 - Диазепам
 - Хлорпромазин
 - Ни один из перечисленных

75. К трициклическим антидепрессантам относятся:
- Имипрамин
 - Амитриптилин
 - Кломипрамин
 - Пипофезин
76. Какие из перечисленных препаратов являются антидепрессантами?
- Диазепам
 - Амитриптилин
 - Галоперидол
 - Мезокарб
 - Левомепромазин
 - Пирацетам
 - Хлорпромазин
 - Имипрамин
77. Какие из перечисленных препаратов являются нейролептиками?
- Диазепам
 - Амитриптилин
 - Галоперидол
 - Мезокарб
 - Левомепромазин
 - Пирацетам
 - Хлорпромазин
 - Имипрамин
78. Какие из перечисленных препаратов являются ноотропами?
- Диазепам
 - Амитриптилин
 - Галоперидол
 - Мезокарб
 - Левомепромазин
 - Пирацетам
 - Имипрамин
 - Гамма-аминомасляная кислота
79. Какие из перечисленных препаратов являются транквилизаторами?
- Диазепам
 - Амитриптилин
 - Галоперидол
 - Левомепромазин
 - Пирацетам
 - Хлорпромазин
 - Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
 - Нитразепам
80. Какие из перечисленных психотропных препаратов чаще всего вызывают экстрапирамидные расстройства
- Алимемазин
 - Хлорпротиксен

- c. Галоперидол
 - d. Нитразепам
 - e. Диазепам
81. Какой из перечисленных препаратов относится к классу психостимуляторов?
- a. Диазепам
 - b. Амитриптилин
 - c. Галоперидол
 - d. Мезокарб
 - e. Левомепромазин
 - f. Пирацетам
 - g. Имипрамин
 - h. Гамма-аминомасляная кислота
82. Какой из перечисленных синдромов обусловлен побочным действием нейролептиков?
- a. Делириозный синдром
 - b. Судорожный синдром
 - c. Экстрапирамидный синдром
83. Какой класс препаратов требует исключения из диеты больного копченостей, сыра и творога, а также не комбинируется с другими психотропными средствами?
- a. Антидепрессанты - ингибиторы обратного захвата серотонина (Прозак)
 - b. Антидепрессанты - необратимые ингибиторы МАО (Ниаламид)
 - c. Ноотропы с ГАМК-ергическими свойствами (Пирацетам)
 - d. Нейролептики бутерофенонового ряда (Галоперидол)
 - e. Соли лития (лития карбонат)
84. Клофелин относится к:
- a. Опиатам
 - b. α -Адреноблокаторам
 - c. Антагонистам опиатов
 - d. Антагонистам опиоидных рецепторов
85. Лития карбонат относится к классу:
- a. Нейролептиков
 - b. Антидепрессантов
 - c. Психостимуляторов
 - d. Нормотимиков
 - e. Ноотропов
 - f. Транквилизаторов
86. Мезокарб относится к классу:
- a. Нейролептиков
 - b. Антидепрессантов
 - c. Психостимуляторов
 - d. Нормотимиков
 - e. Ноотропов
 - f. Транквилизаторов
87. Методы психотерапии патогенетически обоснованы в комплексной терапии:
- a. Маниакально-депрессивного психоза

- b. Шизофрении
 - c. Неврозов
 - d. Эпилепсии
 - e. Отдаленных последствий черепно-мозговой травмы
88. Методы экстракорпоральной детоксикации в лечении психически больных наиболее часто применяются с целью:
- a. Профилактики развития фаз при маниакально-депрессивном синдроме
 - b. Преодоления терапевтической резистентности к психотропным препаратам
 - c. Уменьшения выраженности тревожных расстройств
 - d. Коррекции побочных эффектов лекарственных средств
89. Миансерин относится к классу:
- a. Транквилизаторов
 - b. Нейролептиков
 - c. Психостимуляторов
 - d. Нормотимиков
 - e. Антидепрессантов
 - f. Ноотропов
90. Налтрексон применяется:
- a. Внутрь в таблетках, капсулах
 - b. Внутрь в сиропе
 - c. Внутримышечно
 - d. Внутривенно
 - e. Путем имплантации в мышечные ткани
91. Нейролептики являются препаратами выбора в лечении:
- a. Депрессии
 - b. Невроза
 - c. Психопатии
 - d. Шизофрении
 - e. Интоксикационного делирия
92. Основным показанием для назначения амитриптилина является:
- a. Депрессия
 - b. Алкоголизм
 - c. Психопатия
 - d. Шизофрения
 - e. Интоксикационный делирий
 - f. Болезнь Альцгеймера
93. Основным показанием для назначения транквилизаторов является:
- a. Депрессия
 - b. Шизофрения
 - c. Тревожные расстройства
 - d. Синдром психического автоматизма
 - e. Первичный систематизированный бред
94. Пирацетам относится к классу:
- a. Нейролептиков

- b. Антидепрессантов
 - c. Психостимуляторов
 - d. Нормотимиков
 - e. Ноотропов
 - f. Транквилизаторов
95. Тригексифенидил в комплексной терапии шизофрении применяется с целью:
- a. Усиления антипсихотических эффектов нейролептиков
 - b. Уменьшения выраженности побочных эффектов нейролептиков
 - c. Предупреждения развития терапевтической резистентности при длительной терапии нейролептиками
96. Трифлуоперазин относится к классу:
- a. Транквилизаторов
 - b. Антидепрессантов
 - c. Психостимуляторов
 - d. Нормотимиков
 - e. Ноотропов
 - f. Нейролептиков
97. Хлорпромазин относится к классу:
- a. Транквилизаторов
 - b. Антидепрессантов
 - c. Психостимуляторов
 - d. Нейролептиков
 - e. Нормотимиков
 - f. Ноотропов
98. MMPI, опросник Кеттелла относятся к методам:
- a. проективным
 - b. стандартизированного самоотчета
 - c. диалоговым
 - d. аппаратным
 - e. анализа продуктов деятельности
99. В «Пиктограмме» испытуемый на понятие «развитие» рисует спираль. назовите 2 верные интерпретации данной образной ассоциации:
- a. ассоциация конкретного уровня
 - b. ассоциация символического (категориального) уровня
 - c. ассоциация эмоционально насыщенная
 - d. ассоциация формальная
 - e. ассоциация выхоленная (бессодержательная)
100. В «Счете по Крепелину» испытуемый показал следующую динамику продуктивности (количество арифметических операций в мин.): 25, 21, 21, 15, 12, 7. это свидетельствует о:
- a. снижении уровня обобщения
 - b. нарушениях памяти
 - c. колебаниях внимания
 - d. утомляемости
 - e. нарушениях восприятия

101. Из 10 слов испытуемый воспроизводит 4. это свидетельствует о:
- нормальном объеме запоминания
 - высоком объеме запоминания
 - низком объеме запоминания
102. Использование несущественных признаков объектов, латентных или маловероятных признаков объектов при обобщении является:
- нарушением уровня обобщения
 - нарушением процесса обобщения
 - мотивационным нарушением мышления
 - динамическим нарушением мышления
 - нарушением логики суждений
103. Испытуемый объединяет в одну группу книгу и дерево на основании того, что «и там и там есть лист». Данное обобщение можно интерпретировать как проявление:
- снижения уровня обобщения
 - искажения процесса обобщения
 - ригидности мышления
 - нарушения динамики мыслительной деятельности
 - нарушения внимания
104. Испытуемый объясняет пословицу «Шила в мешке не утаишь» так: «правильно, оно же острое – проткнет мешок». это свидетельствует о:
- правильном понимании условного смысла
 - буквальном (конкретном) понимании условного смысла
 - искаженном понимании условного смысла
 - резонерстве
 - соскальзываниях в суждении
105. Методика «10 слов», предназначена для исследования:
- памяти
 - восприятия
 - внимания и умственной работоспособности
 - мышления
 - личности
106. Методика «Исключение понятий» предназначена для исследования:
- памяти
 - восприятия
 - внимания и умственной работоспособности
 - мышления
 - личности
107. Методика «Исключение предметов» предназначена для исследования:
- памяти
 - восприятия
 - внимания и умственной работоспособности
 - мышления
 - личности

108. Методика «Классификация» предназначена для исследования:
- памяти
 - восприятия
 - внимания и умственной работоспособности
 - мышления
 - личности
109. Методика «Корректирующая проба Бурдона», предназначена для исследования
- памяти
 - восприятия
 - внимания и умственной работоспособности
 - мышления
 - личности
110. Методика «Отсчитывание», предназначена для исследования
- памяти
 - восприятия
 - внимания и умственной работоспособности
 - мышления
 - личности
111. Методика «Пиктограмма» предназначена для исследования:
- непосредственного запоминания
 - опосредованного запоминания
 - смыслового запоминания
 - непроизвольного запоминания
112. Методика «Простые аналогии» предназначена для исследования:
- памяти
 - восприятия
 - внимания и умственной работоспособности
 - мышления
 - личности
113. Методика «Сравнение понятий» предназначена для исследования:
- памяти
 - восприятия
 - внимания и умственной работоспособности
 - мышления
 - личности
114. Методика «Существенные признаки» предназначена для исследования:
- памяти
 - восприятия
 - внимания и умственной работоспособности
 - мышления
 - личности
115. Методика «Счет по Крепелину», предназначена для исследования
- памяти
 - восприятия

- с. внимания и умственной работоспособности
 - d. мышления
 - e. личности
116. Методика «Таблицы Шульте», предназначена для исследования
- a. памяти
 - b. восприятия
 - с. внимания и умственной работоспособности
 - d. мышления
 - e. личности
117. Методика Леонтьева предназначена для исследования
- a. памяти
 - b. восприятия
 - с. внимания и умственной работоспособности
 - d. мышления
 - e. личности
118. Опросник Кеттелла основан на:
- a. теории бессознательного
 - b. теории установки
 - с. теории деятельности
 - d. теории черт личности
 - e. теории поведения
119. Опросник Кеттелла, опросник Шмишека предназначены для исследования:
- a. способностей
 - a. характера
 - b. темперамента
 - с. эмоциональных состояний
 - d. уровня умственного развития
120. При сравнении понятий испытуемый находит общее между собакой и кошкой в том, что «у них по четыре ноги». Данный ответ можно интерпретировать как проявление:
- a. снижения уровня обобщения
 - b. искажения процесса обобщения
 - с. ригидности мышления
 - d. нарушения динамики мыслительной деятельности
 - e. нарушения внимания
121. ТАТ и тест Роршаха относятся к следующему виду проективной техники:
- a. классическая словесная апперцепция
 - b. проективное предпочтение
 - с. проективное шкалирование
122. Тест Векслера, тест Равена предназначены для исследования:
- a. способностей
 - b. характера
 - с. темперамента
 - d. эмоциональных состояний
 - e. уровня умственного развития

123. Тест Люшера и тест Сцонди относятся к следующему виду проективной техники:
- классическая словесная апперцепция
 - проективное предпочтение
 - проективное шкалирование
124. Тест Люшера, опросник САН предназначены для исследования:
- способностей
 - характера
 - темперамента
 - эмоциональных состояний
 - уровня умственного развития
125. Тест Розенцвейга направлен на исследование:
- тревожности
 - ригидности
 - агрессивности
 - депрессии
 - интеллекта
126. Агравация:
- Умышленное изображение уже исчезнувших симптомов психической болезни
 - Умышленное сокрытие имеющихся психических расстройств в виде «формальной критики»
 - Умышленное изображение психопатологических симптомов, не свойственных имеющемуся психическому заболеванию
 - Умышленное изображение психической болезни психически здоровым лицом
 - Умышленное преувеличение симптомов имеющегося в настоящее время заболевания или остаточных явлений после перенесенной психической болезни
127. В современном определении интеллекта основной упор делается на то, что он:
- Наследуется
 - Представляет собой способность адаптироваться к окружающей среде
 - В основном приобретается
 - Неравномерно распределен у представителей разных рас
128. Гиперкомпенсация – это:
- Расстройство внимания в форме его непроизвольного кратковременного привлечения к обычно не замечаемым предметам и явлениям
 - Защитное поведение связанное с имеющейся или мнимой неполноценностью
 - Периодически наступающие кратковременные приступы сонливости
 - Понижение волевой активности с бедностью побуждений, обеднением мышления, снижением двигательной активности
 - Двигательное угнетение, сопровождающееся обеднением и замедлением движений
129. Инстинктивные формы поведения:
- Запрограммированы от рождения
 - Менее сложны, чем рефлексy
 - Не могут изменяться в результате опыта
 - У человека более многочисленны, чем у других видов

130. Какая из перечисленных черт не является специфической для творческого мышления?
- Пластичность
 - Надежность
 - Гибкость
 - Оригинальность
131. Какие из понятий относятся к основным видам психических процессов?
- Ощущение
 - Мотив
 - Воля
 - Характер
 - Воображение
132. Какой из перечисленных внешних факторов играет самую важную роль в интеллектуальном развитии младенца
- Питание
 - Правильный физический уход
 - Воспитание родной матерью
 - Психическая стимуляция
133. Основными принципами психологии являются:
- Детерминизм
 - Целостность
 - Единство сознания и деятельности
 - Личностный подход
134. Присущая человеку социальная структура дает детям возможность:
- Получать хороший уход
 - Воспринимать социальные и культурные обычаи
 - Усваивать опыт предшествующих поколений
135. Проявления сексуального поведения у людей:
- Строго управляется внутренними механизмами
 - Определяются культурой
 - Относительно сходны в различных культурах
 - Мало видоизменяются в многочисленных культурах
136. Психика определяется как:
- Состояние души
 - Особое свойство высокоорганизованной материи
 - Результат влияния окружающей среды
137. Психика у человека проявляется в следующих видах:
- Психические свойства личности
 - Психодиагностика
 - Психические состояния
 - Психопрофилактика
 - Психические процессы
 - Психотерапия
138. Сензитивные периоды – это такие периоды развития, во время которых:

- a. Научение затруднено
 - b. Организм достигает зрелости
 - c. Организм более восприимчив к тому или иному научению
 - d. Созревание осуществляется быстрее всего
139. Стресс связан:
- a. С прогрессирующим истощением резервов организма
 - b. С неожиданной и острой ситуацией
 - c. Со способностью каждого идти на риск
140. Суть проекции заключается:
- a. В приписывании другим людям собственных чувств и мыслей
 - b. Ориентации поведения на доступную цель
 - c. В отрицании реальных фактов
 - d. В выборе поведения, противоположного подавленному
141. Теории личностных черт пытаются описывать личность человека на основании:
- a. Его физической конституции
 - b. Тех моделей, которым он подражает
 - c. Факторов, контролирующих его поступки
 - d. Ни один из ответов не верен
142. Только женщина (в отличие от самок животных):
- a. Знакома с оргазмом
 - b. Сексуально активна на протяжении всего года
 - c. Остается сексуально активной в период менопаузы
143. Человек – единственное существо, способное:
- a. Передавать информацию о прошлых и будущих событиях
 - b. Пользоваться орудиями
 - c. Жить в сообществах
 - d. Верны все ответы
144. Что такое идентичность человека?
- a. Его уподобление другим людям
 - b. Чувство самого себя, собственной «самости»
 - c. Синоним понятия «личность»
 - d. Синоним понятия «характер»
145. Эдипов комплекс, который имел в виду Фрейд, развивается:
- a. На оральной стадии
 - b. На анальной стадии
 - c. На фаллической стадии
 - d. На генитальной стадии
146. Эффективность деятельности, связанной с тем или иным научением, зависит:
- a. От состояния сознания
 - b. От стресса
 - c. От ситуации, в которой эта деятельность осуществляется
147. «Нарушение восприятия времени» относится к:

- a. Галлюцинациям
 - b. Психосенсорным расстройствам
 - c. Сенсопатиям
 - d. Иллюзиям
148. Акогозмы относятся к:
- a. Аутометаморфозиям
 - b. Элементарным зрительным галлюцинациям
 - c. Иллюзиям
 - d. Сенестопатиям
 - e. Элементарным слуховым галлюцинациям
149. Акогозмы:
- a. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
 - b. Нарушение памяти в виде утраты способности фиксации, сохранения и воспроизведения различной информации (событий, знаний и т.д.)
 - c. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
 - d. Выпадение из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию или другим психическим расстройствам
 - e. Элементарные слуховые обманы в виде шума, стука, грохота, шипения, выстрелов и т.д.
150. Апрозексия – это:
- a. Неспособность к длительному сосредоточению
 - b. Повышенная переключаемость внимания
 - c. Сужение «поля внимания»
 - d. Полное отсутствие («выпадение») внимания
151. Апрозексия, гипопрозексия, гиперметаморфоз относятся к патологии:
- a. Памяти
 - b. Ощущений
 - c. Воли
 - d. Внимания
 - e. Восприятия
152. Атаксия интрапсихическая:
- a. Разобщенность и расщепление психических процессов (мышления, чувств, поступков), их мимического и речевого выражения
 - b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
 - c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
 - d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации)
 - e. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья
153. Аутометаморфозии относятся к:
- a. Сенсопатиям

- b. Деменции
 - c. Психосенсорным расстройствам
 - d. Псевдогаллюцинациям
 - e. Расстройствам памяти
154. Аффективные иллюзии относятся к:
- a. Сенсопатиям
 - b. Патологическим иллюзиям
 - c. Психосенсорным расстройствам
 - d. Функциональным галлюцинациям
155. Бессвязность (инкогеренция) мышления – это:
- a. Непроизвольно возникающий, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний
 - b. Затрудненность последовательного течения мыслей, сопровождаемая замедленностью, крайней тягучестью
 - c. Неточность, нецеленаправленность мышления, не сопровождающаяся, однако, ускорением течения ассоциаций
 - d. Утрата способности к образованию ассоциативных связей, отражению действительности в ее связях и отношениях
 - e. Неожиданная остановка, перерыв мысли, ее внезапная блокада
156. Бессвязность и разорванность мышления относятся к:
- a. Бредовым идеям
 - b. Расстройствам мышления по темпу ассоциативного процесса
 - c. Обсессиям
 - d. Расстройствам мышления по стройности ассоциативного процесса
 - e. Сверхценным идеям
157. Брадипсихия – это:
- a. Замедление речи, наступающее во всех случаях заторможенного мышления
 - b. Замедление всех психических процессов
 - c. Идеи, суждения, не соответствующие действительности и полностью овладевающие сознанием больного и не корригируемые при разубеждении, разъяснении
 - d. Необоснованное, чрезмерное преувеличение своих духовных и физических сил, социального положения и связанных с этим возможностей
 - e. Необоснованное убеждение в постороннем влиянии на мысли, чувства и поступки больного, нередко с суждением о происхождении такого воздействия (гипноз, лучевое и волновое воздействие и др.)
158. Бред – это:
- a. Идеи, суждения, не соответствующие действительности и полностью овладевающие сознанием больного и не корригируемые при разубеждении, разъяснении
 - b. Утрата эмоциональных реакций на все окружающее, с мучительным переживанием полной душевной опустошенности
 - c. Упорный отказ от пищи, обусловленный психическим заболеванием
 - d. Безразличие к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствие желаний, побуждений
 - e. Расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки

159. Бред индуцированный – это:
- Необоснованное суждение обо всем происходящем вокруг больного как специально устроенном, инсценированном с какой-то целью
 - Бред, возникающий у лиц, находившихся в длительном контакте с психически больным, совпадающий по тематике с бредом больного
 - Ложное убеждение, проявляющееся идеей полного изменения окружающей обстановки, превращения предметов, перевоплощения лиц
 - Приобретение предметами, событиями и окружающими лицами особого смысла
 - Ложное убеждение в наличии неизлечимой, приводящей к смерти или унижительной болезни (рак, СПИД и др.)
160. Бред интерметаморфозы – это:
- Депрессивные, ипохондрические фантазии с идеями громадности и отрицания (всеобщая гибель, мировые катаклизмы, исчезновения собственного тела, отдельных органов)
 - Ложное убеждение в ошибочном или умышленном обвинении больного окружающими лицами в совершении неблагоприятных или преступных действий, к которым он не имеет никакого отношения
 - Образные представления (фантазии и грезы), сопровождающиеся тревогой, страхом, экстазом, растерянностью
 - Ложное убеждение, проявляющееся идеей полного изменения окружающей обстановки, превращения предметов, перевоплощения лиц
 - Приобретение предметами, событиями и окружающими лицами особого смысла
161. Бред Котара – это:
- Погружение в мир личных переживаний с ослаблением или потерей контакта с действительностью. Утрата интереса к реальности с отсутствием стремления к общению с окружающими людьми
 - Нарушение восприятия, проявляющееся в искажении формы и величины своего тела
 - Депрессивные, ипохондрические фантазии с идеями громадности и отрицания (всеобщая гибель, мировые катаклизмы, исчезновения собственного тела, отдельных органов)
 - Кратковременное психическое расстройство, возникающее в ответ на интенсивную, внезапную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, за которым следует общая расслабленность, безразличие и часто глубокий сон; сопровождается частичной или полной ретроградной амнезией
 - Ложное убеждение в ошибочном или умышленном обвинении больного окружающими лицами в совершении неблагоприятных или преступных действий, к которым он не имеет никакого отношения
162. Бред манихейский – это:
- Разновидность аффективного бреда, содержанием которого являются идеи самообвинения, греховности
 - Разновидность чувственного, экспансивного бреда, содержание которого носит фантастический, антагонистический характер
 - Разновидность чувственного, экспансивного бреда, содержанием которого являются идеи реформаторства, мессианства
 - Разновидность чувственного, экспансивного бреда ретроспективного содержания, нередко сопровождающегося псевдогаллюцинаторными воспоминаниями

- e. Разновидность аффективного бреда, содержанием которого являются ипохондрические фантазии с идеями громадности и отрицания (всеобщая гибель, мировые катаклизмы, исчезновение собственного тела, отдельных органов)
163. Бред параноидный – это:
- a. Высшая степень бессвязности мышления, когда речь представляет собой беспорядочный, бессмысленный набор слов
 - b. Патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития. С сохранением черт, присущих детскому или подростковому возрасту
 - c. Ощущение спазма, подкатывание к горлу клубка, шара, возникающее в невротическом симптомокомплексе
 - d. Возникающее при глубоком нарушении сознания, ограничивающееся пределами постели двигательное беспокойство, проявляющееся небольшими по амплитуде движениями преимущественно пальцев рук (больной теребит простыню, одежду, «обирается»)
 - e. Различные бредовые идеи неблагоприятного воздействия на больного извне, содержащие идеи преследования, отношения, воздействия, отравления, обвинения, ущерба
164. Бредовые идеи характерны для клинической картины:
- a. Умственной отсталости
 - b. Невротических расстройств
 - c. Наркоманий
 - d. Психозов
 - e. Расстройств личности
165. Бредовые идеи являются признаком:
- a. Расстройств невротического уровня
 - b. Расстройств психотического уровня
 - c. Могут наблюдаться на любом из вышеперечисленных уровней
 - d. Могут наблюдаться и у психически здоровых, и у психически больных лиц
166. Вагабондаж (дромомания, пориомания) – это:
- a. Патологическое, непреодолимое стремление к перемене мест, к бродяжничеству
 - b. Запой, периодически возникающее, непреодолимое влечение к пьянству
 - c. Периодически и внезапно возникающая страсть к воровству
 - d. Расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких, иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
 - e. Неотвратимое стремление к поджогу, который производится без намерения принести зло, причинить ущерб
167. Галлюцинации гипнагогические – это:
- a. Видения, возникающие непосредственно перед засыпанием, при закрытых глазах, на темном фоне зрения
 - b. Ощущение явного присутствия в полости тела, обычно в животе, инородных предметов, живых существ
 - c. Зрительные или слуховые галлюцинации, возникающие при пробуждении
 - d. Слуховые галлюцинации в виде голосов, приказывающих (или наоборот запрещающих) совершать те или иные поступки, действия

- e. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на тот же анализатор
168. Галлюцинации императивные – это:
- a. Слуховые галлюцинации в виде голосов, приказывающих (или наоборот запрещающих) совершать те или иные поступки, действия
 - b. Зрительные галлюцинации в виде образов людей, животных, неодушевленных предметов, отличающихся необычайно большими иногда гигантскими размерами
 - c. Зрительные галлюцинации в виде образов живых существ и неодушевленных предметов, отличающихся необычно малыми размерами
 - d. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на тот же анализатор
 - e. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на другой анализатор
169. Галлюцинации функциональные – это:
- a. Зрительные или слуховые галлюцинации, возникающие при засыпании или пробуждении
 - b. Ощущение явного присутствия в полости тела, обычно в животе, инородных предметов, живых существ
 - c. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на другой анализатор
 - d. Ощущение ползания по телу насекомых, появления на поверхности тела или под кожей посторонних предметов
 - e. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на тот же анализатор
170. Гиперметаморфоз – это:
- a. Расстройство внимания в форме его непроизвольного кратковременного привлечения к обычно не замечаемым предметам и явлениям
 - b. Неожиданная, непроизвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
 - c. Замедление возникновения ассоциаций, уменьшение их количества
 - d. Нарушение способности соотносить возможности собственной личности с реальностью
 - e. Ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненным представлением
171. Гиперметаморфоз – это:
- a. «Выпадение» внимания
 - b. Сужение «поля внимания»
 - c. Повышенная переключаемость внимания, отвлекаемость
 - d. Снижение переключаемости, внимания
172. Гипсофобия – это страх:
- a. Получить травму и оказаться в гипсе
 - b. Острых предметов
 - c. Высоты и глубины
 - d. Загрязнения
 - e. Воды
 - f. Замкнутых пространств

173. Закупорка мышления (шперрунг) – это:
- Ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненным представлением
 - Неожиданная, произвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
 - Застойность, малая подвижность, замедленность смены психических процессов
 - Высшая степень бессвязности мышления, когда речь представляет собой беспорядочный, бессмысленный набор слов
 - Патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития, с сохранением черт присущих детскому или подростковому возрасту
174. Иллюзии – это:
- Застойность, малая подвижность, замедленность смены психических процессов
 - Повышенная восприимчивость к обычным внешним раздражителям, сопровождающаяся неприятным субъективным чувством
 - Понижение восприимчивости к внешним раздражениям
 - Лишенные смыслового значения произвольные насильственные движения
 - Ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненным представлением
175. Иллюзии возникают у:
- Психически здоровых людей
 - При различных психических расстройствах
 - Психически здоровых и психически больных лиц
176. Иллюзии могут наблюдаться:
- При психических расстройствах
 - У психически здоровых лиц
 - В обоих случаях
177. Истинным галлюцинациям свойственны:
- Проекция галлюцинаторных образов «во внутрь»
 - Чувственная яркость, живость
 - Наличие критического отношения
 - Мнестические расстройства
178. Какая разновидность фобий свойственна заключительному этапу невротического заболевания:
- Гипсофобия
 - Агорафобия
 - Нозофобия
 - Фобофобия
 - Клаустрофобия
179. Какие из перечисленных понятий можно отнести к свойствам восприятия?
- Предметность
 - Контрастность
 - Константность

180. Какие из понятий относятся к познавательным психическим процессам?
- Восприятие
 - Речь
 - Потребности
 - Эмоции
181. Какой вид мышления характерен для детей до 3-х лет?
- Наглядно-действенное мышление
 - Образное мышление
 - Практическое мышление
182. Кверулянтство – это:
- Непроизвольное, назойливое возникновение одного и того же представления в сознании больного, несмотря на прилагаемые усилия избавиться от него
 - Расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
 - Отказ от речи, отсутствие речевого общения больного с окружающими при сохранности речевого аппарата
 - Предшествующее бреду преобладание в самочувствии тревоги, страха с ощущением непонятности окружающего, предчувствием надвигающегося несчастья, опасности
 - Возникновение непреодолимых, чуждых личности больного мыслей (обычно неприятных), представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, влечений, движений и действий, при сохранности критического к ним отношения и попытках борьбы с ними
183. Классическое описание псевдогаллюцинаций принадлежит:
- И.М. Балинскому
 - В.Х. Кандинскому
 - В.П. Осипову
 - С.С. Корсакову
184. Критическое отношение к болезненным переживаниям наиболее характерно для больных с:
- Резонерством
 - Сверхценными идеями
 - Обстоятельностью
 - Обсессиями
 - Бредовыми идеями
 - Галлюцинациями
185. Метаморфозии – это:
- Искажение восприятия формы или величины своего тела
 - Нарушение ориентировки в собственной личности
 - Нарушение восприятия размеров и формы предметов и пространства
186. Монолога симптом – это:
- Двигательное возбуждение, сопровождающее дисфорию или сумеречное помрачение сознания
 - Двигательное возбуждение больных олигофренией, проявляющееся в бессмысленных, порой разрушительных действиях и сопровождающееся криками, а в редких случаях нанесением себе повреждений

- с. Повторение услышанных слов и предложений
 - d. Повторение увиденных действий
 - e. Спонтанная речь больного, сопровождающаяся разорванностью мышления
187. Мышление – это:
- a. Опосредованное, обобщенное отражение действительности
 - b. Процесс отражения объективной реальности, составляющий высшую ступень человеческого познания
 - c. Процесс отражения внутренних связей предметов и явлений
188. Навязчивые воспоминания относятся к группе:
- a. Навязчивых страхов
 - b. Навязчивых влечений
 - c. Идеаторных obsessions
 - d. Навязчивых действий
189. Навязчивые состояния (ананказм, obsessions) – это:
- a. Возникновение непреодолимых, чуждых личности больного мыслей (обычно неприятных), представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, влечений, движений и действий, при сохранности критического к ним отношения и попытках борьбы с ними
 - b. Непроизвольное, назойливое возникновение одного и того же представления в сознании больного, несмотря на прилагаемые усилия избавиться от него
 - c. Непреодолимое стремление вспоминать имена героев книг, даты каких-либо событий и т.д. без какой-либо надобности
 - d. Непреодолимая боязнь, охватывающая больного, несмотря на понимание им ее бессмысленности и попытки с ней справиться
 - e. Непреодолимое стремление считать без надобности какие-либо объекты (окна, дома, прохожих и т.д.)
190. Наиболее опасными для больного и окружающих являются галлюцинации:
- a. Обонятельные
 - b. Тактильные
 - c. Фотопсии
 - d. Слуховые императивные
 - e. Речедвигательные
191. Неологизмы – это:
- a. Употребление больным им созданных отдельных слов, языка или особого шифра (криптография)
 - b. Затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях
 - c. Психическое расстройство, заключающееся в том, что знакомые предметы, лица, обстановка воспринимаются как впервые увиденные
 - d. Психическое расстройство, заключающееся в том, что привычные явления, ситуация осознаются как впервые возникающая
 - e. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения
192. Обстоятельность мышления и шперрунги относятся к:
- a. Сверхценным идеям

- b. Расстройствам мышления по темпу ассоциативного процесса
 - c. Навязчивым идеям
 - d. Бредовым идеям
 - e. Расстройствам мышления по стройности ассоциативного процесса
193. Обстоятельство является:
- a. нарушением уровня обобщения
 - b. нарушением процесса обобщения
 - c. мотивационным нарушением мышления
 - d. динамическим нарушением мышления
 - e. нарушением логики суждений
194. Олицетворенное осознание – это:
- a. Искажение ощущения формы и величины своего тела или отдельных его частей
 - b. Мучительное непонимание больным своего состояния, которое осознается как необычное, необъяснимое
 - c. Ослабление, вплоть до полного исчезновения различий между «я» и «не я», между миром внутренним и внешним, между реальностью и образом, созданным аутистическим миром больного
 - d. Исчезновение ощущения течения времени, его непрерывности и последовательности. Время для больного может идти необычно медленно или быстро
 - e. Возникновение у больного (в помещении, где он находится один) чувства присутствия кого-то постороннего. Присутствие постороннего не воспринимается, а непосредственно переживается с одновременным сознанием ошибочности возникшего чувства
195. Основные признаки бредовых идей:
- a. Ложное содержание
 - b. Убежденность в их правильности
 - c. Длительность протекания
 - d. Нелепые галлюцинации
 - e. Недоступность коррекции
 - f. Выраженные аффективные расстройства
 - g. Нарушение памяти
196. Основные признаки навязчивых идей:
- a. Нарушения сознания
 - b. Непроизвольность возникновения
 - c. Расстройство внимания
 - d. Признаки слабоумия
 - e. Сохранность критического отношения к навязчивостям
197. Основные признаки сверхценных идей:
- a. Наличие галлюцинаций
 - b. Связь возникновения с реальными событиями
 - c. Нелепое содержание
 - d. Одностороннее отражение реальных обстоятельств
 - e. Длительность протекания
198. Ощущение – это:

- a. Отражение свойств предметов объективного мира, возникающее при их непосредственном воздействии на рецептор
 - b. Познавательный психический процесс, отражающий отдельные свойства и качества предметов внешнего мира и внутреннего состояния организма
 - c. Целостное отражение предметов, возникающее при непосредственном воздействии их на рецепторы
199. Парейдолии – это:
- a. Зрительные иллюзии фантастического содержания на фоне сниженного тонуса психической деятельности
 - b. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения
 - c. Расстройство мышления сопровождающееся отчетливо неприятным субъективным переживанием внезапного исчезновения нужной мысли
 - d. Неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несущественных деталях
 - e. Крайнее обеднение запаса слов
200. Пиромания – болезненное влечение к:
- a. Бродяжничеству
 - b. Воровству
 - c. Поджогам
 - d. Самоубийству
201. По механизму бредообразования выделяются:
- a. Бред паралогический - бред нелепый
 - b. Бред интерпретативный - бред образный
 - c. Бред фрагментарный - бред систематизированный
202. По содержанию бредовые идеи воздействия и отравления относятся к группе бредовых идей:
- a. Величия
 - b. Самоуничижения
 - c. Преследования
203. Прогностически благоприятными являются галлюцинации:
- a. Зрительные
 - b. Обонятельные
 - c. Псевдогаллюцинации
 - d. Вкусовые
 - e. Истинные
 - f. Тактильные
204. Псевдогаллюцинациям свойственно:
- a. Проекция галлюцинаторных образов «вовне»
 - b. Чувство «насильственности», «сделанности»
 - c. Чувственная яркость, живость
 - d. Выраженные астенические проявления
205. Разноплановость является:
- a. нарушением уровня обобщения

- b. нарушением процесса обобщения
 - c. мотивационным нарушением мышления
 - d. динамическим нарушением мышления
 - e. нарушением логики суждений
206. Расплывчатое мышление – это:
- a. Затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях
 - b. Крайнее обеднение запаса слов
 - c. Возникновение у больного (в помещении, где он находится один) чувства присутствия кого-то постороннего. Присутствие постороннего не воспринимается, а непосредственно переживается
 - d. Невозможность полного воспроизведения в сознании деталей, эпизодов или подробностей событий, происходивших во время алкогольного опьянения
 - e. Бессмысленное двигательное возбуждение (иногда в форме «двигательной бури»), возникающее при внезапных, очень сильных потрясениях, катастрофах, в ситуациях угрожающих жизни
207. Резонерство – это:
- a. Затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях
 - b. Употребление больным им созданных отдельных слов, языка или особого шифра (криптография)
 - c. Тип мышления, характеризующийся склонностью к пустым, бесплодным, формальным аналогиям
 - d. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения
 - e. Неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несущественных деталях
208. Резонерство, разноплановость и разорванность мышления характерны для:
- a. Психопатий
 - b. Маниакально-депрессивного психоза
 - c. Эпилепсии
 - d. Шизофрении
 - e. Невротических состояний
 - f. Олигофрении
209. Сенестопатии характеризуются:
- a. Нарушением сознания
 - b. Необычным характером испытываемых ощущений
 - c. Переживанием искаженного восприятия внешних объектов
 - d. Тягостными, мучительными неприятными ощущениями
 - e. Ровным фоном настроения
 - f. Наличием выраженной соматоневрологической патологии
210. Сенестопатии это:
- a. Усиление ощущений кожного чувства
 - b. Разнообразные нарушения со стороны моторной сферы, имеющие субъективный характер и не получающие отражения в данных объективного исследования: чувство потери равновесия, шаткости походки и т.д.

- c. Нарушение восприятия «схемы тела» – искаженное восприятие собственного тела, физического (телесного) «Я»
 - d. Разнообразные, крайне неприятные тягостные ощущения, исходящие из разных областей тела, отдельных внутренних органов, без реальных соматических причин
 - e. Ощущения ползания по телу насекомых, появления на поверхности тела или под кожей посторонних предметов
211. Сенсопатии относятся к:
- a. Патологии эмоций
 - b. Патологии влечений
 - c. Психосенсорным расстройствам
 - d. Патологии ощущений
212. Синестезии являются разновидностью:
- a. Иллюзий
 - b. Психосенсорных расстройств
 - c. Галлюцинаций
 - d. Сенсопатий
 - e. Псевдореминисценций
213. Соскальзывание является:
- a. нарушением уровня обобщения
 - b. нарушением процесса обобщения
 - c. мотивационным нарушением мышления
 - d. динамическим нарушением мышления
 - e. нарушением логики суждений
214. Шизофазия – это:
- a. Повторение увиденных действий
 - b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
 - c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
 - d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации)
 - e. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья
215. «Тоска», «тревога» относятся к группам симптомов:
- a. Неустойчивости эмоциональной сферы
 - b. Снижения настроения
 - c. Качественного искажения эмоций
216. «Тоскливо-злой» характер настроения обозначается как:
- a. Дистимия
 - b. Гипотимия
 - c. Дисфория
217. Абулия характерна для:
- a. Психопатий
 - b. Шизофренического дефекта
 - c. Алкогольных психозов

- d. Циклофрении
 - e. Органического поражения лобных долей головного мозга
218. Абулия:
- a. Состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема введения веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами
 - b. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность
 - c. Потеря способности запоминать текущие события
 - d. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
 - e. Утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, вначале на время, затем на недавние события, позднее и на давно прошедшее. При этом вначале забываются факты, затем чувства, последней разрушается память привычек
219. Амнезия антероградная:
- a. Выпадение из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию или другим психическим расстройствам
 - b. Утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, вначале на время, затем на недавние события, позднее и на давно прошедшее. При этом вначале забываются факты, затем чувства, последней разрушается память привычек
 - c. Потеря способности запоминать текущие события
 - d. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
 - e. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, как непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию (или другому расстройству психики), так и после него
220. Анергия:
- a. Потеря способности запоминать текущие события
 - b. Снижение до полного отсутствия психической, двигательной и речевой активности
 - c. Состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема (введения) веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами
 - d. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность
 - e. Помрачение сознания без бреда, галлюцинаций и выраженных аффективных расстройств, проявляющееся блужданием с внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных действий и последующей амнезией
221. Апатия относится к группе симптомов:
- a. Снижения настроения
 - b. Качественного искажения эмоций
 - c. Неустойчивости эмоциональной сферы
222. Астазия-абазия:
- a. Утрата способности к образованию ассоциативных связей

- b. Расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки
- c. Замедление всех психических процессов
- d. Замедление речи, наступающее во всех случаях заторможенного мышления
- e. Бессвязность речи, сопровождающаяся повторением одних и тех же фраз и слов

223. Аффект патологический:

- a. Кратковременное состояние, возникающее в ответ на интенсивную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, помрачением сознания и искаженным восприятием окружающего, за чем следует общая расслабленность, безразличие и часто глубокий сон; сопровождается частичной или полной ретроградной амнезией
- b. Кратковременное состояние, возникающее в ответ на интенсивную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом на фоне аффектогенного сужения сознания, за чем следует общая расслабленность, безразличие; не сопровождается амнезией
- c. Внезапно возникающее, обычно кратковременное состояние, характеризующееся глубокой дезориентировкой в окружающем, часто сопровождающееся галлюцинозом, острым образным бредом, аффектом тоски, злобы и страха, неправильным поведением
- d. Ощущение облегчения, иногда опустошенности, наступающее в результате вызванных аффектом действий
- e. Необоснованное, чрезмерное преувеличение своих духовных и физических сил, социального положения и связанных с этим возможностей

224. Аффективная диссоциация:

- a. Утрата эмоциональных реакций на все окружающее, с мучительным переживанием полной душевной опустошенности
- b. Кратковременное состояние, возникающее в ответ на интенсивную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом на фоне аффектогенного сужения сознания, за чем следует общая расслабленность, безразличие; не сопровождается амнезией
- c. Безразличие к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствие желаний, побуждений
- d. Психическое расстройство, характеризующееся слабостью эмоциональных реакций, оскудением чувств, эмоциональной холодностью, переходящее в полное равнодушие и безучастность
- e. Несоответствие содержания мышления аффективному фону

225. Вербигерация – это:

- a. Нарушение плавности речи в виде судорожного расстройства координации речевого акта. Повторение отдельных слогов
- b. Неожиданная, произвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
- c. Замедление возникновения ассоциаций, уменьшение их количества
- d. Ритмическое монотонное повторение какого-либо слова или словосочетания, иногда проявляющееся бессмысленным нанизыванием сходных по звучанию фраз, слов и слогов
- e. Слуховые галлюцинации в виде одного или нескольких голосов

226. Выраженные расстройства памяти характерны для:

- a. Маниакально-депрессивного психоза
 - b. Расстройств личности
 - c. Органического поражения головного мозга с психическими нарушениями
 - d. Невротических расстройств
 - e. Шизофрении
227. Гипермнезия характерна для следующих психопатологических синдромов:
- a. Делириозного
 - b. Астенического
 - c. Маниакального
 - d. Корсаковского
 - e. Паранойяльного
 - f. Депрессивного
228. Гипертимия характерна для следующего психопатологического синдрома:
- a. Параноидного
 - b. Кататонического
 - c. Маниакального
 - d. Астенического
229. Для какого варианта психомоторного возбуждения характерно наличие острой предшествующей психотравмы:
- a. Гебефренического
 - b. Маниакального
 - c. Кататонического
 - d. Истерического
 - e. Галлюцинаторно-бредового
230. Для фантастических конфабуляций характерны следующие признаки:
- a. Стойкость
 - b. Критическое отношение
 - c. Перенос во времени реальных событий
 - d. Неправдоподобность содержания
 - e. Простота, несложность структуры
231. Долговременная память:
- a. Обладает ограниченной емкостью
 - b. Обладает практически неограниченной длительностью
 - c. Более развита у пожилых лиц
232. Закон Рибо – это:
- a. Застойность, малая подвижность, замедленность смены психических процессов
 - b. Искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными
 - c. Закономерность развития амнезии, «закон обратного хода памяти». Утрата материала памяти происходит в последовательности, обратной ее накоплению
 - d. Принцип наследования эндогенных психозов, которые являются полигенно детерминированными наследственными болезнями и не подчиняются основным законам Менделя

- e. Патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением черт, присущих детскому или подростковому возрасту
233. Импульсивные действия возникают:
- a. После длительной борьбы мотивов
 - b. При появлении навязчивых мыслей
 - c. При обнуляции
 - d. Как следствие дистимических расстройств
 - e. Внезапно, без борьбы мотивов
234. Интенсивность наших эмоций зависит главным образом:
- a. От восприятия данной обстановки
 - b. От уровня бодрствования
 - c. От анализа полученных сведений
 - d. От значения той потребности, с которой связана эмоция
235. Какие из перечисленных симптомов относятся к основным признакам депрессии?
- a. Сниженное настроение
 - b. Идеаторная заторможенность
 - c. Моторная заторможенность
 - d. Бредовые идеи самообвинения
236. Какие из понятий относятся к эмоционально-волевым психическим процессам?
- a. Чувства
 - b. Внимание
 - c. Воля
 - d. Эмоции
237. Какие структуры мозга принимают наибольшее участие в формировании эмоций у человека?
- a. Затылочная кора
 - b. Лимбическая система
 - c. Продолговатый мозг
238. Каковы основные функции эмоций?
- a. Сигнальная
 - b. Энергетическая
 - c. Приспособительная
 - d. Регуляторная
239. Конфабуляции – это:
- a. Искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными
 - b. Вымышленные психически больным события, принимающие форму воспоминаний
 - c. Расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких, иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
 - d. Периодически возникающая страсть к воровству
 - e. Транзиторно возникающий непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, образов, представлений

240. Кратковременная память:
- Длится до двух минут
 - Обладает емкостью, не превышающей 11 элементов
 - Позволяет долго помнить телефонный номер
241. Криптомнезии – это:
- Искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными
 - Вымышленные психически больным события, принимающие форму воспоминаний
 - Нарушение памяти в виде утраты способности фиксации, сохранения и воспроизведения различной информации (событий, знаний и т.д.)
 - Невозможность выполнять счетные операции при сохранности речи
 - Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, как непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию (или другому психическому расстройству), так и после него
242. Криптомнезии представляют собой:
- Перенос во времени реально имевших место событий
 - Ложные воспоминания
 - Стирание грани между реальными событиями и событиями услышанными, увиденными или прочитанными
 - Утрату памяти на события определенного промежутка времени
243. Логоклония – это:
- Двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий
 - Отказ от речи, отсутствие речевого общения больного с окружающими при сохранности речевого аппарата
 - Многократное повторение отдельных слогов произносимого слова
 - Непреодолимо повторяемое, бессмысленное, ненужное движение или действие
 - Вымышленные психически больным события, приобретающие форму воспоминаний
244. Мутизм – это:
- Отказ от речи, отсутствие речевого общения больного с окружающими при сохранности речевого аппарата
 - Непроизвольно возникающий, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, образов, представлений
 - Многократное повторение отдельных слогов произносимого слова
 - Непреодолимо повторяемое, бессмысленное, ненужное движение или действие
 - Возникновение непреодолимых, чуждых личности больного мыслей (обычно неприятных), представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, влечений, движений и действий, при сохранности критического к ним отношения и попытках борьбы с ними
245. Нарастающие расстройства памяти наблюдаются при:
- Невротических расстройствах
 - Аффективных расстройствах
 - Реактивных психозах
 - Расстройствах личности
 - Шизофрении

- f. Органическом поражении головного мозга
246. Нарколепсия – это:
- Непроизвольное, назойливое возникновение одного и того же представления в сознании больного, несмотря на прилагаемые усилия избавиться от него
 - Непреодолимое стремление вспоминать имена героев книг, даты каких-либо событий и т.д. без какой-либо надобности
 - Непреодолимая боязнь, охватывающая больного, несмотря на понимание им ее бессмысленности и попытки с ней справиться
 - Непреодолимое стремление считать без надобности какие-либо объекты (окна, дома, прохожих и т.д.)
 - Болезненное состояние проявляющееся гипнолепсией, катаплексией, расстройствами ночного сна
247. Негативизм – это:
- Бессмысленное противодействие немотивированный отказ больного от выполнения любого движения, действия или сопротивление его осуществлению другим лицом
 - Непреодолимое стремление вспоминать имена героев книг, даты каких-либо событий и т.д. без какой-либо надобности
 - Непреодолимая боязнь, охватывающая больного, несмотря на понимание им ее бессмысленности и попытки с ней справиться
 - Непреодолимое стремление считать без надобности какие-либо объекты (окна, дома, прохожих и т.д.)
 - Нарушение осознания себя как единого целого, сопровождающееся переживанием внутреннего распада, раздвоения, паническим страхом
248. Отрицательные эмоции возникают оттого, что имеющаяся информация:
- Избыточна
 - Недостаточна
 - Достаточна
 - Почти достаточна
249. Палимпсест – это:
- Тип мышления, характеризующийся склонностью к пустым, бесплодным, формальным аналогиям
 - Невозможность полного воспроизведения в сознании деталей, эпизодов или подробностей событий, происходивших во время алкогольного опьянения
 - Исчезновение ощущения течения времени, его непрерывности и последовательности. Время для больного может идти необычно медленно или быстро
 - Помрачение сознания без бреда, галлюцинаций и выраженных аффективных расстройств, проявляющееся блужданием с внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных действий и последующей амнезией
 - Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
250. Палимпсесты наиболее характерны для:
- Шизофрении
 - Неврозов
 - Олигофрении
 - Алкоголизма

- e. Психопатий
 - f. Циклофрении
251. Парабулия – это:
- a. Объединение несопоставимых, противоречивых идей, обстоятельств, положений, с произвольной подменой одних идей другими
 - b. Ответы на поставленные вопросы не впопад, не по существу, возникающие у больных с кататоническими расстройствами
 - c. Ложные воспоминания, возникающие в результате слияния актуального восприятия, впечатления с мнимым, бывшим якобы в прошлом
 - d. Извращение волевой активности, проявляющееся неадекватным поведением в виде негативизма, импульсивности, вычурности движений
 - e. Аффект качественно и количественно не соответствующий его причине
252. Персеверация – это:
- a. Застывание в сознании какой-либо мысли или представления с монотонным их повторением в ответ на вновь задаваемые вопросы, не имеющие отношения к первоначальному
 - b. Мимоговорение, во время которого больной на заданный вопрос отвечает неправильно, хотя по содержанию ответа можно заключить, что вопрос был понят верно
 - c. Убежденность больного, что окружающие, родные и знакомые являются совершенно посторонними, неизвестными ему людьми, но загримированными под близких и знакомых
 - d. Расстройство мышления сопровождающееся отчетливо неприятным субъективным переживанием внезапного исчезновения нужной мысли
 - e. Неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несущественных деталях
253. Пожилые люди:
- a. Обладают лучшей, чем у молодых, памятью на давние события
 - b. Сохраняют способность очень легко организовывать запоминаемый материал
 - c. Легче вспоминают что-то, чем узнают
254. Полидипсия – патологическое усиление:
- a. Аппетита
 - b. Жажды
 - c. Сексуальности
 - d. Волевых побуждений
255. При извлечении информации из памяти всегда легче:
- a. Вспомнить какой-то отдельно взятый элемент
 - b. Распознать элемент информации среди предъявленных других
 - c. Ответить на прямые вопросы
 - d. Не учитывать контекста
256. Растерянность (аффект недоумения) – это:
- a. Чрезмерная подвижность внимания, постоянный переход от одного объекта и вида деятельности к другому
 - b. Расстройства восприятия в виде ощущений и образов произвольно возникающих без реального раздражителя (объекта)

- с. Нарушение внутренних логических связей, соединение разнородных, не связанных по смыслу элементов или разрыв цельности мыслей и цепи ассоциаций с неологизмами. При внешней упорядоченности речь лишена содержания
 - d. Неистовое возбуждение, внезапно сменяющее заторможенность или ступор
 - e. Мучительное непонимание больным своего состояния, которое осознается как необычное, необъяснимое
257. Растерянность, недопонимание, недоосмысление, снижение синтетических способностей, выраженный астенический фон наблюдается при:
- a. Ипохондрическом синдроме
 - b. Онейроиде
 - c. Паранойальном синдроме
 - d. Кататоническом возбуждении
 - e. Аменции
 - f. Нигде из перечисленных состояний
258. Сенсорная память:
- a. Действует на уровне рецепторов
 - b. Действует меньше одной секунды
 - c. Лежит, в частности, в основе последовательных образов
259. Способность к активной, сознательной и целенаправленной деятельности определяется как:
- a. Влечение
 - b. Память
 - c. Воля
 - d. Мышление
 - e. Внимание
260. Стереотипия – это:
- a. Постоянное повторение какого-либо действия, слова, фразы
 - b. Оpozнaвание психически больным неизвестных лиц как своих знакомых, родных. Или наоборот - знакомых как чужих людей, но принявших их облик
 - c. Складывается из симптома иллюзии двойников, симптома положительного или отрицательного двойника
 - d. Проявление повышенной внушаемости и галлюцинаторной готовности у больного в пределириозном состоянии: надавливание на глазные яблоки, при соответствующем внушении вызывает зрительные галлюцинации
 - e. Спонтанная речь больного, сопровождающаяся разорванностью мышления
261. Ступор – это:
- a. Убежденность больного в том, что окружающие его посторонние, незнакомые лица являются его родными и близкими, но заgrimированы под незнакомых
 - b. Состояние психической и двигательной заторможенности
 - c. Оpozнaвание психически больным неизвестных лиц как своих знакомых, родных. Или наоборот - знакомых как чужих людей, но принявших их облик
 - d. Повторение увиденных действий
 - e. Неузнавание своего отражения в зеркале
262. Фиксационная амнезия – утрата памяти на:

- a. События, предшествующие бессознательному состоянию, психическому или соматическому заболеванию
 - b. События, непосредственно следующими за периодом болезни
 - c. События, имевшие место в период нарушения сознания
 - d. Текущие события
263. Фиксационная амнезия характерна для следующего психопатологического синдрома:
- a. Паранойального
 - b. Маниакального
 - c. Делириозного
 - d. Синдрома Корсакова
 - e. Астенического
 - f. Обсессивного
264. Что является сенсорной основой эмоций?
- a. Мышление
 - b. Ощущение
 - c. Речь
265. Эйфория – это:
- a. Незначительный подъем настроения, сочетающийся с расторможенностью примитивных влечений, беспечностью, дурашливым поведением
 - b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
 - c. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья
 - d. Повышенное настроение с беспечным довольством, благодушием, пассивной радостью
 - e. Недостаточность или утрата аффективной откликаемости, бедность эмоциональных проявлений, душевная холодность, равнодушие
266. Экстаз – это:
- a. Повторение увиденных действий
 - b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
 - c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
 - d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации
 - e. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья
267. Эмоциональная тупость наблюдается при:
- a. Расстройствах личности
 - b. Алкогольном делирии
 - c. Шизофрении
 - d. Аффективных расстройствах
 - e. Невротических расстройствах
268. Эмоциональная тупость наблюдается при:
- a. Алкоголизме
 - b. Невротических расстройствах
 - c. Органическом поражении головного мозга с психическими нарушениями

- d. Расстройствах личности
 - e. Шизофрении
 - f. Эпилепсии
269. Эмоциональное обеднение (аффективная тупость) – это:
- a. Повторение увиденных действий
 - b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
 - c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
 - d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением (вплоть до персеверации)
 - e. Недостаточность или утрата аффективной откликаемости, бедность эмоциональных проявлений, душевная холодность, равнодушие
270. Эретическое возбуждение – это:
- a. Повторение увиденных действий
 - b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
 - c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
 - d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением (вплоть до персеверации)
 - e. Двигательное возбуждение больных олигофренией, проявляющееся в бессмысленных, порой разрушительных действиях и сопровождающееся криками, а в редких случаях нанесением себе самоповреждений
271. Эхолалия – это:
- a. Повторение услышанных слов и предложений
 - b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
 - c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
 - d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации
 - e. Повторение увиденных действий
272. Эхопраксия – это:
- a. Повторение увиденных действий
 - b. Повторение услышанных слов и предложений
 - c. Нарушение плавности речи в виде судорожного расстройства координации речевого акта, повторение отдельных слогов
 - d. Ритмическое монотонное повторение какого-либо слова или словосочетания, иногда проявляющееся бессмысленным нанизыванием сходных по звучанию фраз, слов и слогов
 - e. Неодолимо повторяемое, бессмысленное, ненужное движение или действие
273. Нервная анорексия проявляется:
- a. Стремлением к похуданию, связанным с боязнью полноты
 - b. Снохождением
 - c. Повышенной потребностью в пище

- d. Ретроградной амнезией
 - e. Абсансами
274. Автоматизм амбулаторный:
- a. Состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема (введения) веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами
 - b. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность.
 - c. Потеря способности запоминать текущие события
 - d. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
 - e. Помрачение сознания без бреда, галлюцинаций и выраженных аффективных расстройств, проявляющееся блужданием с внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных действий и последующей амнезией
275. Главные расстройства при Корсаковском синдроме наблюдаются в сфере:
- a. Восприятия
 - b. Мышления
 - c. Внимания
 - d. Памяти
 - e. Эмоций
276. Дезориентировка аллопсихическая – это:
- a. Нарушение ориентировки в окружающем
 - b. Закономерность развития амнезии, «закон обратного хода памяти»
 - c. Неожиданная, произвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
 - d. Замедление возникновения ассоциаций, уменьшение их количества
 - e. Нарушение способности соотносить возможности собственной личности с реальностью
277. Делирий чаще встречается при:
- a. Шизофрении
 - b. Неврозах
 - c. Алкоголизме
 - d. Циклофрении
 - e. Остром периоде черепно-мозговой травмы
 - f. Психопатиях
278. Деменция – это:
- a. Возникающее в результате болезни ослабление интеллектуальной деятельности
 - b. Неспособность к правильной артикуляции, смазанная, запинаясь, спотыкающаяся речь
 - c. Нарушение плавности речи в виде судорожного расстройства координации речевого акта. Повторение отдельных слогов
 - d. Закономерность развития амнезии, «закон обратного хода памяти»
 - e. Неожиданная, произвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
279. Деперсонализация относится к группе синдромов:

- a. Аффективных
 - b. Выключения сознания
 - c. Галлюцинаторно-бредовых
 - d. Астенических
 - e. Нарушения самосознания
 - f. Органического поражения головного мозга
280. Дерезализация и деперсонализация относятся к группе синдромов:
- a. Невротических
 - b. Галлюцинаторно-бредовых
 - c. Помрачения сознания
 - d. Аффективных
 - e. Нарушения самосознания
 - f. Органического поражения головного мозга
281. Дерезализация характеризуется:
- a. Нарушением ориентировки в месте и времени
 - b. Галлюцинациями
 - c. Искрещенным восприятием окружающей реальности
 - d. Мнестическими расстройствами
 - e. Эйфорией
282. Дисморфомания представляет собой:
- a. Болезненное убеждение в наличие физического недостатка
 - b. Бред величия
 - c. Моторный автоматизм
 - d. Ложные воспоминания
 - e. Депрессивный ступор
283. Диссоциация поведения и переживаний, внешняя малоподвижность, связанный характер фантастических переживаний, двойная ориентировка характерна для:
- a. Синдрома психического автоматизма
 - b. Парафренного синдрома
 - c. Делирия
 - d. Депрессивного синдрома
 - e. Онейроида
 - f. Корсаковского синдрома
 - g. Параноидного синдрома
284. Для аменции характерно:
- a. Пароксизмальность возникновения и окончания
 - b. Наличие длительных истощающих соматических заболеваний
 - c. Развернутые галлюцинаторно-бредовые переживания
 - d. Аффект недоумения, растерянности
 - e. Полная амнезия пережитого
 - f. Эйфория
 - g. Наличие психических автоматизмов
285. Для делирия характерны:
- a. Эндогенная этиология
 - b. Экзогенная этиология

- c. Стабильное течение
 - d. Волнообразное течение
 - e. Преобладание истинных галлюцинаций
 - f. Преобладание псевдогаллюцинаций
 - g. Эйфория
 - h. Страх, тревога
286. Для Корсаковского синдрома характерна:
- a. Тревога
 - b. Эйфория
 - c. Сенестопатии
 - d. Фиксационная амнезия
 - e. Галлюцинации
 - f. Ретро- , антероградная амнезия
 - g. Бред
 - h. Конфабуляции
287. Истинные галлюцинации, психомоторное возбуждение, аллопсихическая дезориентировка, страх, тревога наблюдаются при:
- a. Аменции
 - b. Синдроме психического автоматизма
 - c. Галлюцинозе
 - d. Депрессивном синдроме
 - e. Делирии
 - f. Парафреническом синдроме
288. К синдромам нарушенного сознания относятся:
- a. Кататонический
 - b. Галлюцинаторно-параноидный
 - c. Депрессивный
 - d. Оглушенность
 - e. Психоорганический
289. К синдромам помрачения сознания относятся:
- a. Галлюциноз
 - b. Сумеречное нарушение сознания
 - c. Психоорганический синдром
 - d. Аменция
 - e. Депрессивный синдром
 - f. Делирий
 - g. Деперсонализация
 - h. Онейроид
290. Какой из приведенных психопатологических синдромов относится к негативным (дефицитарным)?
- a. Корсаковский амнестический
 - b. Астенический
 - c. Сумеречного помрачения сознания
 - d. Ни один из перечисленных

291. Какой из приведенных психопатологических синдромов относится к позитивным (продуктивным)?
- Парафренный
 - Амнестический
 - Паралитический
 - Ни один из перечисленных
292. Клиническими вариантами психоорганического синдрома является:
- Астенический
 - Галлюцинаторный
 - Эксплозивный
 - Апатический
 - Депрессивный
 - Бредовый
 - Эйфорический
 - Обсессивно-фобический
293. Мнестические расстройства максимально выражены в синдроме:
- Кандинского- Клерамбо
 - Маниакальном
 - Гебефреническом
 - Корсаковском
 - Парафренном
294. Обнубиляция – это:
- Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения
 - Ослабление, вплоть до полного исчезновения различий между «я» и «не я», между миром внутренним и внешним, между реальностью и образом, созданным аутистическим миром больного
 - Исчезновение ощущения течения времени, его непрерывности и последовательности. Время для больного может идти необычно медленно или быстро
 - Нарушение осознания себя как единого целого, сопровождающееся переживанием внутреннего распада, раздвоения, паническим страхом
 - Сновидное помрачение сознания с наплывом произвольно возникающих фантастических представлений
295. Обнубиляция относится к синдромам:
- Помрачения сознания
 - Нарушения самосознания
 - Выключения сознания
 - Галлюцинаторно-бредовым
 - Аффективным
296. Основные признаки помрачения сознания описаны:
- В.П. Осиповым
 - В.М. Бехтеревым
 - Э. Крепелином
 - К. Ясперсом
 - Е. Блейлером

297. Отсутствие словесного контакта и рефлексов характерны для:
- Сопора
 - Комы
 - Оглушенности
 - Ступора
298. Пароксизмальность проявления, дезориентировка, агрессивность, дисфория, амнезия по выходу характерны для:
- Корсаковского синдрома
 - Делирия
 - Депрессивного синдрома
 - Сумеречного помрачения сознания
 - Аменции
299. Признаком деперсонализационного синдрома является:
- Элективный мутизм
 - Повышенная раздражительность
 - Негативизм
 - Чувство утраты эмоций
 - Фиксационная амнезия
300. Психоорганический синдром наблюдается при:
- Алкоголизме
 - Шизофрении
 - Расстройствах личности
 - Атрофических заболеваниях головного мозга
 - Невротических расстройствах
 - Опухолях мозга
 - Аффективных расстройствах
301. Психоорганический синдром характерен для:
- Невротических расстройств
 - Расстройств личности
 - Шизофрении
 - Умственной отсталости
 - Аффективных расстройств
 - Для перечисленных нозологических форм не характерен
302. Психоорганический синдром характеризуется:
- Бредовыми идеями
 - Интеллектуальным снижением
 - Нарушением сознания
 - Недержанием аффекта
 - Галлюцинациями
 - Мнестическими нарушениями
 - Навязчивыми переживаниями
 - Резонерством
303. Психопатологический синдром определяется как:
- Сочетание симптомов
 - Типичная совокупность закономерно взаимосвязанных симптомов

- с. Динамический набор отдельных признаков
304. Слабодушие характерно для:
- а. Шизофрении
 - б. Алкогольных психозов
 - с. Олигофрении
 - д. Сосудистых заболеваний головного мозга
305. Сумеречное помрачение сознания характерно для:
- а. Шизофрении
 - б. Циклофрении
 - с. Эпилепсии
 - д. Психопатий
 - е. Алкоголизма
306. Тетрада К. Ясперса включает в себя:
- а. Нарушения внимания
 - б. Нарушения памяти
 - с. Нарушения воли
 - д. Нарушение мышления
 - е. Нарушение ориентировки
 - ф. Нарушение влечений
 - г. Нарушение восприятия
 - х. Нарушение моторики
307. Шизофреническая деменция рассматривается как:
- а. Врожденное слабоумие
 - б. Парциальный вариант приобретенного слабоумия
 - с. Особый вид деменции
 - д. Тотальный вариант приобретенного слабоумия
308. Эпилептиформный синдром чаще возникает при:
- а. Шизофрении
 - б. Невротических расстройствах
 - с. Алкоголизме
 - д. Отдаленных последствиях черепно-мозговой травмы
 - е. Аффективных расстройствах
 - ф. Эпилепсии
 - г. Расстройствах личности
309. Психоорганический синдром характерен для:
- а. Психогений
 - б. Психопатий
 - с. Шизофрении
 - д. Олигофрении
 - е. Циклофрении
 - ф. Для перечисленных нозологических форм не характерен
310. В структуре парафренного синдрома ведущими являются:
- а. Признаки нарушения сознания
 - б. Депрессия

- с. Бред величия
 - d. Фантастические конфабуляции
 - e. Эйфория
 - f. Снижение памяти и интеллекта
 - g. Астения
 - h. Импульсивность
311. Ведущие симптомы при галлюцинозах – это:
- a. Признаки нарушенного сознания
 - b. Псевдогаллюцинации
 - c. Расстройства памяти
 - d. Истинные галлюцинации
 - e. Сенестопатии
 - f. Дерезализационно-деперсонализационные
312. Выделяются следующие варианты кататонического возбуждения:
- a. С мышечным оцепенением
 - b. Импульсивный
 - c. С негативизмом
 - d. Растеряно-патетический
 - e. С «восковидной гибкостью»
313. Выделяются следующие варианты кататонического ступора:
- a. Растеряно-патетический
 - b. С негативизмом
 - c. Импульсивный
 - d. С «восковой гибкостью»
 - e. Немой
 - f. Кататоно-гебефренный
314. Гебефренический синдром встречается при:
- a. Аффективных расстройствах
 - b. Расстройствах личности
 - c. Умственной отсталости
 - d. Шизофрении
 - e. Невротических расстройствах
 - f. Алкоголизме
315. Гебефренический синдром характеризуется:
- a. Галлюцинациями
 - b. Манерно-дурашливым поведением
 - c. Навязчивостями
 - d. Сенсопатиями
 - e. Безмотивными действиями
 - f. Депрессией
 - g. Морией
316. Главным симптомом паранойяльного синдрома является:
- a. Обстоятельность мышления
 - b. Гипермнезия
 - c. Аффективная напряженность

- d. Повышенная самооценка
 - e. Интерпретативный бред
317. Для паранойяльного синдрома характерны:
- a. Признаки нарушения сознания
 - b. Истинные галлюцинации
 - c. Судорожные расстройства
 - d. Перечисленные клинические проявления не характерны
318. Интерпретативный систематизированный паралогичный бред определяет синдром:
- a. Психического автоматизма
 - b. Парафренный
 - c. Паранойяльный
 - d. Корсаковский
 - e. Делириозный
319. Кататонический ступор наблюдается при:
- a. Невротических расстройствах
 - b. Умственной отсталости
 - c. Аффективных расстройствах
 - d. Шизофрении
 - e. Расстройствах личности
320. Манерно-дурашливое поведение, безмотивные действия, мория определяют синдром:
- a. Истерический
 - b. Маниакальный
 - c. Кататонический
 - d. Гебефренический
 - e. Паранойяльный
321. Паранойяльный синдром относится к группе синдромов:
- a. Аффективных
 - b. Нарушенного сознания
 - c. Невротических
 - d. Галлюцинаторно-бредовых
 - e. Астенических
322. Первичный бред является ведущим признаком синдрома:
- a. Депрессивного
 - b. Кандинского- Клерамбо
 - c. Парафренного
 - d. Галлюциноза
 - e. Паранойяльного
 - f. Амнестического
323. Психические автоматизмы наиболее полно представлены в синдроме:
- a. Парафренном
 - b. Паранойяльном
 - c. Кандинского-Клерамбо
 - d. Корсаковском
 - e. Галлюцинаторно-параноидном

324. Психические автоматизмы наиболее характерны для:
- Делирия
 - Кататонического синдрома
 - Синдрома Корсакова
 - Синдрома Кандинского-Клерамбо
 - Параноидного синдрома
325. Составными частями синдрома Кандинского-Клерамбо являются:
- Амнестическая дезориентировка
 - Бредовые идеи преследования и воздействия
 - Истинные галлюцинации
 - Психические автоматизмы
 - Эйфория
 - Псевдогаллюцинации
 - Гипермнезия
 - Фантастические конфабуляции
326. Трема – это:
- Нарастающее чувство напряженности, тревоги, таящейся угрозы, страха
 - Общее двигательное беспокойство (ажитация) в сочетании с тревогой и страхом
 - Выраженная замедленность, затрудненность мышления. Затрудненными, замедленными становятся также речь и действия больных
 - Двигательное возбуждение больных олигофренией, проявляющееся в бессмысленных, порой разрушительных действиях и сопровождающееся криками, а в редких случаях нанесением себе повреждений
 - Опознавание психически больным неизвестных лиц как своих знакомых, родных. Или наоборот – знакомых как чужих людей, но принявших их облик
327. Фобии и компульсии входят в структуру:
- Онейроидного синдрома
 - Истерического синдрома
 - Кататонического синдрома
 - Обсессивного синдрома
 - Корсаковского синдрома
 - Астенического синдрома
328. «Астеническая триада» включает в себя:
- Метеозависимость
 - Нарушения сна
 - Снижение аппетита, потеря в весе
 - Суицидальные тенденции
 - Висцеро-вегетативные расстройства
 - Ипохондричность
 - Повышенная психическая и физическая истощаемость
 - Сексуальные расстройства
329. «Защитные» формы поведения (ритуалы) наблюдаются в структуре синдрома:
- Параноидного
 - Онейроидного
 - Истерического

- d. Обсессивно-фобического
 - e. Астенического
330. Ажитированная депрессия относится к группе аффективных синдромов
- a. Смешанных
 - b. Простых
 - c. Сложных
331. Аффективные синдромы доминируют в клинической картине:
- a. Психопатий
 - b. Шизофрении
 - c. Алкогольного делирия
 - d. Аффективных расстройств
 - e. Деменции
332. Депрессивный ступор встречается при:
- a. Невротической депрессии
 - b. Аффективных расстройствах
 - c. Патохарактерологических реакциях
 - d. Расстройствах личности
 - e. Обсессивно-компульсивных расстройствах
333. Депрессивный ступор наблюдается при:
- a. Шизофрении
 - b. Невротических расстройствах
 - c. Аффективных расстройствах
 - d. Алкоголизме
 - e. Расстройствах личности
334. Для группы невротических синдромов характерно:
- a. Выраженное снижение памяти и интеллекта
 - b. Полиморфные астенические проявления
 - c. Признаки нарушения сознания
 - d. Иллюзии, галлюцинации
 - e. Критическое отношение к болезненным переживаниям
 - f. Возникновение психогенным путем
 - g. Начало в связи с соматогениями
 - h. Выраженные изменения преморбидных личностных особенностей
335. Истерический синдром характеризуется следующей триадой признаков:
- a. Тревожно-мнительные особенности личности
 - b. Диссоциативные расстройства
 - c. Выраженные мнестические нарушения
 - d. Истероидные особенности личности
 - e. Нарушения самосознания
 - f. Дерезализационные расстройства
 - g. Конверсионные расстройства
 - h. Иллюзорно-галлюцинаторные переживания
336. Маниакальный ступор относится к группе аффективных синдромов:
- a. Простых

- b. Сложных
 - c. Смешанных
337. Меланхолический раптус – это:
- a. Не сопровождающаяся потерей сознания кратковременная, пароксизмально наступающая утрата мышечного тонуса, приводящая к падению больного. Обычно возникает при сильных эмоциях
 - b. Двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий (однообразное повторение одних и тех же слов и словосочетаний или движений)
 - c. Расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
 - d. Периодически и внезапно возникающая страсть к воровству
 - e. Двигательное возбуждение, возникающее на фоне мучительной, невыносимой тоски, сочетающееся с безысходностью и отчаянием
338. Назовите синдромы невротического уровня:
- a. Астенический
 - b. Психоорганический
 - c. Нарушения сознания
 - d. Истерический
 - e. Ипохондрический
 - f. Obsessивно-фобический
 - g. Параноидный
 - h. Маниакальный
339. Obsessивный синдром доминирует в клинической картине:
- a. Ананкастных расстройств личности
 - b. Шизофрении
 - c. Диссоциативных расстройств
 - d. Аффективных расстройств
 - e. Obsessивно-компульсивных расстройств
 - f. Алкогольных психозов
340. Патологическая фиксация на проблемах своего здоровья, поиски мнимых заболеваний характеризуют синдром:
- a. Obsessивно-фобический
 - b. Гебефренический
 - c. Ипохондрический
 - d. Депрессивный
 - e. Астенический
341. Триада основных компонентов аффективных синдромов включает в себя:
- a. Моторный
 - b. Сенсорный
 - c. Галлюцинаторный
 - d. Идеаторный
 - e. Параноидный
 - f. Аффективный
 - g. Астенический
342. «Джексоновский» припадок относится к:

- a. Большим судорожным припадкам
 - b. Малым судорожным припадкам
 - c. Очаговым судорожным припадкам
 - d. Бессудорожным пароксизмам
343. «Сквозными» психическими расстройствами при черепно-мозговой травме являются:
- a. Общемозговые
 - b. Сумеречные
 - c. Астенические
 - d. Делириозные
 - e. Бредовые
 - f. Психоорганические
 - g. Галлюцинаторно-бредовые
344. Аура является:
- a. Предвестником судорожного припадка
 - b. Начальной стадией припадка
 - c. Осложнением припадка
 - d. Малым эпилептическим припадком
345. В настоящее время основной классификацией психических заболеваний в нашей стране считается:
- a. Этиопатогенетическая классификация болезней
 - b. Классификация DSM-IV
 - c. Клиническая классификация заболеваний
 - d. Классификация МКБ-10
 - e. Классификация МКБ-9
346. В течении травматической болезни выделяют следующие периоды:
- a. Начальный, поздний
 - b. Начальный, острый, отдаленных последствий
 - c. Начальный, подострый, поздний
 - d. Острый, поздний, отдаленных последствий
 - e. Начальный, острый, поздний, отдаленных последствий
 - f. Начальный, острый, подострый
347. Ведущими синдромами острых симптоматических психозов являются:
- a. Галлюцинаторно-бредовые
 - b. Аффективные
 - c. Помрачения сознания
 - d. Кататонические
 - e. Невротические
348. Для больных эпилепсией характерна:
- a. Вязкость, обстоятельность мышления
 - b. Резонерство и разноплановость суждений
 - c. Разорванность мышления
 - d. Ускорение темпа мышления
349. Для всех больных с черепно-мозговой травмой обязательным является назначение:
- a. Постельного режима

- b. Антибиотиков
- c. Транквилизаторов
- d. Гипотензивных средств
- e. Психотерапевтических процедур
- f. Физиотерапевтических процедур

350. Для начального периода черепно-мозговой травмы наиболее характерны следующие психические расстройства (синдромы):
- a. Органического поражения головного мозга
 - b. Общемозговые
 - c. Галлюцинаторно-бредовые
 - d. Выключения сознания
 - e. Помрачения сознания
351. Для экзогенно-органических психических заболеваний характерно:
- a. Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
 - b. Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
 - c. Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
 - d. Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего
352. Для экзогенных психических заболеваний характерно:
- a. Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
 - b. Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
 - c. Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
 - d. Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
353. Для эндогенно-органических психических заболеваний характерно:
- a. Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
 - b. Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
 - c. Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
 - d. Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
354. Для эндогенных психических заболеваний характерно:
- a. Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
 - b. Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
 - c. Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия

- d. Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
355. Исходом затяжных симптоматических психозов являются:
- a. Особые виды деменции
 - b. Стойкие астенические состояния
 - c. Патологические развития личности
 - d. Олигофрении
 - e. Психоорганический синдром
 - f. Синдромы исключения сознания
356. Исходом затяжных симптоматических психозов являются:
- a. Особые виды деменции
 - b. Стойкие астенические состояния
 - c. Патологические развития личности
 - d. Олигофрении
 - e. Психоорганический синдром
 - f. Синдромы исключения сознания
357. К острым (подострым) травматическим психозам относятся:
- a. Сумеречное состояние сознания
 - b. Делирий
 - c. Аменция
 - d. Реактивный психоз
 - e. Корсаковский психоз
 - f. Парафренный психоз
358. К экзогенно-органическим психическим заболеваниям относят:
- a. Психические расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях
 - b. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга
 - c. Психические расстройства при желудочно-кишечных заболеваниях
 - d. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах
 - e. Психические расстройства при опухолях головного мозга
 - f. Психические расстройства при инфекционных заболеваниях
 - g. Психические расстройства при нейроинфекциях
359. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к психогенным?
- a. Умственную отсталость
 - b. Наркомании
 - c. Аффективные расстройства
 - d. Реактивные психозы
 - e. Шизофрения
 - f. Эпилепсия
 - g. Расстройства личности
 - h. Невротические состояния
360. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к экзогенным?
- a. Умственную отсталость
 - b. Наркомании
 - c. Аффективные расстройства
 - d. Реактивные психозы

- e. Шизофрения
 - f. Эпилепсия
 - g. Алкоголизм
 - h. Расстройства личности
361. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к эндогенно-органическим?
- a. Умственную отсталость
 - b. Наркомании
 - c. Аффективные расстройства
 - d. Реактивные психозы
 - e. Шизофрения
 - f. Эпилепсия
 - g. Алкоголизм
 - h. Расстройства личности
362. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к эндогенным?
- a. Умственную отсталость
 - b. Наркомании
 - c. Аффективные расстройства
 - d. Реактивные психозы
 - e. Шизофрения
 - f. Эпилепсия
 - g. Алкоголизм
 - h. Расстройства личности
363. Какие клинические формы расстройств диагностируются у облученных «малыми» дозами радиации в отдаленном периоде:
- a. Острая лучевая болезнь
 - b. Радиационная психосоматическая болезнь
 - c. Хроническая лучевая болезнь
 - d. Пострадиационная энцефалопатия
364. Какие расстройства встречаются при хронической лучевой болезни:
- Истерические
- a. Обсессивные
 - b. Психотические
 - c. Церебральная астенция с выраженной эмоционально-вегетативной лабильностью, неврозоподобные и психоорганические расстройства
365. Классифицирующими признаками в этиопатогенетической классификации психических заболеваний являются:
- a. Наличие (или отсутствие) морфологического субстрата поражения головного мозга
 - b. Этиологический фактор возникновения психического заболевания
 - c. Наличие (или отсутствие) этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
 - d. Особенности патогенеза формирования психического заболевания
 - e. Наличие (или отсутствие) морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
366. Малый припадок относится к:
- a. Генерализованным судорожным пароксизмам
 - b. Очаговым судорожным пароксизмам

- с. Бессудорожным пароксизмам
367. Пароксизмальные расстройства подразделяются на:
- а. Продромальные, судорожные, генерализованные
 - б. Продромальные, судорожные, бессудорожные
 - с. Продромальные, судорожные, бессудорожные, генерализованные
 - д. Продромальные, генерализованные
 - е. Судорожные, бессудорожные
 - ф. Судорожные, генерализованные
368. Последовательность стадий большого судорожного припадка следующая:
- а. Аура, тоническая фаза, клоническая фаза, фаза генерализации судорог, постприпадочный сон
 - б. Аура, клоническая фаза, тоническая фаза, постприпадочный сон
 - с. Аура, тоническая фаза, клоническая фаза, постприпадочный сон
 - д. Аура, клоническая фаза, тоническая фаза, фаза генерализации судорог, сон
369. При травме воздушной взрывной волной наиболее специфичными психическими расстройствами являются:
- а. Травматическая энцефалопатия
 - б. Травматическая эпилепсия
 - с. Травматическая деменция
 - д. Травматические эндоформные психозы
 - е. Травматический сурдомутизм
 - ф. Травматическая церебрастения
370. Психозы при соматических заболеваниях, при интоксикациях и при инфекционных заболеваниях относят к группе:
- а. Реактивных психозов
 - б. Посттравматических стрессовых расстройств
 - с. Эндогенных психозов
 - д. Симптоматических психозов
 - е. Экзогенно-органических психозов
371. Симптоматические психозы относятся к группе:
- а. Эндогенных психических расстройств
 - б. Психогений
 - с. Экзогенных психических расстройств
 - д. Эндогенно-органических психических расстройств
372. Эпилепсия относится к:
- а. Эндогенным заболеваниям
 - б. Эндогенно-органическим заболеваниям
 - с. Экзогенным заболеваниям
 - д. Экзогенно-органическим заболеваниям
373. Эпилептический статус – это:
- а. Психическое состояние больного эпилепсией
 - б. Состояние больного во время припадка
 - с. Серия непрерывно следующих один за другим припадков

374. Абстинентный синдром при злоупотреблении психоактивными веществами имеет одно из следующих определений:
- Способность переносить возрастающие дозы употребляемого психоактивного вещества и потребность в увеличении дозы с целью достичь желаемого эффекта
 - Комплекс расстройств, появляющихся вслед за прекращением регулярного употребления психоактивного вещества, к которому имеется зависимость
 - Потеря количественного и ситуационного контроля за употреблением психоактивного вещества в токсикоманической интоксикации
375. Абстиненция это:
- Состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема (введения) веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами
 - Утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, вначале на время, затем на недавние события, позднее и на давно прошедшее. При этом вначале забываются факты, затем чувства, последней разрушается память привычек
 - Потеря способности запоминать текущие события
 - Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
 - Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность
376. Важнейшими особенностями лечения алкоголизма на психиатрической почве являются
- относительно большие дозы тетурама
 - обязательно алкогольно-тетурамовые пробы
 - преимущественно стационарное лечение
 - апоморфинотерапия при заметных личностных изменениях и эметин — при недостаточно критическом отношении к своему состоянию
377. Для алкогольного делирия характерно следующее развитие:
- Делирий развивается на фоне тяжелого алкогольного опьянения
 - Делирий развивается на фоне тяжелой алкогольной абстиненции
 - Делирий развивается на фоне атипичного алкогольного опьянения с депрессивным или маниакальным аффектом
378. Для каких стадий алкоголизма характерно развитие алкогольных психозов?
- Для всех стадий алкоголизма
 - Для II и III стадии
 - Только для III стадии
379. Какое клиническое проявление из числа перечисленных ниже не встречается в III стадии алкоголизма:
- Рост толерантности к алкоголю
 - Утрата количественного контроля
 - Алкогольный абстинентный синдром
 - Алкогольная деградация личности
380. Какое течение характерно для алкогольного делирия?
- Только острое, продолжительностью до 10 суток

- b. Острое и затяжное, продолжительностью до двух месяцев
 - c. Может принимать хроническую форму, сохраняя типичные проявления свыше шести месяцев
381. На какой стадии алкоголизма отмечается снижение толерантности?
- a. на I стадии
 - b. на II стадии
 - c. на III стадии
382. На какой стадии алкоголизма появляется синдром измененной реактивности?
- a. на I стадии
 - b. на II стадии
 - c. на III стадии
383. Назовите признаки, достоверно указывающие на наличие II стадии алкоголизма:
- a. В состоянии опьянения отмечены повторные эпизоды агрессивного или асоциального поведения
 - b. В последнее время алкогольные напитки употребляются в одиночестве
 - c. За последние десять лет возросла средняя доза алкоголя, вызывающая субъективное ощущение опьянения
 - d. Прекращение алкоголизации сопровождается появлением потливости, тремора, диспепсических расстройств, бессонницы, сниженного настроения, тревожности и других нарушений, которые купируются приемом алкоголя
 - e. На протяжении последних двух лет алкоголь стал употребляться значительно чаще
 - f. После массивной алкоголизации, продолжавшейся несколько дней, на фоне бессонницы, тревожности и выраженных вегетативных нарушений
 - g. развился делирий
384. Основным видом обманов восприятия при алкогольном делирии являются:
- a. Иллюзорные расстройства
 - b. Слуховые галлюцинации
 - c. Слуховые псевдогаллюцинации
 - d. Зрительные галлюцинации
 - e. Зрительные псевдогаллюцинации
385. Основным признаком II стадии алкоголизма является:
- a. Алкогольный абстинентный синдром
 - b. Утрата количественного контроля
 - c. Изменение толерантности к алкоголю
 - d. Алкогольная деградация
 - e. Изменение картины опьянения
386. Первичное патологическое влечение к алкоголю это:
- a. Физическая потребность в употреблении алкоголя
 - b. Утрата количественного контроля при употреблении спиртных напитков
 - c. Стремление к употреблению алкоголя, не связанное с присутствием алкоголя или его метаболитов в организме
 - d. Утрата ситуационного контроля при употреблении спиртных напитков
387. Толерантность при употреблении психоактивных веществ имеет одно из следующих определений:

- a. Психический комфорт в токсикоманической интоксикации, обсессивное или компульсивное влечение к употребляемому веществу
 - b. Физический комфорт в токсикоманической интоксикации, явления абстиненции при внезапной отмене употребляемого вещества
 - c. Способность переносить возрастающие дозы употребляемого психоактивного вещества и потребность в увеличении дозы с целью достичь желаемого эффекта
388. У больного с III стадией алкоголизма вы обнаружили при обследовании после прекращения употребления алкоголя: фиксационную амнезию, отдельные конфабуляции и выраженные явления полиневрита. Больной сохраняет частичную ориентировку и внешне упорядоченное поведение, но из-за нарушений памяти неспособен выполнять сложные задания администрации на производстве: предполагаемый диагноз:
- a. Алкогольный делирий
 - b. Алкогольный галлюциноз
 - c. Острая энцефалопатия Гайе-Вернике
 - d. Корсаковский психоз
 - e. Алкогольный псевдопаралич
389. У больного с III стадией алкоголизма вы обнаружили при обследовании после прекращения употребления алкоголя: фиксационную амнезию, отдельные конфабуляции и выраженные явления полиневрита. Больной сохраняет частичную ориентировку и внешне упорядоченное поведение, но из-за нарушений памяти неспособен выполнять сложные задания администрации на производстве: терапевтическая тактика:
- a. Применение производных фенотиазина
 - b. Применение пирогенных препаратов
 - c. Применение рефлексотерапии
 - d. Применение больших доз витаминов группы В
 - e. Применение сенсibiliзирующих к алкоголю средств
390. У больного с первичным патологическим влечением к алкоголю, ростом толерантности к спиртным напиткам и утратой количественного контроля периодически бывают выпивки по 2-3 дня подряд. После таких эпизодов он ощущает головную боль, испытывает тошноту, сопровождающуюся иногда рвотой. Прием алкоголя на следующий день не облегчает состояние, а, наоборот, усиливает указанные выше проявления. предположительный диагноз:
- a. Бытовое злоупотребление алкоголем
 - b. Первая стадия алкоголизма
 - c. Вторая стадия алкоголизма
 - d. Третья стадия алкоголизма
 - e. Ни одно из перечисленных
391. Антидотом при отравлении героином вследствие передозировки является:
- a. Аминостигмин
 - b. Налоксон
 - c. Эзерин
 - d. Атропин
392. Антидотом при отравлении холинолитическими средствами (тригексифенидилл, димедрол, беладонна и др.) является:
- a. Аминостигмин
 - b. Налоксон

- c. Галантамин
 - d. Атропин
393. В соответствии с МКБ-10, наркотик кокаин относится к:
- a. Алкалоидам опия
 - b. Каннабиоидам
 - c. Стимуляторам
 - d. Седативным средствам
 - e. Анаболикам
394. К препаратам из группы опиума относятся следующие вещества:
- a. Метадон
 - b. Фенциклидин
 - c. Кодеин
 - d. Героин
 - e. Псилоцибин
 - f. Эфедрон
 - g. Промедол
 - h. ЛСД
395. К препаратам из группы психостимуляторов относятся следующие вещества:
- a. Метадон
 - b. Фенциклидин
 - c. Кодеин
 - d. Героин
 - e. Псилоцибин
 - f. Эфедрон
 - g. Фенамин
 - h. ЛСД
396. Какие группы психофармакологических препаратов из перечисленных ниже вызывают токсикоманическую зависимость:
- a. Производные фенотиазина
 - b. Производные бутирофенона
 - c. Соли лития
 - d. Производные бензодиазепина
 - e. Производные тioxантена
397. Метадон относится к:
- a. Опиатам
 - b. Психостимуляторам
 - c. Галлюциногенам
 - d. Бензодиазепинам
398. Назначение какого класса препаратов связано с риском формирования зависимости?
- a. Транквилизаторов
 - b. Нейролептиков
 - c. Психостимуляторов
 - d. Нормотимиков
 - e. Антидепрессантов
 - f. Ноотропов

399. Острая интоксикация при передозировке героином имеет следующие клинические проявления:
- a. Умеренная тахикардия, артериальная гипертензия, мидриаз, повышенное потоотделение, тахипноэ, психомоторное возбуждение, спутанность
 - b. Брадикардия, артериальная гипотензия, миоз, сухость кожных покровов, брадипноэ, сопор или кома
 - c. Выраженная тахикардия, умеренная артериальная гипертензия, мидриаз, сухость кожных покровов, нормальное или умеренно учащенное дыхание, делирий, сменяющийся сильным оглушением или сопором
400. У больного, которого вы подозреваете в приеме наркотических средств, в области локтевого сгиба обнаруживаются следы от внутривенных инъекций. Какими веществами он, по-видимому, злоупотреблял:
- a. Гашишем
 - b. Бензодиазепинами
 - c. Барбитуратами
 - d. Стимуляторами
 - e. Галлюциногенами
401. Форма зависимости, при которой абстинентный синдром обычно отсутствует:
- a. Опи́йная
 - b. Гашишная
 - c. От барбитуратов
 - d. От стимуляторов
 - e. От седативных препаратов
402. Синдром, наиболее убедительно доказывающий наличие психоза:
- a. Помраченного сознания
 - b. Негативных изменений личности
 - c. Психоорганический
 - d. Психопатоподобный
 - e. Галлюцинаторный
403. Автор термина и концепции психоза:
- a. Э. Блейлер
 - b. Э. Крепелин
 - c. Э. Кречмер
 - d. З. Фрейд
 - e. Ф. Пинель
404. В клинической картине простой формы психоза на первом плане наблюдается:
- a. псевдогаллюцинации
 - b. психические автоматизмы
 - c. редукция энергетического потенциала
 - d. бред величия
 - e. бред преследования
405. Импульсивные действия характерны для больных:
- a. прогрессивным параличом

- b. гебефренической формой шизофрении
 - c. истерической психопатией
 - d. болезнью Альцгеймера
 - e. гипертимной психопатией
406. Исходом шизофрении являются
- a. абулия и разорванность мышления
 - b. деменция
 - c. лакунарное слабоумие
 - d. слабодушие
 - e. фиксационная амнезия
407. Летальный исход может вызвать шизофрения
- a. фебрильная
 - b. гебефреническая
 - c. кататоническая
 - d. параноидная
 - e. простая
408. Наиболее злокачественным вариантом шизофрении является
- a. шизоаффективный психоз
 - b. параноидная шизофрения
 - c. шизотипическое расстройство
 - d. гебефреническая шизофрения
 - e. рекуррентная шизофрения
409. Наиболее частое проявление конечных состояний при шизофрении:
- a. апатия
 - b. слабодушие
 - c. амбивалентность
 - d. дисфория
 - e. эйфория
410. Основная теория этиологии шизофрении
- a. нейротрансмиттерная
 - b. дизонтогенетическая
 - c. генетическая
 - d. мультифакториальная
 - e. аутоиммунная
411. Основным методом диагностики шизофрении является:
- a. МРТ
 - b. ЭЭГ
 - c. клинико-психопатологический
 - d. анамнестический
 - e. экспериментально-психологическое обследование
412. Первостепенное значение при шизофрении имеет дисфункция системы головного мозга
- a. серотониновой
 - b. дофаминовой

- c. норадреналиновой
 - d. ГАМКергической
 - e. катехоламиновой
413. Почти не поддаются обратному развитию при обострении шизофрении
- a. кататонический синдром
 - b. обманы восприятия
 - c. бредовые идеи
 - d. эмоциональное снижение
 - e. тревожные расстройства
414. При шизофрении наблюдается синдром:
- a. Корсаковский
 - b. апато-абулический
 - c. психоорганический
 - d. дисмнестический
 - e. психоорганический
415. Проявлением апато-абулического синдрома является:
- a. Anaesthesia psychica dolorosa
 - b. эмоциональная тупость
 - c. вязкость (обстоятельность) мышления
 - d. раздражительность
 - e. негативизм
416. Риск заболевания шизофренией в течение жизни составляет:
- a. 0,5%
 - b. 1%
 - c. 2%
 - d. 5%
 - e. 10%
417. Чаще других встречается форма шизофрении
- a. кататоническая
 - b. гебефреническая
 - c. простая
 - d. параноидная
 - e. фебрильная
418. Шизофрения относится к:
- a. экзогенно-органическим заболеваниям
 - b. симптоматическим психозам
 - c. психогенным заболеваниям
 - d. аномалиям развития
 - e. эндогенным заболеваниям
419. В каком возрасте наиболее часто развиваются депрессивные состояния?
- a. В возрасте до 20 лет
 - b. В возрасте от 20 до 50 лет
 - c. В возрасте от 50 до 60 лет
 - d. В возрасте от 60 до 70 лет

- e. В возрасте старше 70 лет
420. Виды суицидальных действий:
- a. Членовредительство
 - b. Суицид
 - c. Суицидальная попытка (истинная)
 - d. Суицидальная попытка (демонстративно-шантажная)
 - e. Самоповреждения
421. Возникновение реактивной депрессии:
- a. Является признаком маниакально-депрессивного психоза
 - b. Связано с психической травмой
 - c. Обусловлено появлением слуховых галлюцинаций
 - d. Связано с наличием сенсорных автоматизмов
 - e. Не связано с воздействием внешних факторов
422. Господствующая теория суицида:
- a. Анатомо-антропологическая
 - b. Психопатологическая
 - c. Социологическая
 - d. Социально-психологической дезадаптации
 - e. Клиническая
423. Имеется ли разница в частоте возникновения депрессивных состояний в зависимости от пола?
- a. У мужчин депрессии бывают в 2-3 раза чаще, чем у женщин
 - b. У женщин депрессии бывают в 2-3 раза чаще, чем у мужчин
 - c. У мужчин депрессии бывают в 5-6 раз чаще, чем у женщин
 - d. У женщин депрессии возникают также часто, как и у мужчин
424. Имеется ли строго определенная зависимость риска возникновения депрессивных состояний от преморбидных личностных факторов?
- a. Депрессии чаще возникают при наличии тревожно-мнительных черт
 - b. Депрессии чаще возникают при наличии шизоидных черт
 - c. Депрессии чаще возникают при наличии эпилептоидных черт
 - d. Депрессии чаще возникают при наличии мозаичной личностной структуры
 - e. Депрессии могут возникать при любых особенностях личностной структуры
425. Как подразделяются депрессивные эпизоды в соответствии с МКБ-10?
- a. Имеющие непрерывное или прерывистое течение
 - b. Текущие больше 2-х, 6-ти или 12-ти месяцев
 - c. Имеющие эндогенную или экзогенную природу
 - d. Легкие, умеренные или тяжелые
 - e. В МКБ-10 отсутствует подразделение депрессивных эпизодов
426. Какие категории психически больных чаще совершают суициды:
- a. Депрессивные
 - b. Маниакальные
 - c. Параноидные
 - d. Паранойяльные
 - e. Галлюцинаторно-параноидные

- f. Слабоумные
 - g. С истерическими психозами
427. Какое значение имеет семейное положение с точки зрения повышения риска развития депрессивных состояний:
- a. Депрессии чаще возникают у лиц, состоящих в браке
 - b. Депрессии чаще возникают у лиц, не имеющих тесных межличностных связей
 - c. Депрессии чаще возникают у лиц, продолжающих во взрослом состоянии проживать совместно с родителями
 - d. Депрессии чаще возникают у лиц, не имеющих детей
 - e. Семейное положение и межличностные связи никак не влияют на риск развития депрессий
428. Какой диагностический критерий по МКБ-10 соответствует понятию маниакально-депрессивного психоза:
- a. Депрессивный эпизод
 - b. Дистимия
 - c. Биполярное аффективное расстройство
 - d. Циклотимия
 - e. Тревожное расстройство
429. Основную часть лиц, совершающих суициды, составляют:
- a. Дети
 - b. Молодежь
 - c. Лица среднего возраста
 - d. Пожилые люди
 - e. Соматически больные
 - f. Психически больные
430. Основные способы самоубийства:
- a. Падение с высоты
 - b. Самоповешение
 - c. Утопление
 - d. Отравление
 - e. Огнестрельное ранение
 - f. Наезд транспорта
431. Основы положения социально-психологической концепции суицида:
- a. Диагностические категории суицидентов
 - b. Признаки социально-психологической дезадаптации
 - c. Сопутствующие соматические заболевания
 - d. Наследственная отягощенность
 - e. Предыдущие суицидальные высказывания
432. Психическое заболевание, при котором отмечается периодическое возникновение только депрессивных состояний:
- a. Рекуррентное депрессивное расстройство
 - b. Биполярное аффективное расстройство
 - c. Истерический невроз
 - d. Дистимия
 - e. Психастения

433. Самоубийство проблема преимущественно:
- Социальная
 - Экономическая
 - Правовая
 - Медицинская
 - Педагогическая
434. Суициды наиболее часты:
- У мужчин в сравнении с женщинами
 - У холостых
 - У атеистов по сравнению с верующими
 - Ни одно из перечисленных
435. Уровень самоубийств рассчитывается:
- На 100 человек населения
 - На 1000
 - На 10 000
 - На 100 000
 - На 1000 000
436. Циклотимия – это:
- Вид невроза
 - Вид аффективного расстройства
 - Психотическая форма МДП
 - Динамика циклоидной психопатии
 - Вид маскированной депрессии
437. Частота суицидов, признанная ВОЗ как критическая в отношении психического здоровья населения:
- 20 случаев в год на 100000 населения
 - 150 случаев на 100000
 - 5 случаев на 100000
 - 200 и более случаев на 100000
 - 50 и более случаев на 100000
438. Что выходит на первый план в клиническом состоянии больных с так называемыми «маскированными депрессиями»?
- Нарушения мимики и пантомимики
 - Пониженное настроение
 - Интеллектуально-мнестические нарушения
 - Изменения личности
 - Сомато-вегетативные функциональные расстройства
439. Что отличает дистимию от рекуррентного депрессивного расстройства?
- Причина возникновения
 - Наличие очерченных депрессивных эпизодов
 - Особенности преморбидных личностных черт
 - Возраст больного, в котором впервые появилось заболевание
 - Дистимия и рекуррентное депрессивное расстройство не имеют принципиальных отличий

440. Что помимо пониженного настроения является характерным симптомом астенической депрессии?
- Чувство общей соматической слабости и необъяснимой усталости
 - Нарушения со стороны двигательной сферы
 - Измененность восприятия окружающего
 - Чувство бессилия и безволия
 - При астенической депрессии отсутствуют другие характерные симптомы помимо пониженного настроения
441. Что помимо пониженного настроения является характерным симптомом ипохондрической депрессии?
- Нарушения памяти и внимания
 - Чувство повышенной утомляемости
 - Наличие чувства необъяснимой тревоги
 - Наличие чувства тревоги в связи с состоянием своего здоровья
 - При ипохондрической депрессии отсутствуют другие характерные симптомы помимо пониженного настроения
442. Что представляет основную угрозу жизни больного при депрессивных состояниях?
- Резкое снижение аппетита, приводящее к развитию кахексии
 - Самоповреждения и убийства
 - Стойкие запоры
 - Упорные нарушения сна
 - Для депрессии не характерно наличие симптомов, внушающих опасение за жизнь больного
443. Что является основанием для определения депрессии как вторичной?
- Наличие психотравмирующей ситуации
 - Наличие депрессии у кого-либо из родственников
 - Наличие указаний в анамнезе на предшествующие депрессивные состояния
 - Появление депрессии в связи с каким-либо другим психическим или соматическим заболеванием
 - Появление депрессии в связи с угрожающим жизни событием
444. Кто из пограничных больных чаще совершают суициды:
- Хронические алкоголики
 - Невротики
 - Психопаты
 - С реактивными состояниями
 - С нервно-психической неустойчивостью
 - С психосоматическими расстройствами
445. Биполярное аффективное расстройство I типа характеризуется следующими признаками (выберите наиболее точные характеристики):
- наличием маниакальных и депрессивных эпизодов в равном количественном соотношении; диагноз может быть поставлен на основании обязательного присутствия обоих вариантов эпизодов на протяжении расстройства
 - наличием гипоманиакальных и субдепрессивных эпизодов вне зависимости от их количества; диагноз может быть поставлен на основании наличия хотя бы одного гипоманиакального и субдепрессивного эпизодов на протяжении расстройства

- с. наличием хронического нестабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух лет или более, включающего многочисленные гипоманиакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени
- d. наличием в анамнезе как минимум двух депрессивных эпизодов, разделенных несколькими месяцами без выраженных аффективных нарушений, и одного гипоманиакального эпизода
- е. наличием одного или нескольких с течением времени маниакальных или смешанных эпизодов; диагноз может быть поставлен на основании одного маниакального или смешанного эпизода, но обычно такие эпизоды чередуются с депрессивными эпизодами на протяжении расстройства

446. Биполярное аффективное расстройство II типа характеризуется следующими признаками (выберите наиболее точные характеристики):

- a. наличием хронического нестабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух лет или более, включающего многочисленные выраженные маниакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени
- b. наличием одного или нескольких гипоманиакальных эпизодов и как минимум одного депрессивного эпизода; в анамнезе не должны отмечаться маниакальные или смешанные эпизоды
- с. наличием в анамнезе как минимум двух депрессивных эпизодов, разделенных по меньшей мере несколькими месяцами без выраженных аффективных нарушений; прежде в анамнезе отмечался как минимум один маниакальный эпизод
- d. наличием стабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух месяцев или более, включающего многочисленные маниакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени
- е. наличием одного или нескольких с течением времени маниакальных или смешанных эпизодов; диагноз может быть поставлен на основании одного маниакального или смешанного эпизода, но обычно такие эпизоды чередуются с депрессивными эпизодами на протяжении расстройства

447. Циклотимическое расстройство характеризуется следующими признаками (выберите наиболее точные характеристики):

- a. наличием хронического нестабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух лет или более, включающего многочисленные гипоманиакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени; гипоманиакальная симптоматика может быть, но не обязательно, достаточно выраженной или продолжительной, чтобы полностью отвечать требованиям для определения гипоманиакального эпизода, но развернутые маниакальные или смешанные эпизоды в анамнезе отсутствуют; депрессивная симптоматика никогда не бывает настолько выраженной или продолжительной, чтобы полностью отвечать диагностическим требованиям для депрессивного эпизода
- b. наличием в анамнезе как минимум двух депрессивных эпизодов, разделенных по меньшей мере несколькими месяцами без выраженных аффективных нарушений; прежде в анамнезе никогда не отмечались маниакальные, гипоманиакальные или смешанные эпизоды
- с. наличием хронического нестабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере пяти лет или более, включающего многочисленные гипоманиакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени; гипоманиакальная симптоматика может быть, но не обязательно, достаточно выраженной или продолжительной, чтобы полностью отвечать требованиям для определения гипоманиакального эпизода, но развернутые маниакальные или смешанные эпизоды в анамнезе отсутствуют; депрессивная симптоматика никогда не бывает настолько выраженной или продолжительной, чтобы полностью отвечать диагностическим требованиям для депрессивного эпизода
- d. наличием хронического стабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух недель или более, включающего маниакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени; маниакальные и депрессивные симптомы оказывают существенное влияние на качество жизни пациента, формируя состояние дистресса

- е. наличием одного или нескольких с течением времени маниакальных или смешанных эпизодов; диагноз может быть поставлен на основании одного маниакального или смешанного эпизода, но обычно такие эпизоды чередуются с депрессивными эпизодами на протяжении расстройства
448. Рекуррентное депрессивное расстройство характеризуется следующими признаками (выберите наиболее точные характеристики):
- а. наличием одного или нескольких с течением времени депрессивных или смешанных эпизодов; диагноз может быть поставлен на основании одного депрессивного или смешанного эпизода
 - б. наличием одного или нескольких гипоманиакальных эпизодов и как минимум одного депрессивного эпизода; анамнезе не должны отмечаться маниакальные или смешанные эпизоды
 - в. наличием хронического нестабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух лет или более, включающего многочисленные выраженные маниакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени
 - г. наличием в анамнезе как минимум двух депрессивных эпизодов, разделенных по меньшей мере несколькими месяцами без выраженных аффективных нарушений; прежде в анамнезе никогда не отмечались маниакальные, гипоманиакальные или смешанные эпизоды, которые указывали бы на наличие биполярного расстройства
 - е. наличием одного или нескольких с течением времени маниакальных или смешанных эпизодов; диагноз может быть поставлен на основании одного маниакального или смешанного эпизода, но обычно такие эпизоды чередуются с депрессивными эпизодами на протяжении расстройства
449. Боевая психическая патология – это:
- а. Психовегетативные симптомы боевого стресса
 - б. Острые аффективные реакции
 - в. Преневротические состояния
 - г. Синдромально и нозологически структурированные формы стрессовых расстройств
450. Боевая психическая травма – это:
- а. Потрясающие впечатления, избыточная сенсорная афферентация, страх быть убитым, раненым
 - б. Боевая психическая патология
 - в. Патологическое состояние ЦНС, обусловленное повреждающим эффектом боевого стресса
 - г. Взрывная контузия головного мозга
 - е. Навязчивые репереживания, кошмарные сновидения
 - з. Психогенное заболевание (реактивное состояние)
451. В клинической картине ПТСР характерны следующие признаки:
- а. Ослабление памяти
 - б. Навязчивые воспоминания о психотравме
 - в. Галлюцинации
 - г. Бредовые идеи
 - е. Повторяющиеся сновидения, отражающие психотравму
 - з. Помрачение сознания
452. В основе этиологии ПТСР лежит:
- а. Неблагоприятная наследственность
 - б. Физиогенные и соматогенные факторы
 - в. Психическая травма

- d. Интоксикационные факторы
453. В течение какого времени после перенесенного стрессового события возникает острая реакция на стресс?
- a. Через несколько суток
 - b. Через несколько месяцев
 - c. Через несколько минут
 - d. Через несколько часов
454. Какое из приведенных заболеваний можно отнести к «Расстройствам, связанным со стрессом» (МКБ-10)?
- a. Тревожное расстройство
 - b. Расстройство адаптации
 - c. Неврастения
 - d. Шизофрения
 - e. Депрессивный эпизод
455. Посттравматическое стрессовое расстройство (МКБ-10):
- a. Возникает как острая реакция на исключительный физический и психологический стресс
 - b. Возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие исключительно угрожающего характера
 - c. Состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни и обычно препятствующие социальному функционированию
 - d. Состояние тревоги генерализованного и стойкого характера, не связанное с какими-либо средовыми обстоятельствами
 - e. Легкое депрессивное состояние в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации, но продолжающееся не более 2 лет
456. Проявления «Флешбек» характерно для:
- a. Шизофрении
 - b. Расстройств личности
 - c. ПТСР
 - d. Алкоголизма
 - e. Эпилепсии
457. ПТСР отражают последствия:
- a. Повторных черепно-мозговых травм
 - b. Длительного злоупотребления алкоголем и наркотиками
 - c. Перенесенных в жизни нейроинфекций
 - d. Перенесенных в жизни экстремальных ситуаций
 - e. Неблагоприятных условий воспитания и формирования личности
458. Что является стержневым синдромом ПТСР (посттравматического стрессового расстройства)?
- a. Алкогольная зависимость
 - b. Астения
 - c. Повторное многократное переживание травмы и ее обстоятельств в виде навязчивых воспоминаний, снов, кошмаров
 - d. Депрессия

- е. Бред
459. Наиболее распространенными психическими расстройствами в условиях чрезвычайных ситуаций являются:
- а. Эндогенные психические расстройства
 - б. Эндогенно-органические психические расстройства
 - в. Экзогенные психические расстройства
 - г. Экзогенно-органические психические расстройства
 - е. Психогенные психические расстройства
 - ф. Расстройства личности
 - г. Умственная отсталость
460. Основными методами оказания помощи пострадавшим с реакциями боевого стресса являются:
- а. Физическое ограничение
 - б. Предоставление нескольких часов сна и отдыха в сочетании с психокоррекционными мероприятиями
 - в. Введение литических смесей с хлорпромазином
 - г. Курсовое лечение транквилизаторами и антидепрессантами
 - е. Эфирный рауш-наркоз, «кальциевый удар», токи Кауфмана
 - ф. Когнитивно-поведенческая психотерапия, наркогипнотерапия
461. Основными этиопатогенетическими факторами развития психогенных расстройств при чрезвычайных ситуациях являются:
- а. Биологические
 - б. Психотравмирующие
 - в. Индивидуально-личностные
 - г. Социально-психологические
 - е. Профессионально-бытовые
 - ф. Климато-географические
 - г. Специфические
462. Основу боевой психической патологии в условиях ТВД составляют:
- а. Острые реактивные психозы
 - б. Реактивные депрессии и параноиды
 - в. Аффективно-шоковые реакции
 - г. Диссоциативные расстройства
 - е. Непсихотические стрессовые расстройства
 - ф. Психогенные сумеречные помрачения сознания (псевдодеменции, пуэрилизм)
463. Паническое расстройство (диагностический критерий по МКБ-10):
- а. Возникает при обстоятельствах, связанных с объективной угрозой для жизни
 - б. Возникает в ответ на незначительные психотравмирующие события
 - в. Возникает на фоне хронической соматической патологии
 - г. Возникает спонтанно, эпизодически, без видимых причин
 - е. Возникает при передозировке нейролептиками
464. Представленность психогенных расстройств различного уровня в условиях чрезвычайных ситуаций следующая:
- а. Психологический (до 45%), невротический (до 35%), психотический (до 10%)
 - б. Психологический (до 60%), невротический (до 25%), психотический (до 15%)

- с. Психологический (до 80%), невротический (до 20%), психотический (до 5%)
465. При оценке выраженности психогенных расстройств в условиях чрезвычайных ситуаций выделяют следующие уровни:
- а. Психологический (доболезненный)
 - б. Деадаптационный
 - с. Невротический (пограничный)
 - д. Психотический
 - е. Реактивный
466. Симптом Ганзера – это:
- а. Употребление больным им созданных отдельных слов, языка или особого шифра (криптография)
 - б. Затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях
 - с. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения
 - д. Мимоговорение, во время которого больной на заданный вопрос отвечает неправильно, хотя по содержанию ответа можно заключить, что вопрос был понят верно
 - е. Неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несуществующих деталях
467. Соматизированное расстройство (ведущий диагностический критерий по МКБ-10):
- а. Наличие множественных соматических симптомов без наличия объективной соматической патологии
 - б. Активный поиск больным предполагаемого серьезного заболевания
 - с. Наличие психопатологической симптоматики на фоне реально существующего соматического заболевания
 - д. Наличие психопатологической симптоматики, возникшей вследствие реально существующего соматического заболевания
 - е. Ложное убеждение в наличии неизлечимой, приводящей к смерти или унижительной болезни (рак, СПИД и др.)
468. Стресс-провоцированное аддиктивное поведение в условиях боевой обстановки – это:
- а. Суицидальный шантаж
 - б. Членовредительство, дезертирство
 - с. Ситуационная психическая зависимость в отношении психоактивных веществ
 - д. Имитация соматоформных и психопатологических симптомов
469. Актуальность проблемы расстройств личности для психиатров обусловлена:
- а. Тяжестью течения
 - б. Широкой распространенностью
 - с. Сопутствующими соматическими заболеваниями
 - д. Высоким процентом диагностических ошибок
 - е. Осложнениями
470. В каком возрасте наиболее ярко проявляются психопатические особенности:
- а. В 4-6 лет
 - б. 6-12 лет
 - с. 17-19 лет

- d. 21-25 лет
 - e. 30-35 лет
 - f. 45-50 лет
471. В формировании расстройств личности принимают участие:
- a. Биологическая неполноценность нервной системы
 - b. Педагогическая запущенность
 - c. Отрицательное воздействие окружающей среды
 - d. Низкий культурный уровень
 - e. Перенесенные болезни в зрелом возрасте
472. Группировка расстройств личности по О. Кербикову включает:
- a. Ядерные (конституциональные) психопатии
 - b. Возбудимые
 - c. Краевые (приобретенные)
 - d. Паранойяльные
 - e. Органические
 - f. Смешанные
473. Интеллектуальный коэффициент при дебильности равен:
- a. 10-19
 - b. 25-34
 - c. 35-49
 - d. 50-69
 - e. 70-89
474. К диагностическим критериям расстройств личности относятся:
- a. Острое начало
 - b. Тотальность дисгармонии психики
 - c. Прогрессиентность течения
 - d. Выраженность патологических черт
 - e. Исходное состояние
 - f. Стабильность патологических черт
475. К клиническим формам умственной отсталости относят:
- a. Идиотию
 - b. Деменцию тотальную
 - c. Деменцию парциальную
 - d. Дебильность
 - e. Травматическое слабоумие
 - f. Имбецильность
476. Какие расстройства относятся к патологии развития:
- a. Шизофрения
 - b. Алкоголизм
 - c. Расстройство личности
 - d. Травматические психозы
 - e. Умственная отсталость
 - f. Реактивные состояния

- a. Какова величина коэффициента интеллекта (IQ) при легкой степени умственной отсталости (дебильности):
 - a. 35-49
 - b. 50-69
 - c. 70-79
 - d. 0-19
- 477. Категория годности к военной службе военнослужащих по призыву с легкой умственной отсталостью:
 - a. Годен к военной службе
 - b. Годен к военной службе с незначительными ограничениями
 - c. Ограниченно годен к военной службе
 - d. Не годен к военной службе
 - e. Временно не годен к военной службе
- 478. Категория годности к военной службе военнослужащих по призыву с расстройствами личности:
 - a. Годен к военной службе
 - b. Годен к военной службе с незначительными ограничениями
 - c. Ограниченно годен к военной службе
 - d. Временно не годен к военной службе
 - e. Не годен к военной службе
- 479. Наиболее распространенными клиническими формами расстройств личности:
 - a. Возбудимая
 - b. Парафреническая
 - c. Астеническая
 - d. Неустойчивая
 - e. Гебефреническая
 - f. Истерическая
 - g. Смешанная
 - h. Импульсивная
- 480. Основная причина декомпенсации расстройств личности:
 - a. Конфликтная ситуация
 - b. Перенесенная простуда
 - c. Употребление алкоголя
 - d. Смена стереотипа
 - e. Повышение нагрузок
- 481. Основной признак психопатической реакции:
 - a. Продолжительность
 - b. Наличие судорог
 - c. Амнезия
 - d. Несоответствие ответа силе раздражителя
 - e. Категоричность
 - f. Эгоистичность
- 482. Патология развития включает в себя:
 - a. Невротические расстройства
 - b. Аномалии развития характера

- c. Эпилептические изменения личности
 - d. Умственное недоразвитие
 - e. Патологию личности при алкоголизме
 - f. Изменения личности при наркоманиях
483. По этиологическому признаку умственная отсталость подразделяется на:
- a. Дифференцированную
 - b. Смешанную
 - c. Наследственную
 - d. Недифференцированную
 - e. Отдельные формы
 - f. Истинную
484. Кто из отечественных психиатров внес большой вклад в развитие учения о расстройствах личности:
- a. Балинский И.М.
 - b. Осипов В.П.
 - c. Ганнушкин П.Б.
 - d. Снежневский А.В.
 - e. Кербиков О.В.
485. Стадии динамики расстройств личности:
- a. Компенсация
 - b. Деадаптация
 - c. Неустойчивая компенсация
 - d. Дезинтеграция
 - e. Ремиссия
 - f. Декомпенсация
486. Типичные признаки умственной отсталости:
- a. Психическое недоразвитие с преобладанием интеллектуальной недостаточности
 - b. Отсутствие прогрессивности
 - c. Вторичные задержки развития
 - d. Приобретенное слабоумие
 - e. Развитие в возрасте до 3-х лет
 - f. Психосенсорные нарушения
487. Типичными психопатологическими проявлениями расстройств личности являются:
- a. Расстройства восприятия
 - b. Нарушения сознания
 - c. Кататонические симптомы
 - d. Эмоционально-волевые нарушения
 - e. Расстройства памяти
488. Уровень интеллекта у человека считается средним, если IQ находится:
- a. В диапазоне от 80-85 до 115-119
 - b. В пределах одного стандартного отклонения от среднего для тех 70% лиц, у которых этот коэффициент меньше отклоняется от 100
 - c. Оба ответа верны
489. Чаще всего встречается умственная отсталость:

- a. Легкая
 - b. Средняя
 - c. Выраженная
 - d. Тотальная
 - e. Глубокая
490. Этиологические факторы умственной отсталости:
- a. Наследственные
 - b. Неправильное воспитание
 - c. Внутривутробные
 - d. Болезни подросткового возраста
 - e. Перинатальные в возрасте до 3-х лет
 - f. Насмешки окружающих
491. К препаратам из группы опиума относятся следующие вещества:
- a. Метадон
 - b. Фенциклидин
 - c. Кодеин
 - d. Героин
 - e. Псилоцибин
 - f. Эфедрон
 - g. Промедол
 - h. ЛСД
492. К препаратам из группы психостимуляторов относятся следующие вещества:
- a. Метадон
 - b. Фенциклидин
 - c. Кодеин
 - d. Героин
 - e. Псилоцибин
 - f. Эфедрон
 - g. Фенамин
 - h. ЛСД
493. Острая интоксикация при передозировке героином имеет следующие клинические проявления:
- a. Умеренная тахикардия, артериальная гипертензия, мидриаз, повышенное потоотделение, тахипноэ, психомоторное возбуждение, спутанность
 - b. Брадикардия, артериальная гипотензия, миоз, сухость кожных покровов, брадипноэ, сопор или кома
 - c. Выраженная тахикардия, умеренная артериальная гипертензия, мидриаз, сухость кожных покровов, нормальное или умеренно учащенное дыхание, делирий, сменяющийся сильным оглушением или сопором
494. Антидотом при отравлении героином вследствие передозировки является:
- a. Аминостигмин
 - b. Налоксон
 - c. Эзерин
 - d. Атропин
495. Антидотом при отравлении холинолитическими средствами (тригексифенидил, дифенгидрамин, атропин и др.) является:

- a. Аминостигмин
 - b. Налоксон
 - c. Галантамин
 - d. Атропин
496. Для алкогольного делирия характерно следующее развитие:
- a. Делирий развивается на фоне тяжелого алкогольного опьянения
 - b. Делирий развивается на фоне тяжелой алкогольной абстиненции
 - c. Делирий развивается на фоне атипичного алкогольного опьянения с депрессивным или маниакальным аффектом
497. Назовите признаки, достоверно указывающие на наличие II стадии алкоголизма:
- a. В состоянии опьянения отмечены повторные эпизоды агрессивного или асоциального поведения
 - b. В последнее время алкогольные напитки употребляются в одиночестве
 - c. За последние десять лет возросла средняя доза алкоголя, вызывающая субъективное ощущение опьянения
 - d. Прекращение алкоголизации сопровождается появлением потливости, тремора, диспептических расстройств, бессоницы, сниженного настроения, тревожности и других нарушений, которые купируются приемом алкоголя
 - e. На протяжении последних двух лет алкоголь стал употребляться значительно чаще
 - f. После массивной алкоголизации, продолжавшейся несколько дней, на фоне бессоницы, тревожности и выраженных вегетативных нарушений развился делирий
498. На какой стадии алкоголизма появляется синдром измененной реактивности?
- a. на I стадии
 - b. на II стадии
 - c. на III стадии
499. На какой стадии алкоголизма отмечается снижение толерантности?
- a. на I стадии
 - b. на II стадии
 - c. на III стадии
500. Для каких стадий алкоголизма характерно развитие алкогольных психозов?
- a. Для всех стадий алкоголизма
 - b. Для II и III стадий
 - c. Только для III стадии
501. Какое течение характерно для алкогольного делирия?
- a. Только острое, продолжительностью до 10 суток
 - b. Острое и затяжное, продолжительностью до двух месяцев
 - c. Может принимать хроническую форму, сохраняя типичные проявления свыше шести месяцев
502. Первичное патологическое влечение к алкоголю это:
- a. Физическая потребность в употреблении алкоголя
 - b. Утрата количественного контроля при употреблении спиртных напитков
 - c. Стремление к употреблению алкоголя, не связанное с присутствием алкоголя или его метаболитов в организме
 - d. Утрата ситуационного контроля при употреблении спиртных напитков

503. Основным признаком II стадии алкоголизма является:
- Алкогольный абстинентный синдром
 - Утрата количественного контроля
 - Изменение толерантности к алкоголю
 - Алкогольная деградация
 - Изменение картины опьянения
504. Какое клиническое проявление из числа перечисленных ниже не встречается в III стадии алкоголизма:
- Рост толерантности к алкоголю
 - Утрата количественного контроля
 - Алкогольный абстинентный синдром
 - Алкогольная деградация личности
505. Форма зависимости, при которой абстинентный синдром обычно отсутствует:
- Опийная
 - Гашишная
 - От барбитуратов
 - От стимуляторов
 - От седативных препаратов
506. В соответствии с МКБ-10, наркотик кокаин относится к:
- Алкалоидам опия
 - Каннабиоидам
 - Стимуляторам
 - Седативным средствам
 - Анаболикам
507. При лечении наркологических заболеваний используется:
- Бисекурин
 - Фенилин
 - Бромкриптин
 - Флакозид
 - Хлортрианизен
508. Основным видом обманов восприятия при алкогольном делирии являются:
- Иллюзорные расстройства
 - Слуховые галлюцинации
 - Слуховые псевдогаллюцинации
 - Зрительные галлюцинации
 - Зрительные псевдогаллюцинации
509. Какие группы психофармакологических препаратов из перечисленных ниже вызывают токсикоманическую зависимость?
- Производные фенотиазина
 - Производные бутирофенона
 - Соли лития
 - Производные бензодиазепина
 - Производные тioxантена
510. Клонидин относится к:
- Опиатам

- b. а-Адреноблокаторам
 - c. Антагонистам опиатов
 - d. Антагонистам опиоидных рецепторов
511. Метадон относится к:
- a. Опиатам
 - b. Психостимуляторам
 - c. Галлюциногенам
 - d. Бензодиазепинам
512. Налтрексон применяется:
- a. Внутрь в таблетках
 - b. Внутрь в сиропе
 - c. Внутримышечно
 - d. Внутривенно
 - e. Путем имплантации в мышечные ткани
513. Оптимальное количество пациентов в наркологической психотерапевтической группе:
- a. 20-15
 - b. 10-15
 - c. 7-10
 - d. 4-7
 - e. 2-4
514. Основные этапы групповой динамики при лечении алкоголизма:
- a. Начальный, основных мероприятий и завершающий
 - b. Знакомства, конфронтации, консолидации, совместной работы
 - c. Медикаментозного лечения, активного лечения, симптоматического лечения
515. У больного с первичным патологическим влечением к алкоголю, ростом толерантности к спиртным напиткам и утратой количественного контроля периодически бывают выпивки по 2-3 дня подряд. После таких эпизодов он ощущает головную боль, испытывает тошноту, сопровождающуюся вегетативными нарушениями. Это:
- a. Бытовое злоупотребление алкоголем
 - b. Первая стадия алкоголизма
 - c. Вторая стадия алкоголизма
 - d. Третья стадия алкоголизма
516. Больного алкоголизмом с выраженной деградацией личности подозрительные люди могут, как утверждают родственники, вынудить продать за бесценок свою квартиру. Какой законодательный акт позволит защитить интересы пациента путем ограничения дееспособности?
- a. Ст. 22 УК РФ.
 - b. Ст. 81 УК РФ
 - c. Ст. 99 УК РФ
 - d. Ст. 30 ГК РФ
 - e. Ст. 177 ГК РФ
517. У больного с III стадией алкоголизма вы обнаружили при обследовании после прекращения употребления алкоголя: фиксационную амнезию, отдельные конфабуляции и выраженные явления полиневрита. больной сохраняет частичную ориентировку и внешне упорядоченное поведение. Это:
- a. Алкогольный делирий
 - b. Алкогольный галлюциноз

- c. Острая энцефалопатия Гайе-Вернике
 - d. Корсаковский психоз
 - e. Алкогольный псевдопаралич
518. У больного с III стадией алкоголизма вы обнаружили при обследовании после прекращения употребления алкоголя: фиксационную амнезию, отдельные конфабуляции и выраженные явления полиневрита. больной сохраняет частичную ориентировку и внешне упорядоченное поведения. Какова основная помощь?
- a. Применение производных фенотиазина
 - b. Применение пирогенных препаратов
 - c. Применение рефлексотерапии
 - d. Применение больших доз витаминов группы В
 - e. Применение сенсibiliзирующих к алкоголю средств
519. У больного, которого вы подозреваете в приеме наркотических средств, в области локтевого сгиба обнаруживаются следы от внутривенных инъекций. какими веществами он, по-видимому, злоупотреблял:
- a. Гашишем
 - b. Опиатами
 - c. Барбитуратами
 - d. Стимуляторами
 - e. Галлюциногенами
520. Больной в., 19 лет. сонлив, апатичен, временами что-то бормочет. установить речевой контакт не удается. Из рта сильный запах алкоголя. кожа бледная, холодная, влажная. пульс частый, слабого наполнения и напряжения. ад 60/40 мм. рт. ст. тоны сердца глухие. Какова помощь?
- a. Унитиол в/м
 - b. Диазепам в/м
 - c. Хлорпромазин в/м
 - d. Комбинация бемегида, этимизола, кордиамина, кофеина на глюкозе в/в
 - e. Апоморфин п/к
521. К основным критериям, определяющим состояние простого алкогольного опьянения, относятся:
- a. изменения в эмоциональной сфере
 - b. функциональных изменений моторики
 - c. изменения ассоциативного процесса и характера восприятия окружающего
 - d. запаха алкоголя изо рта
 - e. миоза
522. Легкая степень простого алкогольного опьянения характеризуется всем перечисленным, кроме:
- a. ощущения психического и физического комфорта
 - b. повышения речедвигательной активности
 - c. легкого нарушения координации движений
 - d. замедления ассоциативного процесса
 - e. появления вегетативных реакций в виде гиперемии кожи лица, учащения пульса, повышения аппетита
523. Для признаков средней степени простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме:
- a. функциональных нарушений моторики
 - b. замедления и затруднения ассоциативного процесса

- с. дизартричности речи
 - д. непроизвольного мочеиспускания
 - е. однообразности представлений, трудности в переключении внимания, застреваемости
524. Тяжелая степень простого алкогольного опьянения определяется всем перечисленным, кроме:
- а. мозжечковой атаксии
 - б. мышечной атонии, амимии
 - с. вестибулярных расстройств: головокружения, тошноты, рвоты
 - д. гиперемии
 - е. снижения тонуса сердечно-сосудистой системы
525. По миновании тяжелой интоксикации алкоголем в течение нескольких дней наблюдается:
- а. адинамическая астения, нарушение сна
 - б. анорексия
 - с. повышенная потливость
 - д. тремор конечностей
526. Для коматозного опьянения характерно все перечисленное, кроме:
- а. нарушения сознания
 - б. понижения температуры тела, цианоза
 - с. повышения тонуса сердечно-сосудистой системы
 - д. резкого снижения мышечного тонуса
 - е. урежения и ослабления дыхания (иногда типа Чейн-Стокса)
527. Для умеренно выраженного изменения простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме:
- а. сокращения периода эйфории
 - б. полного отсутствия эйфоризирующего действия алкоголя
 - с. однообразного бахвальства и вспышек раздражения
 - д. нарастания или стойкого повышения толерантности
 - е. появления палимпсестов
528. Для резко выраженных изменений картины простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме:
- а. практически полного отсутствия эйфории
 - б. наличия выраженной вязкости аффекта со злобой, придирчивостью
 - с. появления тотальных амнезий
 - д. несоответствия клиники опьянения концентрации алкоголя в крови
 - е. расстройства сознания по типу сумеречного
529. Для взрывного варианта измененного простого алкогольного опьянения характерны все перечисленные симптомы, кроме:
- а. слабо выраженной и кратковременной эйфории
 - б. вспышек резкого недовольства, раздражения или злобы, повторяющихся в состоянии опьянения неоднократно
 - с. тревожно-тоскливого аффекта
 - д. конфликтности
 - е. изменения содержания высказываний и поведения соответственно изменению аффекта
530. Клиника дисфорического варианта измененного простого алкогольного опьянения характеризуется всем перечисленным, кроме:

- a. состояния напряженности, сопровождаемого недовольством, утрюмостью в сочетании с неприязнью и злобой
 - b. пониженно-тоскливого аффекта
 - c. придиристичности с агрессивностью
 - d. суицидальных мыслей, нередко сопровождаемых суицидальными действиями
 - e. ощущения соматического дискомфорта и резко выраженной гиперестезии
531. Для истерического варианта измененного простого алкогольного опьянения характерны все перечисленные симптомы, кроме:
- a. театральности поведения с примитивностью моторных реакций (заламывание рук и т.д.)
 - b. суицидного шантажа
 - c. подозрительности к окружающим
 - d. поведения с элементами пугливости или псевдодеменции
532. Для депрессивного варианта измененного простого алкогольного опьянения характерны все перечисленные признаки, кроме:
- a. преобладания подавленного настроения различной выраженности и оттенков
 - b. появления идей самоуничтожения
 - c. склонности к суицидальным попыткам
 - d. тосливо-злобного настроения
 - e. отсутствия моторной заторможенности
533. Для измененного простого алкогольного опьянения с импульсивными действиями характерно все перечисленное, кроме:
- a. наличия эндогенного заболевания
 - b. тенденции к половым извращениям
 - c. тосливо-злобного аффекта
 - d. пиромании, kleptomании
534. При измененном простом алкогольном опьянении с чертами дурашливости наблюдается все перечисленное, кроме:
- a. повышенного фона настроения с благодушием
 - b. неуместных острот и шуток
 - c. поведения с кривлянием и паясничанием
 - d. сексуальной расторможенности
 - e. резко выраженной гиперестезии
535. Для измененного простого алкогольного опьянения с преобладанием сомноленции характерны все перечисленные симптомы, кроме:
- a. непродолжительной и слабо выраженной эйфории
 - b. состояния заторможенности и вялости
 - c. стремления к уединению
 - d. изменения сознания по типу сумеречного
 - e. состояния сонливости, быстро переходящего в сон
536. Для маниакального варианта измененного простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме:
- a. повышенного настроения с беспечностью и благодушием
 - b. двигательного возбуждения с назойливым приставанием, повышенной откликаемостью на окружающее
 - c. дурашливости

- d. непродолжительных вспышек раздражения
 - e. ментизма
537. Клиника эпилептоидного варианта измененного простого алкогольного опьянения выражается всем перечисленным, кроме:
- a. двигательного возбуждения с аффектом раздражения и злобы
 - b. агрессии на малейшее противодействие вначале избирательной, а в дальнейшем направленной и на случайных лиц
 - c. двигательной и речевой стереотипии на высоте возбуждения
 - d. расстройства сознания по типу сумеречного
 - e. зависимости двигательного возбуждения и агрессии от особенности внешней ситуации
538. Для параноидного варианта измененного простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме:
- a. усиления двигательного и речевого возбуждения
 - b. отражения реальной ситуации в высказываниях больных
 - c. целенаправленности агрессивных действий и зависимости их от ситуации
 - d. бредового толкования происходящего
 - e. выкрикивания отдельных слов или коротких фраз, отражающих ситуацию опасности
539. Для патологического опьянения характерно все перечисленное, кроме:
- a. внезапности, остроты и транзиторности психотического эпизода
 - b. импульсивности и целенаправленности характера разрушительных, нередко криминальных действий
 - c. сумеречного состояния сознания
 - d. кризисного разрешения глубоким сном с последующей амнезией и астенией
 - e. высокого риска возникновения повторных состояний патологического опьянения
540. Для эпилептоидной формы патологического опьянения характерно все перечисленное, кроме:
- a. интенсивного двигательного возбуждения, обычно в форме бессмысленных и хаотических агрессивных действий
 - b. двигательных стереотипий
 - c. преобладания аффекта, исступленной злобы и ярости
 - d. скудной речевой продукции
 - e. зависимости поведения опьяневшего от окружающей ситуации
541. В отношении параноидной формы патологического опьянения верно все перечисленное, кроме:
- a. аффекта страха, доходящего до ужаса
 - b. иллюзорно-бредового восприятия окружающего
 - c. внешне целенаправленной деятельности
 - d. наличия фантастических сценподобных галлюцинаций
542. Среди критериев, используемых при классификации алкоголизма, можно выделить все перечисленные, кроме:
- a. клинико-динамических
 - b. социальных
 - c. психологических
 - d. синдромальных
 - e. экономических

543. Отечественные исследователи при классификации алкоголизма используют преимущественно критерии:
- а. социальные
 - б. клинико-динамические
 - с. психологические
 - д. физиологические
544. Степень прогрессивности алкоголизма – самый надежный критерий для разделения заболевания на различные варианты течения – зависит от всего перечисленного, кроме:
- а. возраста начала злоупотребления алкоголем и вида употребляемых напитков
 - б. пола индивидуума
 - с. преморбидных личностных особенностей
 - д. перенесенных в прошлом или сопутствующих соматических заболеваний
 - е. уровня образования индивидуума
545. Высокий темп прогрессивности алкоголизма определяется всем перечисленным, кроме:
- а. начала злоупотребления алкоголем в подростковом возрасте
 - б. перенесенной ранее желтухой
 - с. изначального употребления крепких спиртных напитков и суррогатов
 - д. преобладания в структуре характера черт неустойчивости, незрелости
 - е. нарушения жирового обмена
546. Средний темп прогрессивности алкоголизма чаще всего встречается у лиц:
- а. начавших злоупотреблять алкоголем в возрасте 25-30 лет
 - б. с преобладанием синтонных черт характера
 - с. до начала злоупотребления алкоголем физически практически здоровых
 - д. с соматическими заболеваниями
547. Низкий темп прогрессивности алкоголизма характерен для больных:
- а. начавших злоупотреблять алкоголем в возрасте после 40-45 лет
 - б. с преобладанием черт стеничности в преморбиде
 - с. с позитивными социальными установками
 - д. с соматическими заболеваниями
548. Понятие «патологическое влечение к алкоголю» соответствует:
- а. активному стремлению больных алкоголизмом к употреблению спиртного вне интоксикации, которое в большинстве случаев носит неосознанный характер
 - б. неспособности больных прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса независимо от изначальной выпитой дозы и ситуации
 - с. неодолимому стремлению продолжить выпивку после определенной дозы
 - д. стремлению к употреблению алкоголя на фоне физических, неврологических или психических расстройств после абзуса
549. В основе сформировавшегося патологического влечения к алкоголю преобладают:
- а. социальные факторы
 - б. психологические факторы
 - с. биологические факторы
 - д. уровень культуры
550. Определение понятия «первичное патологическое влечение к алкоголю» соответствует утверждению:

- a. активное стремление больных алкоголизмом к употреблению алкоголя вне интоксикации
 - b. неспособность больного прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса, независимо от изначально выпитой дозы и ситуации
 - c. неодолимое стремление больных продолжить выпивку после определенной дозы
 - d. стремление к употреблению алкоголя на фоне психических расстройств после абзуса
551. Структура патологического влечения к алкоголю включает в себя все компоненты, кроме:
- a. эмоционально-аффективного
 - b. сомато-вегетативного
 - c. поведенческого
 - d. идеаторного
 - e. неврологического
552. Наиболее общие свойства патологического влечения к алкоголю включают все перечисленное, кроме:
- a. изменения суждений больного
 - b. направленности интересов, приобретающих мировоззренческий характер
 - c. доминирующего характера поведения
 - d. формирования жизненных позиций под влиянием влечения
 - e. сохранения критики к своему состоянию и окружающему
553. При повышении интенсивности влечения к алкоголю (острота состояния) соотношение клинических проявлений его структуры меняется в сторону преобладания расстройств:
- a. идеаторных
 - b. аффективных
 - c. поведенческих
 - d. сенсорных
554. При снижении интенсивности влечения к алкоголю соотношение клинических проявлений его структуры меняется в сторону расстройств:
- a. идеаторных
 - b. аффективных
 - c. поведенчески-волевых
 - d. сенсорных
555. Наиболее характерными сомато-вегетативными признаками, свидетельствующими об актуализации патологического влечения к алкоголю, являются все перечисленные, исключая:
- a. общее недомогание, слабость, появление разнообразных болевых ощущений
 - b. изменение аппетита, ощущение жажды
 - c. потливость
 - d. оживление мимики при упоминании алкоголя
 - e. уменьшение частоты курения
556. Наиболее часто встречающимися при актуализации патологического влечения к алкоголю признаками изменения психического состояния являются все перечисленные, кроме:
- a. общего беспокойства, повышенной истощаемости
 - b. нарушения сна с алкогольной тематикой сновидений
 - c. неустойчивости настроения
 - d. напряженности, затруднений при попытке расслабиться
 - e. переключения интересов на занятия типа «хобби»

557. К наиболее часто встречающимся признакам изменения поведения в период актуализации патологического влечения к алкоголю относятся все перечисленные, исключая:
- затруднения в профессиональной деятельности
 - активное стремление противоречить, неуступчивость
 - стремление к деятельности, снимающей напряжение
 - учащение пребывания в ситуациях, связанных с употреблением алкоголя
 - учащение курения
558. Для симптома ситуационно-обусловленного первичного влечения к алкоголю характерно все перечисленное, кроме:
- появления на начальных стадиях заболевания
 - связи с ситуациями (различные семейные события, ситуации, имеющие отношения к профессиональной деятельности)
 - оживленности, подъема настроения перед употреблением алкоголя
 - невозможности предотвратить эксцесс с помощью социально-этических норм
559. При актуализации симптома ситуационно-обусловленного первичного патологического влечения к алкоголю у больных появляются все перечисленные признаки, кроме:
- повышенной двигательной активности, суетливости
 - расширения контактов с окружающими
 - сновидений с алкогольной тематикой
 - беспричинной раздражительности
 - отчетливого желания выпить
560. Для симптома спонтанно-возникающего первичного патологического влечения с борьбой мотивов характерно все перечисленное, кроме:
- влечения, которое осознается больным со всей определенностью
 - появления на этапе I-II, II ст. заболевания
 - попыток больного бороться с желанием выпить
 - постоянного присутствия в структуре влечения сенестопатических расстройств (чувство вкуса водки, жжение в области желудка)
561. При актуализации симптома спонтанно-возникающего первичного патологического влечения к алкоголю с борьбой мотивов у больных появляются все перечисленные признаки, кроме:
- фиксации внимания на алкогольных раздражителях
 - разного рода болевых ощущений
 - желания почувствовать перемену, встряхнуться
 - осознанного желания употребить алкоголь
 - неустойчивости настроения, беспричинных его колебаний
562. Клинические признаки спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю с борьбой мотивов характеризуются:
- сомнениями в собственных силах и возможности «устоять» перед соблазном выпить
 - страхом перед приближающимся «срывом»
 - попытками чем-либо отвлечься
 - подавленностью, тревогой
563. При актуализации спонтанно возникающего патологического влечения к алкоголю с борьбой мотивов возникают все перечисленные расстройства, исключая:
- фиксацию внимания на алкогольных раздражителях
 - разного рода неприятные болевые ощущения
 - желание почувствовать перемену, встряхнуться

- d. осознанное желание употребить алкоголь
 - e. неустойчивость настроения
564. Для симптома спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю без борьбы мотивов характерно все перечисленное, кроме:
- a. неосознаваемости больным влечения
 - b. появления во II стадии болезни
 - c. способности предотвратить развитие эксцесса с помощью этических моментов
 - d. раздражительности перед алкогольным эксцессом, колебаний настроения
565. Для актуализации симптома спонтанно возникающего первичного влечения без борьбы мотивов характерно все перечисленное, кроме:
- a. появления уверенности в возможности «нормальной выпивки»
 - b. оживления в ответ на алкогольные раздражители
 - c. поиска ситуаций, связанных с употреблением алкоголя
 - d. изменения аппетита
 - e. ощущения внутренней физической тяжести
566. Для симптома спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю без борьбы мотивов характерно все перечисленное, кроме:
- a. неосознаваемости больным влечения к алкоголю
 - b. появления на этапе II стадии заболевания
 - c. раздражительности, колебаний настроения перед алкогольным эксцессом
 - d. способности предотвратить развитие эксцесса с помощью социально-этических норм
567. Актуализация спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю без борьбы мотивов характеризуется:
- a. эмоциональной напряженностью
 - b. оппозиционностью и враждебностью к попыткам окружающих заставить больного отказаться от алкоголя
 - c. защитой «права» пить
 - d. вегетативными и мимическими реакциями при разговоре об алкоголе
568. Для симптома первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости верно все перечисленное, кроме:
- a. спонтанного возникновения
 - b. реализации вслед за возникновением
 - c. появления преимущественно у больных синтонными характерологическими чертами в преморбиде
 - d. интенсивности, подобной голоду или жажде
 - e. формирования во II-III и III стадии заболевания
569. Актуализации первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости свойственны все перечисленные признаки, исключая:
- a. резко выраженное желание выпить
 - b. ощущение вкуса спиртного во рту, посасывания в желудке
 - c. злобность, агрессивность больного при появлении препятствий к приему алкоголя
 - d. тревогу, ожидание беды, неприятностей
 - e. утрату на этот период каких-либо морально-этических норм
570. Для симптома первичного патологического влечения к алкоголю, возникающего на фоне «пограничных состояний», характерно все перечисленное, кроме:

- a. связи с аффективными, чаще депрессивными состояниями
 - b. снятия приемом алкоголя душевного дискомфорта
 - c. резкого ухудшения психического состояния с вытрезвлением
 - d. отчетливого желания выпить
 - e. борьбы мотивов
571. Симптомы патологического влечения к алкоголю в состоянии опьянения (так называемое «вторичное влечение») характеризует:
- a. неспособность больного алкоголизмом ограничиться количеством спиртных напитков
 - b. активное стремление к употреблению алкоголя вне алкогольного эксцесса (например, в ремиссии)
 - c. возможность прекратить употребление алкоголя в связи с различными препятствиями
 - d. способность прекратить употребление алкоголя в пределах алкогольного эксцесса после приема «критической» дозы
572. Для симптома снижения количественного контроля в состоянии опьянения характерно все перечисленное, кроме:
- a. появления желания продлить выпивку на фоне опьянения
 - b. симптома «опережения круга»
 - c. неразборчивого отношения к виду напитка
 - d. употребления алкоголя в одиночестве
 - e. относительного контроля дозы алкоголя при возникновении значимых для больного ситуаций
573. Симптом патологического влечения к алкоголю в состоянии опьянения с утратой количественного контроля характеризуется всем перечисленным, исключая:
- a. неодолимое стремление продолжить выпивку после определенной «критической» для каждого конкретного больного дозы
 - b. невозможность прекратить употребление алкоголя в связи с этическими и социальными моментами
 - c. активное стремление к употреблению алкоголя вне алкогольного эксцесса (в период воздержания или ремиссии)
 - d. неодолимое стремление к употреблению алкоголя после абзуса на фоне различного рода физических и психических расстройств
574. Симптом патологического влечения к алкоголю в состоянии опьянения с утратой количественного и ситуационного контроля характеризует все перечисленное, кроме:
- a. возникновения неодолимого влечения к алкоголю после любой, даже незначительной (которая может и не вызвать опьянения) дозы
 - b. пренебрежения принятым нормам в отношении времени и места употребления алкоголя
 - c. приобретения алкоголя любыми средствами
 - d. возможности прекращения употребления алкоголя в связи с социально-этическими препятствиями
575. Для симптома вторичного влечения к алкоголю в структуре похмельного синдрома (стремление к опохмелению) характерно все перечисленное, кроме:
- a. интенсивного влечения к опохмелению
 - b. употребления алкоголя с целью устранения тяжелого физического состояния после предыдущего алкогольного эксцесса
 - c. желания вернуть «привычную работоспособность»
 - d. стремления снять аффективную напряженность

- е. употребления алкоголя с целью устранения психотических расстройств
576. Понятие «измененная толерантность к алкоголю» при алкоголизме характеризуется всеми перечисленными утверждениями, кроме:
- а. необходимости повышения дозы для достижения того же самого эффекта опьянения
 - б. изменения переносимости алкоголя соответственно динамике (переходу в следующую стадию) заболевания
 - в. изменения переносимости алкоголя в период соматического или психического заболевания, переутомления
 - г. изменения переносимости алкоголя при эмоциональном напряжении, в ситуациях, когда больные не хотят выглядеть «опьяневшими»
577. Толерантность к алкоголю зависит:
- а. от количества и качества употребляемой в период эксцесса пищи
 - б. от известной «тренировки» в употреблении алкоголя
 - в. от возраста и степени душевного напряжения, эмоционального состояния индивидуума
 - г. от ритма употребления алкоголя
578. Симптом нарастающей толерантности характеризуется всем перечисленным, исключая:
- а. переход на употребление более крепких напитков
 - б. ощущение прежнего эффекта опьянения от дозы, превышающей изначальную в 2-3 раза
 - в. проявление в III стадии алкоголизма
 - г. появление средних и тяжелых степеней состояния опьянения
579. Для симптома «плато» толерантности характерно все перечисленное, кроме:
- а. употребления стабильно установленной дозы алкоголя
 - б. развития состояния опьянения от приема только больших доз
 - в. переносимости максимальных доз на протяжении отрезка времени той или иной длительности
 - г. возникновения на этапе I-II стадии болезни
 - е. употребления максимальных для данного больного доз алкоголя как одномоментно, так и на протяжении суток
580. Понятие «перекрестная толерантность» характеризует:
- а. способность больных алкоголизмом переносить все виды алкогольсодержащих напитков
 - б. переносимость минимальных разовых доз при сохранении высокой суточной
 - в. способность переносить повышенные дозы эфира, хлороформа и ряда других веществ, способных вызвать зависимость
 - г. употребление стабильно установившейся дозы алкоголя
581. Изменение картины опьянения при хронической интоксикации алкоголем обусловлено всем перечисленным, кроме:
- а. патологического процесса вследствие заболевания алкоголизмом
 - б. преморбидных характерологических особенностей и изменения личности больных
 - в. тяжести (стадии) алкоголизма
 - г. крепости алкогольных напитков
 - е. наличия сопутствующего эндогенного заболевания, органического поражения ЦНС и др.

582. Для резко выраженных изменений картины простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме:
- практически полного отсутствия эйфории
 - наличия выраженной вязкости аффекта со злобой, придирчивостью
 - появления тотальных амнезий
 - несоответствия клиники опьянения концентрации алкоголя в крови
 - расстройства сознания по типу сумеречного
583. Для симптома лакунарной амнезии (алкогольные палимпсесты) характерно все перечисленное, кроме:
- появления на этапе II стадии заболевания
 - запамятования событий, касающихся отдельных второстепенных эпизодов периода опьянения
 - возникновения при приеме привычных доз алкоголя
 - отсутствия грубых расстройств моторики
 - грубых нарушений поведения в состоянии опьянения
584. Для симптома наркотической амнезии (по И.В. Стрельчуку) характерно все перечисленное, кроме:
- появления на начальных стадиях заболевания
 - провалов в памяти на финальный период алкогольного эксцесса
 - эпизодичности возникновения
 - возникновения при употреблении максимально переносимых доз
 - провалов памяти на значительный период опьянения
585. Для симптома тотальной амнезии характерно:
- возникновение на фоне выраженных нарушений моторики
 - запамятование значительной части периода опьянения
 - развитие на фоне сниженной толерантности при приеме небольших доз алкоголя
 - появление на этапе III стадии алкоголизма
586. Изменение формы злоупотребления алкоголем при сформировавшемся заболевании проявляется всем перечисленным, кроме:
- псевдозапоев
 - постоянного пьянства (с высокой и низкой толерантностью)
 - перемежающегося пьянства
 - частых однократных абзусов
 - истинных запоев
587. Для псевдозапоев характерно все перечисленное, кроме:
- периодов ежедневного употребления алкоголя от 2-3 до 7-12 дней
 - связи начала и окончания алкогольного эксцесса с внешними факторами
 - сохранения толерантности в течение всего периода употребления алкоголя
 - сохранности влечения к алкоголю после запоя в течение некоторого времени
 - отчетливого изменения психического и физического состояния за несколько дней до псевдозапоя
588. Для постоянной формы пьянства с высокой толерантностью характерно все перечисленное, исключая:
- ежедневное употребление алкоголя в течение недель и месяцев
 - увеличение изначальной дозы в 3-6 раз, употребление крепких спиртных напитков
 - время появления – II стадия алкоголизма

- d. вынужденные перерывы между абзусами и зависимость их от внешних обстоятельств
 - e. наличие тяжелых форм алкогольного абстинентного синдрома
589. Для перемежающейся формы пьянства характерно все перечисленное, кроме:
- a. постоянного пьянства с употреблением небольших доз, на фоне которого возникают периоды интенсивного злоупотребления алкоголем
 - b. возможности эпизодов преходящего снижения толерантности
 - c. преобладания первичного патологического влечения над его вторичными формами
 - d. появления на начальных этапах заболевания
590. Для истинных запоев характерно все перечисленное, кроме:
- a. цикличности возникновения
 - b. спонтанности возникающего интенсивного влечения к алкоголю
 - c. интолерантности с отвращением к алкоголю в конце запоя
 - d. появления соматических, аффективных расстройств перед началом запоя
 - e. появления на этапе II стадии болезни
591. Для постоянной формы пьянства с низкой толерантностью характерно все перечисленное, кроме:
- a. употребления алкоголя дробными дозами в течение суток (включая и ночное время)
 - b. перехода на более слабые спиртные напитки
 - c. появления на этапе III стадии алкоголизма
 - d. преобладания депрессивного фона настроения
 - e. практически постоянного пребывания больных в состоянии неглубокого опьянения
592. Изменения личности при алкоголизме обусловлены:
- a. токсическим действием алкоголя и его метаболитов
 - b. преморбидными характерологическими особенностями индивидуума
 - c. психореактивными моментами
593. Заострение преморбидных личностных особенностей при алкоголизме отражает все перечисленное, за исключением:
- a. динамики заболевания
 - b. преморбидной характерологической структуры личности
 - c. изначальной степени выраженности личностных особенностей
 - d. крепости и дозы употребляемых алкогольных напитков
594. Для астенического типа заострения личности при алкоголизме характерно все перечисленное, исключая:
- a. преобладание повышенной раздражительности над истощаемостью
 - b. неспособность противостоять внешним отрицательным влияниям
 - c. повышенную ранимость с тенденцией к пониженному настроению
 - d. незначительную внутреннюю переработку неприятных впечатлений
 - e. дисфорический оттенок настроения
595. Для синтонного типа заострения личности при алкоголизме характерно все перечисленное, за исключением:
- a. неразборчивости в контактах
 - b. поведения с оттенком грубоватости и цинизма
 - c. недооценки трудностей и беспечности
 - d. аффективной ригидности

- е. повышенного фона настроения, жизнерадостности
596. Для неустойчивого типа заострения личности при алкоголизме характерно все перечисленное, исключая:
- а. пассивную подчиняемость
 - б. отсутствие целенаправленности волевой деятельности
 - в. подверженность внешним влияниям
 - г. необязательность, пренебрежение семейными и служебными обязанностями
 - е. демонстративность в поведении
597. Для взрывного типа заострения личности при алкоголизме характерно все перечисленное, за исключением:
- а. легковозникающих аффектов недовольства, раздражения, выраженной неприязни, придирок
 - б. категоричности, прямолинейности, игнорирования мнений окружающих
 - в. конфликтности
 - г. раздражительности с истощаемостью
 - е. проявления аффективной напряженности в форме вспышек
598. Для истерического типа заострения личности при алкоголизме характерно все перечисленное, за исключением:
- а. легкомыслия, недостаточного чувства долга
 - б. демонстративности, откровенной бравады
 - в. лживости, прямолинейного бахвальства
 - г. подозрительности
 - е. эгоцентризма, пренебрежения интересами окружающих
599. Для шизоидного типа заострения личности при алкоголизме характерно все перечисленное, исключая:
- а. вялость, замкнутость вплоть до полного отсутствия потребности в общении
 - б. аутистическую направленность интересов
 - в. застреванность аффекта
 - г. чрезмерную ранимость, повышенную чувствительность
600. Для дистимического типа заострения личности при алкоголизме характерно все перечисленное, исключая:
- а. легкое возникновение подавленности, чувство безысходности или преувеличенной и мало обоснованной веселости, оптимизма
 - б. повышенное настроение, сопровождаемое не столько радостью, сколько взбудораженностью
 - в. аутохтонно возникающие пролонгированные стертые депрессии
 - г. многообразие аффективных реакций на имеющееся у них пьянство
 - е. суточные колебания настроения
601. Для алкогольной деградации характерно:
- а. эмоциональное огрубление с исчезновением семейных и общественных привязанностей
 - б. интеллектуально-мнестическое снижение
 - в. упадок инициативы и работоспособности с невозможностью систематически трудиться
 - г. утрата морально-нравственных ценностей

602. Алкогольная деградация включает в себя все перечисленное, за исключением:
- стойких изменений памяти и интеллекта
 - игнорирования этических норм
 - расстройства мышления в виде разорванности
 - психопатоподобных проявлений
 - утраты критического отношения к злоупотреблению алкоголем и своему состоянию
603. Для алкогольной деградации с психопатоподобными симптомами характерно все перечисленное, исключая:
- возбудимость с агрессивными поступками
 - грубый цинизм, бестактность
 - выраженные расстройства памяти на текущие события
 - назойливую откровенность, стремление очернить окружающих
 - периодически возникающие расстройства настроения по типу дисфорий или глухой подавленности
604. Для алкогольной деградации с хронической эйфорией (по Блейлеру Е.) характерно все перечисленное, кроме:
- беспечного, благодушного настроения
 - разорванности мышления
 - резкого снижения критики к собственному положению и окружающему
 - откровенности с окружающими вплоть до обнаженности
 - речи, определяемой набором шаблонных оборотов и стереотипных избитых шуток
605. Для алкогольной деградации с аспонтанностью характерно все перечисленное, исключая:
- замкнутость, отгороженность
 - вялость, пассивность, снижение побуждений
 - склонность к паразитическому образу жизни
 - утрату интересов и инициативы
 - появление оживленности лишь в присутствии алкогольных раздражителей
606. Сомато-неврологическая патология при хронической интоксикации алкоголем обусловлена всем перечисленным, кроме:
- преморбидного состояния органов и систем индивидуума
 - гистотоксического действия алкоголя и его метаболитов
 - ферментных нарушений в тканях
 - нарушений обмена ацетилхолина
 - нарушений обмена катехоламинов
607. Алкогольная кардиомиопатия проявляется:
- изменениями на ЭКГ (снижением сегмента Т, появлением высокого двухфазного отрицательного зубца Т)
 - нарушениями ритма сердца
 - недостаточностью сократительной функции миокарда
 - разнообразными болевыми ощущениями в области сердца
608. В отличие от стенокардии приступы болей в сердце при алкогольной кардиомиопатии характеризуются всем перечисленным, кроме:
- возникновения на следующий день после алкогольного эксцесса или в похмелье
 - отсутствия связи с физической нагрузкой
 - неэффективности нитроглицерина (боли не купируются)
 - характерной приступообразности

- е. суетливости больных, многословного изложения жалоб во время приступа
609. К наиболее характерным и ранним проявлениям застойной сердечной недостаточности относится:
- а. кардиалгический синдром
 - б. стойкая тахикардия и одышка при физической нагрузке
 - с. пастозность и отечность нижних конечностей
 - д. акроцианоз
610. Для алкогольного поражения сердца характерно все перечисленное, кроме:
- а. увеличения общей массы левого желудочка
 - б. увеличения толщины задней стенки межжелудочковой и межпредсердной перегородки
 - с. увеличения систолического и диастолического объемов со снижением сократимости левого желудочка
 - д. склероза коронарных сосудов
611. Морфологические изменения при алкогольной кардиомиопатии характеризуются:
- а. неравномерной гипертрофией миокарда желудочков сердца
 - б. утолщением участков эндокарда по типу фиброэластоза
 - с. интерстициальным фиброзом
 - д. дистрофическими и атрофическими изменениями мышечных волокон с вакуолизацией
612. При алкогольном поражении печени характерно:
- а. зернистая дистрофия гепатоцитов
 - б. жировая дистрофия
 - с. некроз гепатоцитов
 - д. цирроз печени портального типа
613. Активность алкогольдегидрогеназы (АДГ) в гепатоцитах при алкогольной дистрофии печени:
- а. повышена
 - б. снижена
 - с. без изменений
614. Активность алкогольдегидрогеназы (АДГ) в гепатоцитах при алкогольном циррозе печени:
- а. повышена
 - б. снижена
 - с. без изменений
615. При остром алкогольном гепатите характерно все перечисленное, кроме:
- а. диспептических расстройств
 - б. общей интоксикации
 - с. желтухи паренхиматозной
 - д. гипергликемии
 - е. увеличения печени
616. При дифференциальной диагностике острого алкогольного гепатита от острого гепатита вирусной этиологии следует ориентироваться на все перечисленное, исключая:
- а. отсутствие продромального периода
 - б. увеличение печени и желтушность кожных покровов
 - с. повышение уровня молочной кислоты в крови более, чем в 2-3 раза

- d. повышение содержания мочевой кислоты в крови
 - e. значительный подъем ГГТП и ГДГ в сыворотке крови
617. Толерантность при употреблении психоактивных веществ имеет одно из следующих определений:
- a. Психический комфорт в токсикоманической интоксикации, обсессивное или компульсивное влечение к употребляемому веществу
 - b. Физический комфорт в токсикоманической интоксикации, явления абстиненции при внезапной отмене употребляемого вещества
 - c. Способность переносить возрастающие дозы употребляемого психоактивного вещества и потребность в увеличении дозы с целью достичь желаемого эффекта
618. Абстинентный синдром при злоупотреблении психоактивными веществами имеет одно из следующих определений:
- a. Способность переносить возрастающие дозы употребляемого психоактивного вещества и потребность в увеличении дозы с целью достичь желаемого эффекта
 - b. Комплекс расстройств, появляющихся вслед за прекращением регулярного употребления психоактивного вещества, к которому имеется зависимость
 - c. Потеря количественного и ситуационного контроля за употреблением психоактивного вещества в токсикоманической интоксикации
619. В соответствии с приказом МЗ РФ от 18.12.2015 г. № 933н по результатам освидетельствования определяется:
- a. Степень алкогольного опьянения
 - b. Факт алкогольного опьянения
 - c. Состояние психической деятельности
 - d. Неврологические нарушения
620. В соответствии с ныне действующим приказом МЗ СССР № 704 от 12.09.88 г. больной с диагнозом «наркомания» может быть снят с диспансерного наблюдения:
- a. Через 1 год
 - b. Через 2 года
 - c. Через 3 года
 - d. Через 4 года
 - e. Через 5 лет
621. В соответствии с ныне действующим приказом МЗ СССР № 704 от 12.09.88 г. больной с диагнозом «алкоголизм» может быть снят с диспансерного наблюдения:
- a. Через 1 год
 - b. Через 2 года
 - c. Через 3 года
 - d. Через 4 года
 - e. Через 5 лет полного воздержания от спиртных напитков
622. Абстиненция это:
- a. Состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема (введения) веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами
 - b. Утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, вначале на время, затем на недавние события, позднее и на давно прошедшее. При

- этом вначале забываются факты, затем чувства, последней разрушается память привычек
- c. Потеря способности запоминать текущие события
 - d. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
 - e. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность
623. К патогенетическим факторам формирования алкоголизма относят:
- a. нарушение обмена катехоламинов и серотонина
 - b. изменение функций эндогенной опиатной системы
 - c. преморбидную структуру характера индивидуума
 - d. стрессовые ситуации
624. Фактор наследственной отягощенности обуславливает следующие проявления:
- a. клинические особенности
 - b. степень прогрессивности
 - c. преморбидные характерологические черты
 - d. возраст начала заболевания
625. Среди социальных факторов, имеющих отношение к развитию алкоголизма, выделяют:
- a. алкогольную политику государства
 - b. обычаи ближайшего окружения
 - c. социальное положение индивидуума и его экономическую обеспеченность
 - d. этническую и религиозную принадлежность индивидуума
626. Среди психологических предпосылок алкоголизма первостепенное значение имеют личностные особенности индивидуума:
- a. способность адаптироваться в окружающей обстановке
 - b. умение противостоять стрессорным воздействиям
 - c. способность разрешать конфликты
 - d. возможность переносить эмоциональное напряжение
627. К физиологическим (индивидуально-биологическим, биохимическим) факторам, обуславливающим различия реакции на алкоголь, относятся:
- a. состояние системы эндогенный этанол - ацетальдегид
 - b. наследственная недостаточность тиаминового обмена и обмена аминокислот
 - c. реакция катехоламиновой системы на одну и ту же дозу алкоголя
 - d. состояние опиатной системы
628. При формировании алкоголизма ведущую роль играет нарушение обмена витаминов:
- a. C
 - b. группы B
 - c. PP
 - d. E
629. Нарушения обменных процессов при формировании алкоголизма характеризуется:
- a. сдвигами в азотистом обмене
 - b. нарушениями белкового обмена
 - c. нарушениями нормального пути окисления глюкозы
 - d. нарушениями липидного обмена
630. При формировании алкоголизма изменения иммунной системы характеризуются:

- a. угнетением показателей естественного иммунитета
 - b. образованием специфических аутоантигенов, стимулирующих выработку аутоантител
 - c. образованием антител в ответ на реакции в собственном мозге
 - d. активизацией гуморального иммунитета
631. Участие гормональных систем в патогенезе алкоголизма подтверждается появлением у больных:
- a. гипогонадизма
 - b. импотенции
 - c. бесплодия
 - d. повышения либидо
632. Нарушения нейрофизиологических процессов при формировании алкоголизма определяются:
- a. вовлечением в процесс системы, организующей положительное эмоциональное поведение
 - b. торможением негативных зон, входящих в систему отрицательного подкрепления
 - c. устойчивым патологическим состоянием, поддерживаемым за счет формирования матрицы долговременной памяти
633. Современное состояние проблемы наркоманий отражает:
- a. увеличение числа больных среди молодежи и женщин
 - b. изменение мотивов потребления наркотиков – для удовлетворения любопытства или с целью на время забыть будничные трудности
 - c. увеличение числа больных среди молодежи и женщин; изменение мотивов потребления наркотиков – для удовлетворения любопытства или с целью на время забыть будничные трудности
 - d. не верны оба ответа: изменение мотивов потребления наркотиков – для удовлетворения любопытства или с целью на время забыть будничные трудности; увеличение числа больных среди молодежи и женщин; изменение мотивов потребления наркотиков – для удовлетворения любопытства или с целью на время забыть будничные трудности
634. Термин «наркотическое» средство включает в себя следующие критерии:
- a. медицинский
 - b. социальный
 - c. юридический
635. Термин «наркотик» применим:
- a. к тем веществам или лекарственным средствам, которые признаны законом наркотическими
 - b. ко всем веществам или лекарственным средствам, способным вызывать зависимость
 - c. и к тем, и к другим
 - d. ни к тем, ни к другим
636. Термин «наркомания»:
- a. определяется с позиций клинических, медико-юридических и социальных
 - b. применим только в тех случаях злоупотребления соответствующими веществами или лекарственными средствами, если они законом признаны наркотическими
 - c. определяется с позиций клинических, медико-юридических и социальных; применим только в тех случаях злоупотребления соответствующими веществами или лекарственными средствами, если они законом признаны наркотическими

- d. не верны оба ответа: определяется с позиций клинических, медико-юридических и социальных; применением только в тех случаях злоупотребления соответствующими веществами или лекарственными средствами, если они законом признаны наркотическими
637. Диагноз «наркомания» включает совокупность признаков:
- a. немедицинское применение веществ или лекарственных средств, признанных законом наркотическими
 - b. развитие психо-физической зависимости
 - c. появление медико-социальных последствий
638. В настоящее время для наркоманий характерны все перечисленные тенденции, исключая:
- a. появление новых форм наркотиков, смену их
 - b. склонность к комбинированному приему наркотиков
 - c. рост числа женщин, злоупотребляющих наркотиками
 - d. преимущественное употребление средств растительного происхождения
 - e. появление новых путей введения наркотиков
639. Среди факторов, способствующих распространению наркоманий, отмечают:
- a. неблагоприятные социально-экономические условия
 - b. социально-психологические факторы
 - c. и те, и другие
 - d. ни те, ни другие
640. В систему организации помощи при наркоманиях в РФ входит:
- a. сосредоточение в руках государства фармацевтической промышленности и аптечной сети
 - b. государственная система здравоохранения
 - c. контроль уполномоченными государственными учреждениями за производством, хранением и отпуском наркотиков
641. Правовые акты, направленные против наркоманий, принимаются на всех перечисленных уровнях, кроме:
- a. уголовного законодательства РФ
 - b. соответствующей статьи Закона о здравоохранении
 - c. правовых актов Министерства здравоохранения РФ
 - d. постановлений исполкомов, территориальных округов
642. Законодательные акты РФ предусматривают уголовную ответственность:
- a. за нарушение правил хранения, продажи и применения наркотических средств
 - b. за вовлечение, особенно несовершеннолетних, в употребление наркотических средств
 - c. и за то, и за другое
 - d. ни за то, ни за другое
643. Медицинскую помощь больным наркоманией оказывают:
- a. в специализированных отделениях наркологических больниц
 - b. в наркологических диспансерах по месту жительства
 - c. в специализированных лечебно-трудовых профилакториях
644. Ведущими звеньями патогенеза наркоманий являются все перечисленные, кроме:
- a. нарушения функции катехоламиновой системы

- b. нарушения транспорта ионов кальция через мембраны нервных клеток
 - c. нарушения обмена серотонина
 - d. перестройки опиатных рецепторов
 - e. нарушения обмена витаминов группы В
645. О роли эйфории в развитии наркомании свидетельствуют все перечисленные утверждения, исключая:
- a. применение в качестве наркотика вещества с положительным действием на психическую сферу
 - b. увеличение доз наркотика (повышение толерантности)
 - c. введение наркотика наиболее эффективным путем
 - d. немедикаментозные способы усиления действия наркотика
 - e. применение нейролептиков для усиления действия наркотика
646. В формировании зависимости решающее значение имеют следующие психофармакологические эффекты, свойственные наркотикам:
- a. подъем эмоционального фона (покой, блаженство, радость)
 - b. благоприятный сдвиг в физическом самочувствии (соматическое наслаждение)
 - c. благоприятный сдвиг в психическом самочувствии (интеллектуальное «просветление», «подъем»)
 - d. ощущение общего подъема жизнедеятельности, изменение восприятий в сторону экстремально положительного для субъекта значения
647. В отличие от ряда анальгетиков, оказывающих диффузное изменение функций мембран, опиаты:
- a. избирательно влияют лишь на определенные рецепторные мембраны
 - b. специфически локализуются в различных областях мозга
648. Опиатные рецепторы характеризуются:
- a. присутствием только в нервной ткани
 - b. локализацией только вблизи путей, проводящих болевые ощущения
 - c. существованием нескольких типов (субстратная специфичность)
 - d. специфичностью для восприятия определенного вида медиаторов в мозге
649. Опиатные рецепторы являются преимущественно рецепторами:
- a. энкефалина
 - b. алкоголя
650. Опиатная пептидергическая система включает в себя все перечисленное, исключая:
- a. метионин-энкефалин
 - b. лейцин-энкефалин
 - c. β -эндорфин
 - d. пролактин
651. Механизм действия наркотиков на ЦНС заключается в специфическом эффекте:
- a. угнетения окислительных ферментов и подавления дыхания ткани нервной клетки
 - b. нарушения проницаемости клеточных мембран
 - c. деполяризации синаптических участков
 - d. нарушения механизма передачи нервных импульсов
652. Холинергические механизмы в реализации действия наркотиков осуществляются в связи с их способностью:

- a. тормозить активность холинэстеразы и повышать концентрацию мозгового ацетилхолина
 - b. высвободить гистамин, в результате чего увеличивается выделение адреналина с мочой и высвобождение катехоламинов из надпочечников и симпатических нервов (периферический эффект)
 - c. тормозить активность холинэстеразы и повышать концентрацию мозгового ацетилхолина; высвободить гистамин, в результате чего увеличивается выделение адреналина с мочой и высвобождение катехоламинов из надпочечников и симпатических нервов (периферический эффект)
 - d. не верны оба ответа: тормозить активность холинэстеразы и повышать концентрацию мозгового ацетилхолина; высвободить гистамин, в результате чего увеличивается выделение адреналина с мочой и высвобождение катехоламинов из надпочечников и симпатических нервов (периферический эффект)
653. Адренергические механизмы в реализации действия наркотиков осуществляются опосредованно:
- a. гистамином
 - b. гормонами гипофиза
 - c. через кровоток
 - d. посредством прямой нервной стимуляции
654. В основе формирования толерантности и физической зависимости от наркотиков лежат:
- a. изменения синтеза и метаболизма белков и биогенных аминов в ЦНС
 - b. нарушения структуры наркотических рецепторов мозга
 - c. нарушение транспорта ионов кальция через мембраны нервных клеток
 - d. нарушения метаболизма норадреналина, дофамина и серотонина
655. В основе синдрома психической зависимости от наркотика лежит нарушение обмена норадреналина, приводящее:
- a. к эмоциональному дискомфорту
 - b. к психическому дискомфорту
 - c. к падению общего тонуса
 - d. к снижению работоспособности
656. В основе соматических, неврологических и психических нарушений при хронической интоксикации наркотиками лежат:
- a. нарушения функций ферментов
 - b. нарушения в системе нейромедиаторов
 - c. токсические эффекты
 - d. нарушения обмена кальция
657. Мотивами потребления наркотиков чаще всего являются:
- a. удовлетворение любопытства
 - b. желание отвлечься от будничных трудностей
 - c. необходимость признания «своим» в микрогруппе
 - d. желание испытать новые ощущения
 - e. все перечисленные
658. Среди этиологических факторов развития наркоманий различают все перечисленные, кроме:
- a. социальных
 - b. биологических
 - c. психологических

- d. генетических
 - e. медицинских
659. Основной причиной (причиной первого порядка) развития наркомании являются:
- a. неправильное воспитание в семье
 - b. специфические человеческие личностные свойства индивидуума
 - c. социальные условия
660. Чаще всего наркомания формируется у лиц:
- a. с дефектами воспитания
 - b. с личностными девиациями
 - c. с нарушениями социальной адаптации
661. Больным наркоманией в преморбиде присущи все перечисленные особенности, кроме:
- a. черт психического инфантилизма
 - b. высокой частоты перинатальной и ранней постнатальной патологии
 - c. затруднений в адаптации
 - d. различных психопатологических расстройств (логоневроз, невротические реакции, гипердинамический синдром и др.)
 - e. паранойяльности
662. Несмотря на полиморфизм личностных особенностей, больных наркоманией объединяют сходные особенности все перечисленных сфер, кроме:
- a. соматической
 - b. эмоциональной
 - c. волевой
 - d. поведенческой
663. Преморбид больных наркоманией характеризуется всем перечисленным, кроме:
- a. возбудимости
 - b. чувства несвободы
 - c. невозможности действовать и проявлять свою эмоциональность непосредственно
 - d. сформированности индивидуальных интересов
 - e. непоследовательности и лабильности
664. Для наркоманов закономерны личностные особенности, касающиеся всего перечисленного, кроме:
- a. темперамента, аффективности
 - b. уровня развития личности
 - c. общения индивидуума
 - d. способности к адаптации
665. Особенности формирования наркоманий у лиц с психическими нарушениями зависят:
- a. от прогрессивности психического заболевания
 - b. от этапа течения психического заболевания (позитивные или негативные расстройства)
 - c. от характерологических особенностей больного
666. Из перечисленных факторов в группу высокого риска формирования наркоманий у подростков относят все, исключая:
- a. социально-неблагополучные семьи (низкий образовательный уровень, четкая корыстная ориентация, многобрачие и т.д.)

- b. алкоголизм, наркомании у родителей, ближайших родственников
 - c. патологические формы поведения
 - d. наличие хронических соматических заболеваний
667. Обязательными социальными факторами риска возникновения наркоманий у девочек являются все перечисленные, кроме:
- a. доступности наркотика
 - b. общения с наркоманами
 - c. курения, алкоголизации
 - d. соматической отягощенности
668. Преморбид подростков-наркоманов характеризуется всем перечисленным, исключая:
- a. очень узкий круг интересов
 - b. отсутствие стремления к знаниям, учебе
 - c. бедность эмоций
 - d. снижение волевой сферы
 - e. склонность к сверхценным образованиям
669. Из перечисленных определений преморбида подростков-наркоманов наиболее вероятным следует считать:
- a. дизгармонический психический инфантилизм
 - b. акцентуацию характера
 - c. задержку психического развития
670. Из перечисленных мотивов употребления одурманивающих средств подростками наиболее вероятными следует считать:
- a. стремление изменить свое психическое состояние в благоприятную сторону
 - b. стремление к веселью
 - c. стремление к познанию внешнего мира, овладению новыми факторами внешней среды
671. Подростки употребляют одурманивающие средства преимущественно со следующим действием, исключая:
- a. эйфоризирующее
 - b. «развлекательное»
 - c. стимулирующее
 - d. вызывающее грубое опьянение
672. К особенностям клиники наркоманий у подростков относится все перечисленное, кроме:
- a. практически синхронного развития синдрома психической зависимости и синдрома измененной реактивности
 - b. преобладания в структуре абстинентного синдрома возбуждения парасимпатической нервной системы
 - c. трудности дифференциации неуправляемости в компульсивном влечении к одурманивающему средству с изначальными нарушениями поведения
 - d. определения дозы употребляемого подростком одурманивающего средства не толерантностью, а иерархией в группе
 - e. изначально одиночного употребления одурманивающего средства
673. К особенностям наркоманий у девочек по сравнению с мальчиками относятся:
- a. значительная соматическая отягощенность в преморбиде

- b. более неблагоприятное течение заболевания, выражающееся ускоренным развитием большого наркоманического синдрома
 - c. более высокая частота депрессивных расстройств и аутоагрессии
 - d. большая выраженность интеллектуально-мнестических расстройств, ранняя психосоциальная дезадаптация
 - e. все перечисленные утверждения
674. Абсолютным признаком сформировавшегося влечения к наркотику у подростков является:
- a. одиночное употребление наркотика
 - b. групповое употребление наркотика
 - c. одиночное употребление наркотика; групповое употребление наркотика
 - d. не верны оба ответа: одиночное употребление наркотика; групповое употребление наркотика
675. Абстинентный синдром у подростков-наркоманов проявляется всем перечисленным, исключая:
- a. падение артериального давления, обмороки
 - b. гипотонию мышц
 - c. бледное, осунувшееся, с липким потом лицо, запавшие глаза
 - d. возбуждение, агрессивность
 - e. тахикардию
676. Синдром сопутствующих последствий у подростков-наркоманов проявляется:
- a. поражением «фростовых точек» (эндокринной и психической систем)
 - b. задержкой психического развития
 - c. интеллектуальным снижением
 - d. психопатоподобными изменениями личности
677. Наркогенность вещества определяется всем перечисленным, кроме:
- a. скорости образования зависимости
 - b. вида вещества
 - c. высоты толерантности
 - d. степени психической и социальной инвалидизации
 - e. значения субъективного эффекта вещества
678. Синдром измененной реактивности включает все перечисленное, кроме:
- a. изменения формы потребления одурманивающего вещества
 - b. появления абстинентного синдрома
 - c. изменения толерантности
 - d. исчезновения защитных реакций при передозировке
 - e. изменения формы опьянения
679. К специфическим наркоманическим синдромам относятся все перечисленные, кроме синдрома:
- a. измененной реактивности
 - b. психической зависимости
 - c. физической зависимости
 - d. последствий злоупотребления наркотиками
680. Начало формирования наркомании определяется всем перечисленным, кроме:
- a. абстинентного синдрома

- b. благоприятного сдвига в психическом и физическом самочувствии под действием наркотика
 - c. предпочтения определенному наркотику
 - d. регулярности приема наркотика
 - e. угасания первоначального эффекта наркотика
681. Об изменившейся реактивности организма к данному наркотику свидетельствует:
- a. систематический прием наркотиков
 - b. психическая и физическая комфортность на фоне приема наркотика
 - c. систематический прием наркотиков; психическая и физическая комфортность на фоне приема наркотика
 - d. не верны оба ответа: систематический прием наркотиков; психическая и физическая комфортность на фоне приема наркотика
682. В клинике заболевания у каждого больного наркоманией имеет место:
- a. подъем толерантности
 - b. «плато» толерантности
 - c. падение толерантности
683. Исчезновение защитных реакций при употреблении наркотиков:
- a. свидетельствует о приспособлении организма к уровню постоянной интоксикации
 - b. является диагностически четкой границей стадий наркомании
 - c. свидетельствует о приспособлении организма к уровню постоянной интоксикации; является диагностически четкой границей стадий наркомании
 - d. не верны оба ответа: свидетельствует о приспособлении организма к уровню постоянной интоксикации; является диагностически четкой границей стадий наркомании
684. Наркотическую эйфорию составляют все перечисленные признаки, исключая:
- a. подъем эмоционального фона
 - b. изменения мышления
 - c. неприятные соматические ощущения
 - d. расстройство восприятия
 - e. нарушение сознания
685. У наркомана при сформировавшемся заболевании можно наблюдать все перечисленные формы эйфории, кроме:
- a. нетрансформированной
 - b. энергизирующей
 - c. стимулирующей
 - d. тонизирующей
686. Симптом изменения формы опьянения в клинике наркоманий проявляется:
- a. при сформировавшемся систематическом приеме наркотика
 - b. при установлении высокой толерантности
 - c. при исчезновении защитных реакций на передозировку
687. Об изменении состояния опьянения у наркомана свидетельствуют все перечисленные признаки, кроме:
- a. исчезновения сомато-вегетативных эффектов наркотика
 - b. исчезновения седативного эффекта
 - c. появления амнезий

- d. повышения интенсивности эйфории
 - e. появления парадоксальных и извращенных психических эффектов
688. Синдром психической зависимости от наркотика включает все перечисленное, исключая:
- a. obsessive влечение к наркотику
 - b. абстинентное нарушение
 - c. способность достижения психического комфорта в интоксикации
689. Все утверждения в отношении психического влечения к наркотику верны, кроме:
- a. неспецифичности
 - b. определения настроения эмоционального фона больного
 - c. нарушений поведения больного в момент актуализации
 - d. перестройки психической жизни больного
 - e. изменения социальной ориентации личности
690. О сформировавшемся obsessive влечении к наркотику свидетельствует все перечисленное, кроме:
- a. перестройки сферы интересов больного
 - b. мыслей о наркотиках, подобных овладевающим представлениям
 - c. изменения круга общения
 - d. собственной инициативы в учащении приема наркотика
 - e. состояния перестройки всех функциональных систем в ответ на интоксикацию
691. Обострению психического влечения к наркотику способствует все перечисленное, исключая:
- a. конфликты, не связанные с наркотизацией
 - b. неприятные соматические ощущения
 - c. встречи с людьми, в компании которых принимались наркотики
 - d. разговор о наркотиках
 - e. появление нового сильного увлечения
692. При сформировавшемся психическом влечении в отсутствии наркотика обязательны:
- a. психический дискомфорт
 - b. вегетативные нарушения
 - c. нарушения сна
693. О психическом дискомфорте в отсутствии наркотика у больного свидетельствуют все перечисленные симптомы, кроме:
- a. общей депрессивности
 - b. невозможности сконцентрировать внимание на чем-либо, кроме наркотика
 - c. расслабленности, рассеянности
 - d. пониженного настроения
 - e. агрессивности
694. Состояние психического комфорта в интоксикации наркотиком – это:
- a. не синоним эйфории, а «уход от недовольства», от дискомфорта трезвости
 - b. состояние оптимального психического функционирования наркомана
 - c. условие благополучного психического состояния наркомана
 - d. восстановление психических функций
 - e. все перечисленное
695. Синдром физической зависимости от наркотика включает все перечисленное, кроме:
- a. compulsive влечения

- b. способности достижения физического комфорта в интоксикации
 - c. абстинентного синдрома
 - d. способности достижения психического комфорта в интоксикации
696. Компульсивное влечение к наркотику возникает во всех перечисленных состояниях, кроме:
- a. I стадии наркомании
 - b. вне интоксикации
 - c. на спаде интоксикации
 - d. в структуре абстинентного синдрома
697. Все утверждения в отношении компульсивного влечения к наркотику верны, кроме:
- a. возникновения с началом II стадии наркомании
 - b. представления всего содержания сознания больного в определенный момент
 - c. диктата поведения больного
 - d. сопровождения вегетативными стигмами
 - e. неспецифичности
698. Компульсивное влечение к наркотику характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:
- a. неодолимости
 - b. чрезвычайной интенсивности
 - c. специфичности
 - d. несобранности, рассеянности больного
 - e. аффективной напряженности
699. Вегетативные и неврологические нарушения, сопровождающие компульсивное влечение к наркотику, выражаются всем перечисленным, кроме:
- a. гипергидроза
 - b. миоза
 - c. тремора
 - d. гиперрефлексии
 - e. сухости во рту
700. Общими чертами актуализации компульсивного влечения к наркотику для всех форм наркоманической зависимости являются все перечисленные, исключая:
- a. внезапное ухудшение настроения
 - b. появление раздражительности
 - c. ухудшение аппетита, сна
 - d. появление головной боли
 - e. злобность, напряженность
701. Апогей компульсивного влечения к наркотику:
- a. клинически выражается одинаково при всех формах наркомании
 - b. специфичен для каждой формы наркомании
 - c. клинически выражается одинаково при всех формах наркомании; специфичен для каждой формы наркомании
 - d. не верны оба ответа: клинически выражается одинаково при всех формах наркомании; специфичен для каждой формы наркомании
702. Специфичность компульсивного влечения для частной формы наркотизации доказывает все перечисленное, исключая:
- a. возможность подавления влечения к данному наркотику другим наркотиком

- b. комфортность физического состояния
 - c. достижение психического удовлетворения
703. Состояние физического комфорта в интоксикации обеспечивает доза наркотика:
- a. необходимая
 - b. достаточная
 - c. и та, и другая
 - d. ни та, ни другая
704. Способность достижения физического комфорта в интоксикации свидетельствует о том, что после развития физической зависимости:
- a. удовлетворительный функциональный уровень жизнедеятельности организма наркомана возможен только при условии поддержания какого-то уровня интоксикации
 - b. уровень интоксикации адекватен глубине физической зависимости
 - c. удовлетворительный функциональный уровень жизнедеятельности организма наркомана возможен только при условии поддержания какого-то уровня интоксикации; уровень интоксикации адекватен глубине физической зависимости
 - d. не верны оба ответа: удовлетворительный функциональный уровень жизнедеятельности организма наркомана возможен только при условии поддержания какого-то уровня интоксикации; уровень интоксикации адекватен глубине физической зависимости
705. Формирование абстинентного синдрома свидетельствует о становлении всех перечисленных состояний, кроме:
- a. I стадии наркомании
 - b. II стадии наркомании
 - c. синдрома физической зависимости
706. Наиболее характерным для «молодого» абстинентного синдрома является:
- a. преобладание возбуждения парасимпатического отдела вегетативной нервной системы
 - b. преобладание возбуждения симпатического отдела вегетативной нервной системы
 - c. равная степень возбуждения обоих отделов
707. Различный удельный вес психопатологической и вегетативной симптоматики в структуре абстинентного синдрома обусловлен всем перечисленным, кроме:
- a. формы наркомании
 - b. длительности заболевания
 - c. личности больного
708. В структуре абстинентного состояния более быстро падает удельный вес:
- a. симпатического возбуждения нервной системы
 - b. парасимпатического возбуждения нервной системы
 - c. одинаково быстро падает возбуждение обоих отделов вегетативной нервной системы
709. Нравственно-этическая деградация наркомана проявляется:
- a. паразитическим образом жизни
 - b. разрывом связи с семьей и друзьями, эмоциональным уплощением
 - c. утратой желания трудиться
 - d. эгоцентризмом

710. О психопатоподобных изменениях личности наркомана говорят:
- колебания эмоционального фона
 - раздражительность, возбудимость
 - неспособность критически оценивать свои действия
 - сужение круга интересов
711. К последствиям хронической интоксикации наркотиками при любой форме зависимости относятся:
- прогрессирующее падение активности, энергетического потенциала
 - угасание влечений
 - утрата потребностей как в биологическом, так и в социальном смысле
 - снижение сопротивляемости, прогрессирующее истощение
712. I стадия наркомании клинически выражается всеми перечисленными синдромами, исключая синдром:
- измененной реактивности
 - психической зависимости
 - физической зависимости
713. Диагностическим критерием становления II стадии наркомании является формирование:
- синдрома психической зависимости
 - синдрома физической зависимости
714. III стадия наркомании характеризуется:
- нарастанием истощения систем, определявших симптоматику болезни
 - нарастанием последствий постоянной наркотизации
715. Опасность наркоманий заключается во всем перечисленном, кроме:
- развития жировой дистрофии печени
 - несчастных случаев в состоянии интоксикации
 - выраженной криминогенности
 - суицидов
 - сокращения продолжительности жизни
716. Патоморфоз наркоманий обусловлен всем перечисленным, кроме:
- использования новых синтетических средств
 - использования средств растительного происхождения
 - омоложения состава наркотизирующихся
 - использования новых путей введения наркотиков
717. Критериями для клинической диагностики наркоманий могут служить все перечисленные, исключая:
- данные анамнеза о приеме в качестве лечебного средства наркотика
 - наличие на коже следов частых инъекций, рубцов, мелких абсцессов
 - возникновение абстинентного синдрома
 - наличие психических изменений, возникших вследствие длительного употребления наркотика
 - жировую дистрофию печени
718. Лабораторная диагностика наркоманий основана на обнаружении в биологических жидкостях:
- наркотических веществ

- b. специфических метаболитов наркотических веществ
719. Наркотические вещества или их метаболиты можно обнаружить:
- a. в слюне
 - b. в моче
 - c. в крови
 - d. в поте
720. Лабораторная диагностика наркоманий включает применение следующих методов:
- a. радиоиммунных
 - b. ферментных
 - c. тонкослойной хроматографии
 - d. газовой масс-спектрометрии
721. К достоверным критериям, позволяющим оценивать эпидемиологический аспект алкоголизма среди женщин, относятся все перечисленные, исключая:
- a. самостоятельную обращаемость в наркологические учреждения (число лиц)
 - b. госпитализацию в случаях психических и соматических осложнений, вызванных злоупотреблением алкоголем (число лиц)
 - c. принудительную госпитализацию по линии МВД (число лиц)
 - d. попадание в медицинский вытрезвитель (число лиц)
 - e. попадание в КВД с диагнозом: сифилис и гонорея
722. В отношении мужчин и женщин, страдающих алкоголизмом в РФ вероятен показатель:
- a. 1:5.7
 - b. 1:4.8
 - c. 1:8.4
 - d. 1:23.6
 - e. 1:2.7
723. Преморбидные характерологические особенности личности оказывают влияние на клинику алкоголизма и проявляются во всем перечисленном, кроме:
- a. клинического оформления патологического влечения к алкоголю
 - b. клинического оформления абстинентного синдрома
 - c. формы злоупотребления алкоголем
 - d. клинического оформления амнезий состояния опьянения
724. Учет характерологических особенностей при анализе состояния больного алкоголизмом позволяет:
- a. решать вопросы прогноза
 - b. проводить целенаправленную дифференцированную терапию
 - c. осуществлять профилактику рецидивов заболевания
725. Клиника патологического влечения к алкоголю у больных с характерологическими особенностями неустойчивого круга определяется всем перечисленным, исключая:
- a. формирование влечения и его актуализацию в клинике заболевания под влиянием микросоциальных факторов
 - b. преобладание в клинической структуре влечения признаков, отражающих изменения сомато-вегетативного состояния и поведения больных
 - c. полную неосознаваемость влечения
 - d. невозможность соотнесения отдельных признаков влечения с обострением внутренней потребности в алкоголе

- е. преобладание первичных форм влечения на протяжении заболевания
726. В развитии алкоголизма у женщин наиболее значимы все перечисленные факторы, кроме:
- а. преморбидной характерологической структуры
 - б. наследственности
 - с. социального окружения (характер работы)
 - д. микросоциального окружения (злоупотребляющие алкоголем муж, близкие родственники)
 - е. региона проживания
727. Алкоголизм у женщин развивается наиболее быстро в возрастной группе:
- а. 17-25 лет
 - б. 25-30 лет
 - с. 30-50 лет
 - д. старше 50 лет
728. Удельный вес женщин, страдающих алкоголизмом и алкогольными психозами, отражает показатель:
- а. 6.5%
 - б. 14.3%
 - с. 11.8%
 - д. 10.3%
 - е. 7.8%
729. В генезе алкоголизма у женщин из социальных факторов наиболее значимы все перечисленные, кроме:
- а. семейной неустроенности
 - б. характера трудовой деятельности (работа в сфере обслуживания)
 - с. эмансипации
 - д. региона проживания
 - е. пьянства мужа
730. Факторами, способствующими при неблагоприятных условиях формированию алкоголизма у женщин, являются все перечисленные, кроме:
- а. наследственной отягощенности
 - б. неправильного воспитания
 - с. психогений, обусловленных личными и семейными травмами
 - д. эмоциональной депривации
 - е. недостаточного уровня образования
731. Для преморбиды женщин, страдающих алкоголизмом, характерно все перечисленное, кроме:
- а. ранней детской депривации
 - б. затруднений в адаптации
 - с. аномалий личности
 - д. низкой толерантности к стрессам
 - е. ригидности
732. Риск развития алкоголизма у женщин повышается при всех перечисленных преморбидных особенностях характера, кроме:
- а. неустойчивости
 - б. аффективной лабильности
 - с. возбудимости

- d. шизоидности
 - e. истеричности
733. Среди женщин, больных алкоголизмом, преобладают лица, занятые:
- a. в торговле, сфере услуг
 - b. в промышленности
 - c. в здравоохранении
 - d. в народном образовании
734. С учетом уровня образования среди женщин, больных алкоголизмом, преобладают лица:
- a. с начальным и неполным средним образованием
 - b. со средним специальным образованием
 - c. с незаконченным высшим образованием
 - d. с высшим образованием
735. Для социально-психологического портрета женщин, страдающих алкоголизмом, характерно все перечисленное, кроме:
- a. низкого уровня самоуважения и самооценки
 - b. явлений социально-психологической дезадаптации
 - c. высокой чувствительности к стрессам
 - d. игнорирования ролевых функций
 - e. достаточной способности к адаптации
736. Особенности клиники алкоголизма у женщин являются все перечисленные, кроме:
- a. замедленного темпа формирования
 - b. тенденции к раннему возникновению периодичности в течение заболевания
 - c. преобладания одиночного пьянства
 - d. стойких психопатологических расстройств в абстинентном состоянии
 - e. редуцированности идеаторного компонента патологического влечения к алкоголю
737. Патологическое влечение к алкоголю у женщин характеризуется всем перечисленным, кроме:
- a. пассивного непротивления
 - b. редуцированности идеаторного компонента
 - c. преобладания аффективного компонента
 - d. пароксизмальности возникновения
 - e. преобладания актуализированных форм
738. В отличие от алкоголизма у мужчин, у женщин алкоголизм характеризуется всем перечисленным, исключая то, что:
- a. заболевание формируется ускоренно
 - b. соматическая патология тяжелее и развивается быстрее
 - c. курабельность заболевания худшая
 - d. чаще развиваются психозы
739. С учетом темпа прогрессивности алкоголизм у женщин характеризуется:
- a. умеренной прогрессивностью
 - b. высокой прогрессивностью
 - c. малой прогрессивностью
 - d. всем перечисленным

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10)

1. Способность оценивать симптомы основных наркологических заболеваний (УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6).
2. Навыки планировать объем необходимых обследований для диагностики аддиктивной патологии (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6).
3. Оформлять медицинскую документацию. (УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10).
4. Совместное с врачом-психиатром наркологом обследование и ведение больных (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
5. Осуществление диспансерного наблюдения пациентов с аддиктивной патологией (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6).
6. Оценивать тяжесть состояния больного на основе клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований, выделять и анализировать ведущие синдромы при аддиктивной патологии (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
7. Знать патогенез основных наркологических заболеваний, особенности их течения в различном возрасте (УК-1, ПК-5, ПК-6).
8. Применять на основе научно доказанных методов терапевтический комплекс для лечения аддиктивной патологии (УК-1, ПК-6, ПК-8).
9. Проводить дифференциальную диагностику аддиктивной патологии (УК-1, ПК-5).
10. Умение назначать и выписывать рецепты на психотропные, в том числе по федеральным и региональным льготам (УК-1, ПК-6).
11. Овладеть навыками реабилитации больных с аддиктивной патологией (УК-1, ПК-8).
12. Проводить просветительную работу о ведении здорового образа жизни (УК-1, ПК-2).

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12)

1. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больной Н., 32 года, преподаватель физкультуры, с высшим образованием. До травмы – физически и психически полноценный человек. 3 года назад упал во время упражнения вниз головой. Долго был без сознания. Лежал несколько месяцев в психиатрической больнице (возбуждение с нарушением сознания). При выписке получил инвалидность I группы. Ничего не помнил о случившемся, перестал работать по специальности, стал апатичным, беспомощным. В последнее время устроился на работу грузчиком. На работу водила жена: сам не мог найти дорогу, изредка бывали состояния возбуждения, сопровождающиеся бессмысленным разрушением вещей и агрессией; после ничего не помнил о случившемся. Физически крепкий, прекрасно сложенный, с развитой мускулатурой. Охотно занимается простым физическим трудом; инициативы не проявляет; делает, что прикажут. Предоставленный самому себе, молчалив, апатичен. На работе неуютим. Никаких жалоб на головные боли, головокружение и пр. не высказывает. Вегетативные и вазомоторные нарушения не наблюдаются. Отмечается нерезко выраженный окулостатический феномен. Охотно делает стойку, может долго стоять на руках без всякой вазомоторной реакции. Имеет несколько растерянный вид, не сразу понимает вопросы. Отвечает односложно, короткими фразами, не всегда грамматически правильными. Слова выговаривает отчетливо; повторяет

слова правильно. Названий некоторых предметов не помнит. Считает очень плохо – в пределах первого десятка. Пишет короткими фразами, читает медленно. В месте приблизительно ориентируется, во времени не ориентирован. Тяжелое поражение памяти: не помнит ни ближайших, ни отдаленных событий и дат, не помнит, когда получил травму, давно ли не работает по специальности; не помнит имен близких людей. Запоминание нового особенно нарушено. Внимание фиксируется с трудом. Сообразительность резко снижена. К абстрактному мышлению совершенно не способен. Эмоционально в известной мере сохранен; стремится домой. На вопросы о физическом состоянии всегда отвечает, что чувствует себя хорошо, но если в разговоре подчеркнуть его недостатки (неспособность к счету и т. д.), то на глазах появляются слезы. В спинномозговой жидкости 0,5‰ белка.

Вопрос:

1. Укажите ведущий синдром.
2. Ваш диагноз?

2. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

В 22.15. к дежурному врачу по районной больнице доставили больного К. в бессознательном состоянии. Со слов сопровождавших, К. при задержании передвигался с трудом, падал, не мог самостоятельно подняться с земли. В положении стоя сильно качался. Внятно не ответил ни на один вопрос. По дороге в больницу в машине заснул. В помещении попытка разбудить успеха не принесла. Во время звонка родственникам К. было выяснено, что приблизительно с 19:30 в компании знакомых в течение полутора часов он, закусывая конфетами, выпил около бутылки вина и не менее бутылки водки. Дальнейшие события неизвестны.

При осмотре: На одежде следы рвотных масс. Брюки и нижнее белье мокрые, со свежим запахом мочи. Из рта сильный запах алкоголя. Кожный покров чистый, бледный, холодный, влажный. Губы синюшные. Пульс слабого наполнения, 64 удара в мин., АД 85/40, нижняя граница определяется с трудом. Тоны сердца равномерно приглушены. Дыхание неровное – поверхностные дыхательные экскурсии сменяются глубоким вздохом, частота: 8-10 экскурсий в мин. Сознание выключено. Не реагирует на болевые раздражители. Зрачки одинаково расширены. Реакция зрачков на свет вялая. Роговичный рефлекс ослаблен. Сухожильные рефлексы снижены.

Вопросы:

5. Ваше представление о пострадавшем?
6. Дифференциальный диагноз?
7. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
8. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей помощи?

3. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больной А., 45 лет, обратился за помощью в психиатрическую клинику. Жалобы при поступлении на чрезмерное злоупотребление алкоголем, явления похмелья в утренние часы с рвотой и головной болью, отсутствие аппетита, тягу к алкоголю, быструю утомляемость, низкую работоспособность, ухудшение памяти, бессонницу, сниженное настроение, потерю интереса к окружающей жизни, тревожность, дрожание рук, боль в области сердца, периодическую опоясывающую боль, боль и онемение в области голеней.

Со слов больного и его матери наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Рос и развивался без особенностей. Предпочитал находиться в центре внимания сверстников.

Был склонен к лживости, фантазированию. После средней школы продолжил образование в ПТУ. Работал слесарем. В 19 лет был призван на военную службу. К службе адаптировался легко, имел поощрения от командования. После службы поступил в технический ВУЗ. Учился средне. По окончании ВУЗа работал по специальности. Отношения с начальством на последнем месте работы характеризует как конфликтные, однако на работе было много друзей, которые «сочувствовали и были на его стороне». После с работы занимался мелким бизнесом, несколько раз менял место работы, зарабатывал извозом на личном автомобиле. Последние полгода практически не работает. Около года назад в пьяном виде попал в автокатастрофу. От механической травмы пострадал правый глаз с ослаблением зрения. Проживает в пригороде Санкт-Петербурга в 2-х комнатной квартире. Женат. Отношения с женой конфликтные, «на грани развода». Около года жил с другой женщиной, после ссоры с которой, «вернулся в семью». Имеет двух дочерей. Со старшей дочерью, которая проживает отдельно, отношения также конфликтные. С младшей дочерью пятнадцати лет, отношения хорошие.

Злоупотребляет алкоголем в течение последних 10-15 лет. Из-за пьянства понижался в должности, имел дисциплинарные взыскания. В возрасте 35 лет привлекался к суду чести за нарушение дисциплины и этических норм поведения. Дома в пьяном виде угрожал жене побоями. Жена неоднократно ночевала у соседей. Потом плакал, просил прощения, обещал, что «больше такого не повторится». Шантажировал самоубийством. Пьянство носило практически ежедневный характер. Вместе с тем, после очередного конфликта в семье и на работе самостоятельно прекратил употребление алкоголя. Период трезвости продолжался три года. В дальнейшем возобновил алкоголизацию. Неоднократно лечился амбулаторно у частных врачей. Ремиссии до 3 месяцев. Последний год алкоголь употреблял ежедневно до 0,5 л водки. После автомобильной аварии алкоголизация резко усилилась. Последнее употребление – за два дня до осмотра.

При осмотре: лицо гиперемировано, сосуды склер инъецированы. Отмечаются повышенная потливость, крупноразмашистый тремор. Пульс 94 удара в мин., АД 180/110, выслушивается акцент второго тона на аорте. Живот болезненный при пальпации в эпигастральной области. Печень выступает на 1,5-2 см из-под реберной дуги. На УЗИ определяется изменение плотности печеночной ткани, признаки отека поджелудочной железы. Анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз, повышенная СОЭ.

Сознание не помрачено. Психотических явлений нет. Больной тревожен. Настроение резко снижено. Мышление вязкое, с ипохондрической фиксацией на соматическом состоянии. Высказывает идеи опасения за свою жизнь. Неохотно и формально отвечает на вопросы, касающиеся личной жизни.

В течение первой недели стационарного лечения состояние значительно улучшилось, нормализовались ночной сон, аппетит, настроение. Время проводит среди больных. Общителен, деятелен. Опрятно одет. В беседе подробно и охотно рассказывает о себе. Речь цветистая. Свою жизнь представляет как «цепь нереализованных возможностей», а себя как «жертву обстоятельств и непонимания», «борца за правду». Ищет сочувствия к себе: «Кому нужен слепой инвалид?». Во всех житейских ситуациях обвиняет окружающих. В поведении демонстративен. Особо обращает внимание высказываниями произнесенными «вскользь», о работе на «секретных объектах», что не подтверждается женой и матерью. Установка на прекращение алкоголизации формальная.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

4. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больной И., 67 лет, поступил в психиатрическое отделение переводом из терапевтической клиники, где находился на лечении в течение 7 дней. Со слов больного и его родственников отличался мягким покладистым характером. На протяжении 20 лет занимал крупные должности в машиностроительной отрасли, пользовался большим авторитетом, имел правительственные награды. В настоящее время сохраняет пост в совете директоров промышленного объединения. Однако женой сразу было указано, что его служебные обязанности во многом формальные, что он полностью не владеет ситуацией на производстве, выполняя в основном представительские функции. Длительное время страдает ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью. Десять лет назад перенес мелкоочаговый инфаркт заднебоковой стенки миокарда. Шесть лет назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда. Многие годы злоупотребляет алкоголем. Пьянство носило преимущественно запойный характер, когда несколько недель алкоголь употреблялся ежедневно в больших дозах, затем следовал перерыв 3-4 месяца. В возрасте от 45 до 60 лет имел длительные, по несколько лет, периоды абсолютной трезвости как связанные с противоалкогольным лечением, так и не связанные. Последние шесть лет, после перенесенного инфаркта миокарда, вопреки ожиданиям родственников, алкоголизация существенно усилилась. Периоды между запоями сократились, а продолжительность самих запоев увеличилась. В последний год отмечено повышение чувствительности к алкоголю - стал пьянеть от 50 – 100 г водки. Появилась неразборчивость в спиртных напитках. Был замечен в употреблении суррогатов алкоголя. Отмечены также значительные личностные изменения, ослабление памяти. Стал безынициативным, безразличным к семье, утратил интерес к окружающей жизни. Появилось слабодушие: временами без причины слезлив, иногда в приподнятом настроении. На работу даже в трезвом состоянии не выходит подряд несколько дней. Незадолго до госпитализации по инициативе родственников был осмотрен психиатром. Основанием усомниться в психическом здоровье пациента у родственников были веские причины. Так, больной дал в долг случайному собутыльнику крупную сумму денег. Находясь дома, имея в распоряжении обычный телефон, истратил за неделю на телефонные переговоры по мобильной связи более \$900. На фоне ежедневной алкоголизации появились жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы. Был госпитализирован в терапевтическую клинику.

В переводном эпикризе, в частности указано, что больной был доставлен скорой помощью с диагнозом направления «острый инфаркт миокарда». При поступлении имелись жалобы на боли за грудиной, одышку в покое, головную боль, головокружение. АД: 210/140. При обследовании инфаркт миокарда не был подтвержден. Был установлен диагноз: «Ишемическая болезнь сердца. Атеросклеротический кардиосклероз. Недостаточность кровообращения 2 степени. Гипертоническая болезнь 2 – 3 стадии, алкогольный абстинентный синдром». На 2 сутки лечения антигипертензивными и коронаролитическими средствами боли за грудиной исчезли, одышка заметно уменьшилась, АД стабилизировалось на показателях 180/110. На фоне улучшения соматического состояния на 3 сутки появились повышенное потоотделение, выраженный тремор, суетливое возбуждение. Среди ночи собрал вещи. Заявил, что надо срочно на работу и что его ждет машина. Тихо разговаривал сам с собой. Заявил медсестре, что ему уже несколько раз звонили с работы и из дома по телефону. После внутримышечной инъекции диазепама 0,5% - 4 мл, спал до утра. Днем была нарушена ориентировка: самостоятельно не мог найти столовую и туалет. Дезориентировка в окружающем была отмечена и на следующий день. На пятые сутки лечения в месте, времени и собственной личности ориентировался правильно. Отмечались выраженная астения, апатия. События прошедших двух дней почти не помнил. В последующие дни состояние без

существенной динамики. По настоянию родственников согласился на перевод в клинику психиатрии.

При осмотре: Сознание не помрачено. Психотических явлений нет. Память на недавние события ослаблена. По записи на бумаге называет имя врача, профессора и полное название терапевтической клиники. Настроение не снижено. Безразличен к окружающей обстановке, «всем доволен». Считает, что «уже вылечился», но согласен остаться в клинике «как скажет врач». Мимика бедная. Отмечаются элементы идеаторной и моторной заторможенности. В беседе формален, пассивен. На вопросы отвечает преимущественно односложно. Содержанием лечения не интересуется. Критика к своему состоянию отсутствует. Сторонится других больных, время проводит в одиночестве.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию медицинской помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

5. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больной М., 40 лет. Жалобы: на плохое самочувствие, тремор пальцев, слабость, головную боль, беспокойство, бессонницу, «запойное» злоупотребление алкоголем. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Раннее развитие без особенностей. Образование высшее. Женат, имеет дочь 15 лет. В настоящее время работает авиадиспетчером. Впервые попробовал алкоголь в 16-летнем возрасте – выпил в компании одноклассников 250 мл крепленого вина, после чего на фоне опьянения была многократная рвота. До 35 лет алкоголь употреблял умеренно «по праздникам и выходным». Систематически употребляет алкоголь в течение последних 5 лет, с целью «расслабиться, снять напряжение». Пьет преимущественно крепкие спиртные напитки и пиво. Толерантность до 1 литра 40% водки в сутки. Отмечает «провалы в памяти» в состоянии опьянения. В последние два года отметил, что по утрам остро чувствует тягу к алкоголю, «разбитость», тошноту, потливость, дрожание рук, пребывает в плохом настроении, «все раздражает». Эти явления снимаются приемом 100-150 мл водки. Во второй половине дня вновь появляются и нарастают указанные явления. Пытается самостоятельно контролировать потребление алкоголя. В последний год воздерживается от любого алкогольного напитка в среднем около двух месяцев, потом следует «срыв». Указывает, что срыву предшествует «какое-нибудь событие: праздник, встреча с сослуживцами, неприятности по работе и т.д.». Пьет запоем от 3 до 7 дней. Из запоя выходит с медицинской помощью – вызывает на дом врача-нарколога. Последнее употребление алкоголя в течение трех дней до 0,5-0,7 литра водки в сутки.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Лицо отечно, гиперемировано. Выраженный запах алкоголя изо рта. Температура тела 37,1 град. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 150/100. Тоны сердца ясные, звучные, границы в пределах нормы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Выраженный дистальный гипергидроз, тремор пальцев рук, шаткость походки. Сознание не помрачено. Психотических расстройств нет. Настроение снижено. Контакт продуктивный, отвечает в плане задаваемых вопросов, извиняется, раскаивается. Неусидчив, тревожен, просит быстрее оказать помощь. Мышление без структурных нарушений, темп несколько замедлен. Интеллект в целом сохранен. Критика к своему заболеванию формальная.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

6. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больной Д. 20 лет, слесарь по ремонту автомобилей. Жалобы: на влечение к алкоголю, потерю контроля над выпитым количеством алкоголя, эпизодическую «потерю памяти» после алкогольного эксцесса, агрессивность в состоянии опьянения. Наследственность не отягощена. В дошкольном возрасте воспитывался исключительно дома бабушкой и матерью без отца. Родные максимально старались опекать пациента, стремились угодить его желаниям и искусственно ограничить круг его общения. Сформировался возбудимым, не терпящим возражений подростком. По незначительным поводам отмечались «истерики». Испытывал трудности в общении со сверстниками. Окончил начальную среднюю школу и ПТУ, по всем предметам успевал слабо. Работает автослесарем. Алкоголь употребляет с 18 лет. Год назад в пьяном состоянии получил закрытую черепно-мозговую травму, с потерей сознания до 5-7 минут, рвотой, последующим головокружением. Лечился стационарно с диагнозом «сотрясение головного мозга». В последние месяцы систематически после работы в компании товарищей по работе, с перерывами в 1-2 дня, употребляет алкоголь. Вне приема алкоголя испытывает душевный дискомфорт с явлениями «тоски, скуки». Потребность выпить появляется спонтанно, без борьбы мотивов. Другими словами, не задумывается о последствиях злоупотребления, не учитывает мнения окружающих и близких, и не предпринимает каких-либо попыток регулировать потребление алкоголя. При употреблении относительно небольших доз алкоголя (бутылка пива, стакан сухого вина, рюмка водки и т.д.) у пациента появляется непреодолимое желание продолжить выпивать. В результате теряется контроль над количеством выпитого алкоголя, что приводит к тяжелому опьянению. Рвотный рефлекс отсутствует. Толерантность до 0,5 л водки в день. В опьянении становится агрессивным, вспыльчивым. Неоднократно совершал в пьяном виде хулиганские действия. Задерживался полицией. Изредка отмечает «провалы в памяти» на следующий день после алкогольного эксцесса. На утро, после алкогольного эксцесса, беспокоят головная боль, слабость, сердцебиение, неприятный вкус во рту. Употребление алкоголя по утрам, равно как и желание «опохмелиться» отрицает. Ранее за наркологической помощью не обращался. Обратился в клинику по настоянию матери. Последний раз употреблял алкоголь два дня назад – 10 бутылок пива.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 80 уд/мин, ритмичный. АД=125/70. Тоны сердца ясные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Без очаговой неврологической симптоматики. Сознание не помрачено. Психотических явлений нет. Настроение ситуационно снижено. Напряжен. Отвечает в плоскости задаваемых вопросов. Больным алкоголизмом себя не считает, утверждает, что может «пить умеренно». Лжив, пытается представить себя в лучшем свете. Дистанцию между собой и врачом не соблюдает. Жует резинку, смотрит в потолок и по сторонам – всем своим видом демонстрируя отсутствие интереса к происходящему. Легко раздражается по незначительному поводу, например сделанному замечанию. При изложении событий, связанных с употреблением алкоголя, заметно оживляется, что проявляется богатой мимикой, жестикуляцией. Охотно развивает тему, но сразу замыкается, если врач указывает на негативные последствия злоупотребления алкоголем. Интеллект соответствует

полученному образованию и жизненному опыту. При тестировании отмечено некоторое снижение оперативной памяти. Мышление без структурных нарушений, темп нормальный. Формально соглашается о необходимости стационарного обследования и лечения, но больным себя не считает. Критика снижена.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

7. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больной К., 40 лет, врач. Жалобы на быструю утомляемость, неустойчивое настроение с тенденцией к снижению, повышенную потливость, бессонницу. Рос и развивался без особенностей. Успешно закончил школу и медицинский институт. Кандидат медицинских наук. Доцент. Заведующий хирургическим отделением крупной больницы. Часто имеет суточные дежурства или работает до позднего вечера. Женат, двое детей. Отношения в семье хорошие. Себя характеризует как общительного, энергичного человека. Вместе с тем в последний год отмечает подавленность, что связывает с большими психоэмоциональными нагрузками, конфликтными ситуациями на работе и материальными трудностями.

Алкоголь употребляет с 14 лет. До 30 лет предпочитал вино или пиво. Затем наряду с пивом, достаточно часто стал употреблять крепкие спиртные напитки. Отмечает, что в молодости были периоды «настоящего пьянства», сменявшиеся периодами умеренного употребления алкоголя. Периоды «настоящего пьянства» связывает с влиянием среды. Алкоголь употреблял в компании, как правило, в хорошем настроении. Переносимость алкоголя хорошая. Рвотный рефлекс сохранен на высокие дозы алкоголя. Толерантность до 0,5 л водки в сутки. В большинстве случаев дозу контролирует, но иногда «заводится». Появляется «тяга», не может остановиться и доводит себя до пьяного состояния. В таких случаях утром чувствует себя очень плохо. Болит голова, сердце, желудок. Два года назад наметилась тенденция к ежедневному вечернему употреблению алкоголя. Сообщает, что алкоголь позволяет быстро расслабиться. Заметил, для того чтобы «расслабиться» последние полгода требуется значительно больше водки или коньяка – до 150 г. По этому поводу жена стала делать замечания. Выпивать начал по дороге домой или на работе. «В этом случае жена не может определить, сколько я выпил, пятьдесят или сто пятьдесят». После массивной алкоголизации отмечает тревожность, чувство вины, сниженное настроение, бессонницу. В этих случаях самостоятельно принимает транквилизаторы. Лекарства значительно облегчают состояние. Предположил, что изменение настроения и активности может быть связано с алкоголем. Обратился за консультативной помощью.

При осмотре: Сознание не помрачено. Психотических явлений нет. Настроение ровное. В беседе активен, откровенен, задает много вопросов. Мышление без особенностей. Интеллект высокий. Отмечается повышенная потливость и тахикардия. Критика к своему состоянию полная. Сообщает о желании прекратить регулярное употребление алкоголя, однако считает, что изредка следует «расслабляться».

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

8. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больной М., 37 лет, сотрудник охрannого предприятия. Жалобы на раздражительность, неустойчивое настроение. Рос и развивался одновременно со сверстниками. Отмечает, что с детства «укачивало» в транспорте, в жару терял сознание. Закончил школу, военное училище. Демобилизовался в возрасте 33 лет по сокращению штатов в звании капитана. Непродолжительное время служил в органах МВД, затем в охрannой фирме. Служба связана с частыми суточными дежурствами. Всегда отличался упрямством, педантичностью, ответственностью, аккуратностью. На все имел свое мнение, с трудом принимает чужую точку зрения. Испытывал трудности в межличностных контактах. По характеру вспыльчивый, упрямый. Женат, имеет ребенка. Жену ревнует, старается ограничить ее социальные контакты. Неоднократно среди ночи внезапно приезжал домой с дежурства. Объяснял свой приезд надуманным предлогом. Жене было очевидно, что он контролирует ее поведение.

Алкоголь употребляет с 14 лет. Длительное время алкоголь переносил плохо. После незначительных доз часто появлялась головная боль. Вместе с тем, алкоголь в количестве до 150 мл водки употребляет 3-4 в неделю, после дежурства, с целью «расслабиться». Пьет только дома. При употреблении 300 и более грамм водки появляется фонтанирующая рвота. Характерны эпизоды выпадения памяти на период опьянения. Кроме того, в состоянии опьянения бывает агрессивным, подозрительным.

Накануне вечер проводил с женой и ее подругой. Пили сухое вино и коньяк. Со слов жены выпил около 300 мл коньяка и 500 мл вина. Внезапно выключился из беседы. Взгляд стал отрешенным. Затем с нечленораздельным криком вскочил с места и начал метаться по кухне. «Был просто страшен». На обращенную к нему речь не реагировал. «Как будто нас не видел». Стереотипно выкрикивал одно слово «нет». Начал крушить мебель, бить посуду. Разрушительные действия были хаотичными. Через 10-15 минут обмяк, сел на пол, через минуту упал и заснул. Спал три часа. Не мог понять, что произошло. Категорически отказывался верить, что все сделал он.

При осмотре: Сознание не помрачено. Психотических явлений нет. Настроение ровное. Мышление обстоятельное, вязкое. О себе рассказывает очень осторожно. Обдумывает каждый вопрос. Охотно говорит на отвлеченные темы, например о политике, нравах в обществе. Возбуждается. Категоричен в суждениях и оценках. На сделанный врачом комплимент жене весь напрягся. Напуган тем, что произошло. Заявляет, что с «водкой закончено». От госпитализации отказался.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

9. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больной М., 38 лет. Известно, что больной был снят полицией с пассажирского поезда. Со слов проводника больной сел в поезд в Новосибирске в сильно пьяном состоянии. В поезде пил со случайными попутчиками, постоянно, почти не закусывая, с небольшими перерывами на сон и исключительно водку. Трезвым больного не видели ни разу. При подъезде к Санкт-Петербургу стал возбужденным, кричал, врывался в чужое купе. Из выкриков больного

можно было понять, что его «преследует мафия», в поезде «едут террористы», за ним «следят», «хотят убить». Требовал вызвать «специальные войска». Не поддавался каким-либо уговорам успокоиться. По совету одного из пассажиров больному налили стакан водки. Выпив стакан, сразу заснул. Спустя несколько часов проснулся, и заперся изнутри в пустом купе. Во время остановки разбил окно и попытался вылезти наружу. Был задержан.

При осмотре: Лицо отечно, гиперемировано. Лицо и руки в свежих порезах, окровавлены. Пульс 110 уд/мин. АД 160/100. Из рта сильный запах алкоголя. Отмечается генерализованный тремор, горизонтальный нистагм. Продуктивный контакт с больным затруднен из-за психомоторного возбуждения. Правильно называет свои паспортные данные, время, проведенное в пути, пункт назначения. Осознает, что находится в пикете полиции. Кричит, что его хотят убить, «милиция подкуплена». Отказывается принимать лекарства: «в шприце – яд». Внезапно бросился к двери, но остановился. «За дверью кто-то есть, я знаю». Говорит, что видел террористов: «Это были бородатые кавказцы». Описать их внешность не может.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

10. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больной И., 52 года. Безработный. Рос и развивался без особенностей. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Получил рабочую специальность. После службы в армии пришел рабочим на химический завод, где и работал вплоть до увольнения пять лет назад. Родственники характеризуют больного в прошлом как покладистого, несколько легкомысленного человека. В разводе. Имеет здоровую взрослую дочь, и младшую 15 лет, страдающую олигофренией. Последний год живет в семье, так как комнату, которая досталась больному после развода, продал, а деньги пропил. Алкоголем злоупотребляет с 30 лет. Пьянство носило за редкими перерывами ежедневный характер. Употреблял преимущественно разведенный до 40% спирт, который в изобилии имелся на производстве. В течение 30 лет на наркологическом диспансерном учете. Неоднократно безуспешно лечился стационарно от алкоголизма. После лечения и социально-реабилитационной программы был направлен на родной завод. Руководство завода определило больного на работу без доступа к спирту. В течение трех лет воздерживался от употребления алкоголя. Посещал общество трезвости. В дальнейшем снова стал выпивать. Вновь лечился стационарно. Дважды переносил алкогольные психозы. Толерантность снизилась до 100 г водки. В период кризиса, около года работал на заводе практически без зарплаты. Не увольнялся, так как, по мнению родственников, получил доступ к спирту. Был уволен с предприятия за прогулы. Без работы окончательно опустился, собирал бутылки, попрошайничал, воровал. В пивной допивал пиво из чужих кружек. В последний год родственники отметили у больного грубые нарушения памяти, беспричинный смех, дурашливость, нелепое поведение.

При осмотре: Жалобы на сильные боли и нарушение чувствительности в нижних конечностях. Данных за алкогольное опьянение нет. Сильно выражены признаки дистрофии: истощен, кожа шелушится, отсутствует большая часть зубов, катаракта на обоих глазах. Отмечается, напоминающий Паркинсонизм, генерализованный тремор; шаткая походка, резкая боль при пальпации нижних конечностей в проекции нервных стволов. Ориентировка грубо нарушена. Не может правильно назвать год. Считает, что находится не в клинике, а на Финляндском вокзале. Заявляет, что только что прибыл из Краснодара, хотя никогда в нем не был. Память нарушена по типу фиксационной амнезии – вновь стал знакомиться с лечащим

врачом, после того как тот ненадолго вышел из приемного отделения. Эйфоричен. Смеется. Повторяет: «Дай водки, водки дай».

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

11. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больной Л., 43 года, мичман. Активно жалобы не предъявляет. Рос и развивался одновременно со сверстниками. Отец всегда был холоден к сыну, отличался упрямством, жадностью, конфликтностью. Злоупотреблял алкоголем. Мать – малообщительная женщина. В настоящее время страдает опухолью головного мозга. После школы получил среднее техническое образование. Был призван в ВМФ. Зарекомендовал себя с хорошей стороны, был направлен на учебу в школу мичманов. После выпуска пять лет служил на кораблях, затем продолжил службу в береговой части. Исполняет обязанности кладовщика. Длительное время увлекался фотографией. Специально учился, участвовал в выставках. По службе в целом характеризуется положительно, однако в характеристике указывается на факты злоупотребления алкоголем. Женат, два сына 22 и 18 лет. Жена старше мужа на 5 лет. Характеризует мужа как «ревнивого», «нудного», склонного «читать нотации», «не терпящего возражений». Отмечает, что часто бывает «мрачным». После семейных конфликтов долго не разговаривает с женой или детьми. В последние годы супруги пребывают в «натянутых отношениях», живут в разных комнатах. Жена содержит семью, имеет собственный круг общения, в который мужа допускает неохотно. Значительное усиление алкоголизации с 35 лет. Практически ежедневно после службы пьет водку или пиво. Часто употребляет низкосортный алкоголь. За последние годы существенно «деградировал». Полностью прекратил заниматься фотографией. Резко сузил круг общения. Стал неряшлив. Практически не интересуется домашним хозяйством. Имеются указания на снижение толерантности. Несмотря на то, что длительное время отношения между супругами оставались формальными, постоянно обращал внимание на ее телефонные разговоры, время прихода с работы, длительность командировок. При этом, иногда с иронией, а порой и с вербальной агрессией, указывал на существование вне семейных интимных отношений. При отказе жены давать объяснения приходил в ярость. Ситуация стала «острой» в последние два месяца. Стал высказываться при посторонних и сыновьях, что «жена его - шлюха..., водит мужиков домой в его отсутствие..., спит с кем попало..., живет на деньги любовников..., стала прихорашиваться..., все видят ее измену...». Об измене жены ему «... намекают на службе, ... понятно из разговоров с соседями». В квартире «...видит следы пребывания гостей». Приезжал на работу к жене «разобраться с ее начальником и любовником». Обвинял соседа в половой связи с его женой. Высказывал сомнения, что он отец своих детей. На службе измена жены стала в разговорах его основной темой. Неоднократно угрожал жене физической расправой.

При осмотре: Сознание не помрачено. Признаков алкогольного опьянения нет. Напряжен, настроение с элементами гневливости. Объясняет врачу, что пришел не по своей воле, но «рад, что может все рассказать, как есть». В качестве аргумента своей правоты оперирует следующими фактами: «...дети были на даче у родителей. Вечером я ушел на службу. Приклеил волос на дверь. Утром пришел – волоса нет. Мне сказала, что выносила ведро. ...Хитро придумала». «Она была одна дома. Я пришел со службы, вижу – она стирает две

простыни... Другие доказательства нужны?». «...Купила новые туфли, а они стоят 5000 рублей. Откуда деньги? Любовник дал». «... Дети с ней заодно, ничего не скажут! ...да и их купили!». «...По телефону говорит намеками. Речь зашифрована, что бы я не догадался». Аффектируется, если врач высказывает контраргументы. Мышление вязкое. Был госпитализирован. В беседе на третьи сутки поинтересовался у врача, сколько ему заплатили жена с любовником – «...теперь они свободны».

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

12. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больной С., 32 лет, родился в семье военнослужащего, вторым ребенком. С 16 лет употребляет алкоголь, эпизодически «пробовал» анашу. После службы в армии по призыву на одном из молодежных вечеров кто-то из знакомых предложил уколоться морфием. Согласился и сразу же отметил, что эйфория от этого препарата более приятна, чем та, которую вызывает курение анаши. К тому же быстрее наступает эффект и эмоционально положительные ощущения были гораздо более выражены. Появлялась легкость в движениях, «деятельность», все тело пронизывалось «блаженной энергетикой». В скором времени «все мысли» были заняты желанием очередного употребления наркотика, т.к. только под воздействием морфия удавалось достигать оптимального психологического комфорта. При регулярном приеме препарата приходилось (для достижения желаемого эффекта) постоянно увеличивать дозу. Перед поступлением в стационар она составляла, со слов больного, до 40 мл 2 % раствора морфия. При отмене наркотика через 12-20 часов появлялись рвота, понос, сильные боли в пояснице. Все эти симптомы легко купировались употреблением очередной дозы. С наступлением зависимости от препарата у больного нарушились социальные связи, разладились семейные отношения, он перестал работать. Это твердо убедило больного в необходимости лечиться, хотя осознание своей болезни было и раньше.

При соматическом обследовании: больной астенического телосложения, кожа бледная, склеры гиперемированы; температура тела 37,2°С, АД 100/70 мм рт. ст.; на локтевых сгибах рубцы от инъекций; сердечные тоны чистые, усилены; тремор пальцев рук; жалобы на сонливость, разбитость, ломоту в суставах.

В беседе больной эмоционально лабилен, быстро истощается, конфликтен. Требуется таблетки, чтобы заснуть.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Укажите синдромы, описанные в задаче.

13. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больная М., 18 лет, находится на психиатрическом отделении по поводу употребления героина. Впервые попробовала наркотик полтора года назад, на дискотеке в компании своих знакомых. Вспоминает, что, когда они сидели у одного из друзей в машине, вдруг перед ней появился компакт-диск с целой «горой» белого порошка. «Моментально» были сделаны

«дорожки» и все участники компании с помощью «трубочек» от авторучек стали вдыхать героин. Первый раз ничего кроме легкого одурманивания и тошноты не почувствовала. Однако в дальнейшем, после употребления наркотика стало появляться неудержимая «энергия», можно было «веселиться до утра». В течение полугода употребляла героин только интраназально, однако, позже кто-то сказал, что настоящий «кайф» можно получить лишь от внутривенного употребления. И действительно, «приход» после укола в вену был гораздо «богаче» по сравнению с простым вдыханием героина. В дальнейшем быстро сформировалась зависимость, в период вынужденного воздержания от употребления наркотика «чувствовала себя, как при гриппе»: появлялся насморк, слезились глаза, «ломало» мышцы и суставы. Для получения удовольствия требовалось все больше и больше препарата, поэтому доза вводимого вещества с каждым разом увеличивалась. Родители М. – высокоинтеллигентные, хорошо обеспеченные люди длительное время не замечали, что с их дочерью «творится что-то неладное». Однако, когда истина стала очевидна, начали активно «лечить» свою дочь: возили ее по разным клиникам, консультировали у ведущих специалистов. В итоге было рекомендовано стационарное лечение, в результате чего М. оказалась в больнице.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Укажите синдромы, описанные в задаче.

14. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

В приемное отделение был доставлен мужчина, на вид 35 лет. Оставленный на койке, он метался, его тело билось и корчилось в конвульсиях, покрывалось крупными каплями пота. Время от времени начинались мучительные судорожные позывы к рвоте и поносу. Больной плакал, ругался, умолял, грозил, кричал диким голосом: «Спасите! Умираю! Доктор, укол! Будьте вы прокляты! Черви, белые черви грызут меня! Убейте червей!» Он с омерзением стряхивал с себя что-то невидимое. И снова начинал кататься по койке, рыча от боли и скрежеща зубами. В месте, времени и собственной личности ориентирован правильно. Утверждает, что ему 24 года.

Соматическое состояние: астеническое телосложение, пониженное питание, кожа «высохшая», бледная, на внутренних поверхностях предплечий рук по ходу подкожных вен рубцы в виде «трасс»; склеры гиперемированы, мидриаз; пульс 96 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст., сердечные тоны чистые, усилены; частота дыхания 30 в мин.; тремор пальцев рук, профузный пот.

Вопросы:

1. Вероятный диагноз?
2. Расскажите общие принципы лечения.

15. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больной С., 26 лет, наследственность психопатологическими заболеваниями не отягощена. От сверстников в развитии не отставал. В школе учился хорошо. Окончил торгово-экономический институт, служил в армии по призыву. В настоящее время нигде не работает. После окончания школы, с 17 лет, «стал пробовать травку». Объясняет это популярностью наркотиков в среде молодежи, с которой общался. Сначала не испытывал никаких приятных ощущений, просто было интересно. Затем, спустя некоторое время после выкуренной

сигареты, почувствовал нечто вроде «интеллектуальной расторможенности» – легкость формирования ассоциаций, прилив сил, раскрепощенность в поступках, обострение памяти, веселость, желание петь. Речь становилась быстрой, все вокруг – «безумно смешным». Такое состояние возникало через 10-20 мин после сигареты и продолжалось от 3 до 5 часов, в зависимости от сорта конопли. Далее наступал период абстиненции, который выражался в виде головной боли, тошноты, вялости, повышенной потливости. Тяжелых состояний больной не ощущал, так как всегда мог достать коноплю или готовил ее сам. Через год постоянного употребления гашиша стали появляться астенические симптомы (быстро уставал, нарушился сон), ухудшилась память, стал неряшливым, неопрятным. Коноплю уже курил только для того, чтобы избавиться от постоянных головных болей. По настоянию родственников обратился за помощью к психиатру-наркологу.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Укажите синдромы, описанные в задаче.

16. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больной, 16 лет, единственный ребенок в семье. В школу пошел с 7 лет, окончил начальную среднюю школу, затем поступил в техникум. Со слов, в возрасте 10 лет была травма головы с кратковременной потерей сознания. Отец больного – хронический алкоголик.

Впервые познакомился с людьми, занимающимися приготовлением веществ для внутривенного введения, около года назад. Они предложили ему посмотреть, как «балдеют» от этого, привели в квартиру, где собралась молодежь, и на глазах у всех приготовили какую-то жидкость, в основе которой была мазь «Сунореф». Он запомнил процесс приготовления жидкости и из любопытства, сделав ее сам, попробовал ввести себе. После этого испытал неприятные ощущения (жжение, мурашки по телу, тошноту) и решил отказаться от инъекций. Но через месяц опять стало интересно, зачем же все-таки это делают? После 2-3 попыток почувствовал «прилив бодрости», улучшилось настроение, «тянуло на разговор», приятные ощущения, которые сохранялись в течение почти 5 часов. Стал вводить раствор 1-2 раза в неделю и вскоре уже с нетерпением ждал тот день, на который планировал введение. При длительном воздержании от употребления вещества становился эмоционально лабильным, появлялась вялость, сонливость, раздражительность. После укола все «это» сразу же проходило. Так продолжалось 7 месяцев. Затем был направлен на практику в другой город. С собой взял иглы, шприцы, запас мази. Предприятие не предоставило ему общежитие, и он две ночи провел на вокзале, вел себя странно и был задержан сотрудниками полиции. При осмотре у него были обнаружены следы внутривенных инъекций, изъяты шприц, иглы.

Соматическое состояние: среднего роста, удовлетворительного питания; в области локтевых сгибов имеются следы инъекций; сердечные тоны приглушены, ритмичные, пульс 70 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст.; дыхание везикулярное; живот при пальпации мягкий, безболезненный. Неврологическое состояние без очагового поражения ЦНС.

Психическое состояние: охотно вступает в речевой контакт, рассказывает, как готовил раствор мази, держится несколько развязно, беспокоится за учебу в техникуме. Психотическая симптоматика отсутствует. Эмоционально неустойчив. Интеллект соответствует уровню полученного образования. Память без грубых изменений. Критика к употреблению токсических веществ формальная.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Укажите синдромы, описанные в задаче.

17. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Бригада скорой психиатрической помощи выехала на вызов к гражданину К., 25 лет, который, по словам звонивших соседей, «сошел с ума». По прибытии обнаружилось, что К. очень возбужден, хаотично мечется по своей квартире, пытается спрятаться под кровать. На лице выражение страха, мимика крайне динамична. Пытается отстраниться от невидимых «обидчиков», отчаянно жестикулирует, постоянно вскрикивает: «Не надо, не надо, не надо! Оставьте меня, не делайте этого, я прошу вас...» Иногда закрывает руками уши или лицо, сбрасывает с себя воображаемых насекомых, запрыгивает на стол, с ужасом крича: «Змеи! Змеи! Уберите змей!». Словесному контакту практически недоступен – всецело погружен в галлюцинаторные переживания. Зрачки резко расширены, пульс 102 уд/мин, усиленного наполнения, АД 110/70 мм рт. ст., частота дыхания 28 в мин., наблюдается тремор пальцев рук, повышенная потливость.

На столе открытая бутылка водки, остатки каких-то сушеных растений, похожих на грибы. По рассказу соседей, у К. часто собираются какие-то молодые люди, чуть позже за стенкой слышится громкий «нездоровый» смех. Пьяным К. «вроде бы» не видели, хотя домой иногда приходит довольно «странный»: глаза «бегают», на лице «дурашливая улыбка».

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

18. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Молодая женщина 27 лет была задержана сотрудниками милиции за сексуальное приставание к мужчинам в общественном месте. В сумочке у женщины было обнаружено 0,03 г кокаина. На момент задержания возбуждена, экзальтирована, разговорлива, много шутит на эротические темы. Неусидчива, не может долго пребывать в одном месте. Примерно через час возбуждение резко сменилось апатией, задержанная перестала смеяться и демонстративно начала зевать. При освидетельствовании врачом-психиатром призналась, что же в течение четырех лет периодически употребляет кокаин с целью поднятия жизненного тонуса и «ухода» от грустных мыслей. Физическую зависимость отрицает, т.к. неоднократно на несколько месяцев бросала принимать наркотик, но, как только в жизни начинается «черная полоса», вновь возвращается к излюбленному средству. Отметила, что несколько ослабла память, сузился круг интересов, которые теперь часто ограничиваются только заботой о добывании кокаина. Доза препарата постепенно росла, т.к. для получения аналогического по насыщенности удовольствия требовалось уже больше наркотического средства.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Укажите синдромы, описанные в задаче.

19. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больная П. 35 лет. Жалобы на раздражительность, повышенную утомляемость, плохой сон. Анамнез. Впервые состояние изменилось около 4-х лет назад, когда после рождения второго

ребенка появилась подавленность, внутренний дискомфорт, некоторая апатия, стала испытывать недовольство своим носом, «старалась не поворачиваться в профиль, чтобы меньше было заметно». В том же году сделала себе пластическую операцию носа. В течение этого года снизился аппетит, ухудшился сон. Ощущала отсутствие «целостности», уставала в течение дня, уезжала за город отдыхать в одиночестве. Была раздражительной по незначительному поводу. Считала, что муж и свекровь «энергетические вампиры», ощущала, что «во время общения с ними теряет энергию». Иногда отмечала, что в разговорах теряет нить беседы, так как «мысли путались и останавливались». Стала читать эзотерическую литературу, находила в ней подтверждение своим ощущениям. Убедилась в существовании «оболочек вокруг человека», которые «могут повреждаться и через них теряется энергия». Около года назад на фоне сниженного настроения по телефону, угрожала мужу суицидом. Бригадой скорой помощи была доставлена в психиатрическую клинику. В отделении замкнута, малообщительна, бездеятельна, эмоционально монотонна. На фоне проводимого лечения нейролептиками и транквилизаторами отмечается некоторое уменьшение эмоциональной напряженности, сохраняются мыслительные и эмоционально-волевые расстройства.

Психический статус. Основные виды ориентировки сохранены. Взгляд «холодный», мимика застывшая. Напряжена, подозрительна, голос маломодулирован. Настроение без признаков депрессии. Эмоциональные реакции сглажены. Мышление с резонерством, паралогичностью и соскальзыванием. Формально соглашается, что болеет, но при этом считает, что лечение ей не нужно так, как она здорова. Негативно относится к мужу, иногда раздражительна по отношению к нему, заявляет, что «если муж и дальше так будет себя вести, не знаю, что сделаю, ...наверное повешусь». По-прежнему уверена в существовании у нее «нарушенной энергетической оболочки», в которой «есть дыры и через них уходит энергия». Убеждена в возможности экстрасенсорики и телепатии, воздействии их на людей. Свои переживания раскрывает неохотно, считает, что «и так все понятно». Память без грубых нарушений. Обманы восприятия не выявляет

Вопросы:

1. Опишите ведущие психопатологические симптомы у больной.
2. О каком ведущем синдроме идет речь?
3. О каком психическом расстройстве идет речь в данном случае?

20. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больной Д, 38 лет. Жалобы на раздражительность, вспыльчивость, плохой сон. Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. В возрасте 5 лет перенес травму головы, стационарно не лечился. В школу пошел с 7 лет, учился на «хорошо» и «отлично», учеба давалась легко, выделялся среди одноклассников высокой активностью на уроках. По характеру всегда отличался стремлением к лидерству, высокой оценке со стороны окружающих, работоспособностью и настойчивостью. Закончил 10 классов и военное училище с отличием. Женат, воспитывает 2-х детей. Службу проходил на Северном флоте. 9 лет назад появились и стали нарастать раздражительность, вспыльчивость, повысилась «внутренняя активность». Спустя год после начала заболевания, стал резким и категоричным в суждениях и принятии решений, нарастала тревога и страх, «слышал голоса» комментирующего и приказного порядка, «приобрел» способность читать мысли окружающих и руководить их действиями. Был освидетельствован ВВК, признан не годным к военной службе. В дальнейшем получал поддерживающее лечение нейролептиками. После увольнения продолжал работать в строительных организациях на руководящих должностях. Менее года назад в течение лета испытывал подъем активности, сниженную потребность в

еде и сне. В конце сентября почувствовал «спад, ступор», стало трудно выполнять работу, стал раздражительным и конфликтным. Поступил для лечения в психиатрическую клинику.

Психический статус:

Правильно ориентирован в месте времени и собственной личности. Обманы восприятия отрицает, косвенных признаков галлюцинаций нет. Гипомимичен, движения замедленны. Продуктивному контакту доступен с трудом, речь в виде монолога. На вопрос о самочувствии пускается в длинный бессвязный рассказ о своей жизни, перескакивая с одной темы на другую. Самооценка завышена «много знаю, много умею...», редкий специалист». Аффективно сглажен, маломодулирован. Отмечает, что мало «чувств и влечений». Мышление нецеленаправленное, с соскальзываниями и элементами резонерства. Без критики.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?

21. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больной С, 25 лет, инвалид 2 группы, не работает. Жалобы на наличие внутри головы голосов мужских и женских, которые комментируют поступки, плохую память, бессонницу. Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Младший из двух детей. По характеру был общительный, добрый, веселый. В школе в начальных классах учился хорошо. В подростковом возрасте изменился по характеру: стал черствым, грубым, враждебно относился к близким, общался в асоциальных группах сверстников, курил анашу, принимал димедрол, транквилизаторы, алкоголизировался, неоднократно уходил из дома, бродяжничал. Резко снизилась успеваемость, с трудом усваивал пройденный материал, пропускал занятия. К концу 10 класса учебу забросил, стал уединяться, потерял интерес к компании друзей, в основном находился дома, ничем не занимался. Практически не общался с родными, если же к нему обращались вопросами, то отвечал односложно или отмалчивался. Периодически отмечались периоды пониженного настроения, в такие моменты закрывался в своей комнате, залеживался, не проявлял интереса к окружающему, плохо ел. Перестал следить за своим внешним видом, отказывался мыться, чистить зубы. После окончания школы поступил в технический ВУЗ, но учиться не смог, через год бросил институт, после чего устроился на работу подсобным рабочим. Через 5 месяцев уволился с работы «было трудно работать». По настоящее время нигде не работает. Через несколько месяцев после увольнения с работы пропал из дома, был найден на даче. По возвращении домой, стал злобным, агрессивно реагировал на окружающих. Запрещал включать телевизор. Был проконсультирован психиатром, получал лечение, однако состояние не улучшилось, в связи с чем был госпитализирован в психиатрическую клинику. Состояние при поступлении характеризовалось аффективно-бредовым синдромом. После выписки быстро нарастала дефицитарная симптоматика по апато-абулическому варианту. Повторные госпитализации связаны с появлением сенестопатий, деперсонализационно-дереализационных переживаний, тревогой. Длительное время находится на поддерживающей терапии. В связи с ухудшением состояния в виде усиления тревожности, сенестопатий, вербальных псевдогаллюцинаций вновь поступил для лечения в психиатрическую клинику.

Психический статус: Правильно ориентирован в месте времени и собственной личности. В беседе на вопросы отвечает после паузы, отрывистыми фразами. Затрудняется описать свои ощущения: «мозг накрыт бумагой», «мысли трудно собрать, невозможно сосредоточиться». Считает, что его мысли известны окружающим, а он может знать мысли других.

Предъявляет жалобы на неприятные ощущения внутри позвоночника «труба внутри кости». Мышление аморфное, непоследовательное. Эмоционально тускл, однообразен, периодически на лице застывшая улыбка. Фон настроения неустойчив. Без критики.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?

22. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больной Л., 26 лет, продавец. Жалобы, адекватные своему состоянию не предъявляет. Из анамнеза известно, что душевнобольных в семье не было. Сразу после рождения перенес тяжелую пневмонию, спустя 3 месяца – повторное воспаление легких. Часто болел простудными заболеваниями. Поздно начал говорить. Воспитывался в условиях повышенной ответственности младшим из двух детей. По характеру сформировался замкнутым, малообщительным, ранимым, мечтательным, обидчивым. В школе учился средне, с 9-го класса отметил сужение круга интересов, прекратил общение с друзьями, так как считал, что у него «плохо пахнет из рта». Тогда же отметил появление сексуального влечения к лицам своего пола. Успешно окончил 11 классов, затем поступил в медицинский ВУЗ. На 3-м курсе отмечался период, когда полностью потерял интерес к учебе, перестал посещать занятия, экзамены сдал лишь благодаря матери, которая фактически «водила меня в ВУЗ за руку». Совершал дважды суицидные попытки – «травился первый раз феназепамом, а второй – клофелином» из-за того, что «у меня не было друга,.. вы понимаете, какого..., чтобы я мог жить половой жизнью...» После окончания ВУЗа некоторое время работал в должности младшего научного сотрудника, вскоре оставил ее, т.к. был недоволен оплатой. Работал грузчиком, затем – продавцом. За неделю до настоящей госпитализации на ногах перенес грипп с высокой температурой, были личные неприятности, после чего появилась бессонница, тревога, метался по квартире, стал негативистичен по отношению к родным, разбил дома зеркала, вызвал полицию, которой заявил, что мать хочет его убить. Спустя несколько дней поехал навестить деда, по дороге зашел в пикет полиции на ст. метро «Пушкинская», откуда звонил в отдел полиции по месту жительства, говорил, что «мать травит бабу и деда триклозаном». Полицией была вызвана мать, по отношению к которой вел себя агрессивно: хамил, оторвал капюшон на пальто. Был госпитализирован в психиатрическую клинику.

Объективно: В неврологическом статусе без очаговой симптоматики. Сознание не помрачено. Основные виды ориентировки сохранены. Продуктивному контакту доступен. В беседе по-прежнему избегает смотреть на собеседника, движения манерные, мимика утрирована, парадоксальна; порой внезапно становится дурашливым, временами резко замолкает, устремляя взгляд вдаль. Фон настроения снижен, эмоционально амбивалентен, парадоксален. реакции возникают по аутохтонным, малопонятным мотивам. Асинтонен. Обманы восприятия отрицает. Сохраняются бредовые построения персекуторного круга и малоценности, идеи интерметаморфозы: «люди все почему-то ходят как солдаты, в одну ногу». По-прежнему считает, что «у меня хлороз, я вижу, как люди все время отодвигаются от меня, чтобы не чувствовать запах изо рта». Мышление замедлено по темпу, с явлениями соскальзываний, паралогии, символизма. Память на текущие события несколько снижена. Фиксирован на болезненных идеях. Критика отсутствует. Чувство дистанции снижено.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?

23. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больная О., 54 лет, инвалид II группы. Находится на лечении в психиатрическом стационаре. В отделении мало заметна, необщительна. Большую часть времени ничем не занята, сидит на своей кровати, часто тяжело вздыхает. На лице выражение тоски и тревоги. При беседе с врачом волнуется, слегка дрожит, непрерывно перебирает руками свою одежду. На глазах слезы. Жалуется на подавленное настроение, бессонницу, наплыв бесконечных тревожных мыслей о доме. Жизнь представляется больной ненужной и бесцельной, часто думает о том, что жить не стоит. Вот отрывок из разговора врача с больной.

Врач: почему Вы считаете, что Вы никому не нужны? Дома Вы ведете хозяйство, воспитываете внуков. Вашим детям было бы трудно без Вас.

Больная: внуков, наверное, нет уже в живых... Нет их!

Врач: почему Вы так говорите? Ведь только вчера на свидании у Вас был сын. Он сказал, что дома все в порядке.

Больная: не знаю... Наверное, все погибли. Доктор, что со мной? Сделайте что-нибудь, помогите...

Вопросы:

1. Охарактеризуйте психопатологическое состояние
2. Ваш диагноз?

24. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Пациент А., 19 лет. Госпитализирован в сопровождении матери. С ее слов, уже около месяца сын постоянно уставший, по ночам рано просыпается, долго лежит в кровати с безучастным видом, прогуливает занятия в университете, в течение дня заторможен. Перестал рисовать, хотя раньше занимался этим постоянно, также отмечаются снижение аппетита, похудение, запоры. Непосредственная причина обращения к психиатру: мать обнаружила, что сын сидит в ванне и лезвием наносит себе порезы. Несколько месяцев назад обращался к психотерапевту в связи с беспокойством, неспособностью сосредоточиться на чем-либо, бессонницей в течение недели и некоторой тревожностью, что, со слов матери, было для него нехарактерно. Из анамнеза также известно, что отцу молодого человека был поставлен диагноз БАР, а его дед по линии отца покончил с собой.

При оценке состояния по шкале депрессии Гамильтона набирает 21 балл.

Разговаривает медленно, заторможен, долго обдумывает заданный вопрос, на лице печальное выражение. На левом предплечье повязка, под ней два свежих продольных пореза. В беседе сообщает, что хочет покончить с собой, считает свою жизнь бессмысленной. Обвиняет себя в несчастьях матери.

Вопросы:

1. Охарактеризуйте психопатологическое состояние
2. Ваш диагноз?

25. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Пациентка Е. 59 лет обратилась к врачу-психиатру. Год назад овдовела – умер от рака любимый муж. С момента смерти стала с трудом справляться с домашними делами,

чувствует себя одиноко. После похорон она отделилась от друзей и соседей, привыкла делать всё совместно с мужем – воспитывать детей, проводить свободное время на культурных мероприятиях, ходить на ужин в кафе. Есть двое взрослых детей, но они живут в других городах, и пациентке не хочется их отрывать от дел. Продолжать жить как прежде без супруга пациентке тяжело – нет того интереса к жизни, удовольствия, как раньше. По шкале Бека набрала 26 баллов.

Схожие чувства испытывает не впервые. В 25 лет ей ставили депрессивный эпизод после смерти отца – она долго переживала боль утраты. Сейчас испытывает схожие ощущения, жизнь кажется бессмысленной и лишённой позитивных эмоций. Вот отрывок из разговора врача с пациенткой.

Врач: Вы говорите, что всю последнюю неделю испытываете сильнейшую грусть. Расскажите, а какие мысли вас посещали в это время?

Пациентка: Я думала о том, что со смертью мужа и моя жизнь закончилась. Что мне теперь делать без него? Как он мог меня оставить одну? Эти мысли не давали мне покоя всё это время, да и сейчас посещают меня. Кажется, что ничего изменить уже нельзя, и эта грусть останется со мной навечно.

Врач: А чем вы занимаетесь в последнее время?

Пациентка: Чаще всего я нахожусь дома. Даже шторы не раздвигаю, хочется, чтобы свет оставался приглушённым. Смотрю передачи по телевизору — так меньше чувствую себя одинокой.

Вопросы:

1. Охарактеризуйте психопатологическое состояние
2. Ваш диагноз?

26. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больной И., 30 лет, капитан 3 ранга. Из анамнеза: Воспитывался в условиях гиперопеки, в детстве часто болел простудными заболеваниями. В возрасте 4-7 лет наблюдались умеренные явления логоневроза. Сформировался мнительным, впечатлительным. Во время учебы в Нахимовском училище неоднократно перед экзаменами «испытывал сильное волнение, сопровождавшееся выраженным мышечным тремором». После военно-морского училища проходил службу на различных должностях, по службе продвигался успешно, однако «всегда тяжело переживал конфликтные ситуации». За 4 года до обращения в клинику стал невольным свидетелем смерти родственника жены от сердечного приступа, неожиданно потерял сознание. Скорой помощью был госпитализирован в городскую больницу с подозрением на инфаркт миокарда, но диагноз при обследовании не подтвердился. С этого времени периодически возникали «приступы», во время которых чувствовал резкую слабость в нижних конечностях, нехватку воздуха, головокружение. Периодически стал отмечать головные боли, разнообразные мигрирующие болезненные ощущения в различных частях тела, диарею, чувство сердцебиения, нарушения сна. В начале заболевания «приступы» провоцировались отрицательными эмоциональными переживаниями, в дальнейшем стали возникать под действием нейтральных раздражителей. Постепенно «приступы» учащались, стали возникать по несколько раз в день. Появилось «ожидание и страх возникновения этих состояний». Больной перестал пользоваться метро, старался раньше уйти с работы. В связи с болезненными проявлениями ухудшились взаимоотношения в коллективе, часто стали возникать конфликты с командованием, испытывал трудности в исполнении своих служебных обязанностей, снизилась

работоспособность. Во время госпитализации заявил, что тяготится службой, был настроен на увольнение.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие факторы способствовали развитию болезни?

27. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больная Р., 41 год.

Жалобы на сниженное настроение, периоды тоскливости, навязчивые воспоминания и представления психотравмирующего характера, плаксивость, «безразличие», поверхностный сон, сновидения неприятного содержания. Из анамнеза: Родная сестра погибла в результате суицидной попытки, до этого в течение 10 лет страдала психическим заболеванием. Родилась в семье служащих вторым ребенком от нормальной беременности. Мать отличалась властным характером, строгим отношением к детям. Воспитывалась в условиях гиперопеки. Успешно училась в школе. Кроме того, занималась в музыкальной школе, участвовала в общественной работе, среди сверстников была лидером. Сформировалась общительной, эмоциональной, но, в то же время, обязательной, целеустремленной. Окончила педагогический институт. Работала по специальности, в последние годы занималась предпринимательской деятельностью. В 20 лет вышла замуж. От первого брака, который продолжался 12 лет, имеет двух сыновей. В течение последних восьми лет – второй брак. В течение короткого времени перенесла ряд психотравм. За полтора месяца до обращения муж был «зверски убит», когда один находился в квартире. 14-летнего сына подозревали в причастности к преступлению, периодически задерживали и допрашивали в полиции в течение месяца. Спустя две недели после гибели мужа мать больной попала в ДТП, в тяжелом состоянии находилась в реанимации. В этот же период незнакомые лица систематически «угрожали по телефону». После убийства мужа «все стало безразлично, даже сын... спокойно смотрела как его забирали в полицию, был безразличен свой внешний вид», испытывала периоды тоскливости, «ноющей тоски в груди». В этот период, несмотря на угрозы по телефону, «смело ходила в темноте, было все равно». После гибели мужа принимала амитриптилин, до 6 табл. в сутки, снотворное, но положительного эффекта не отмечала. Переехала к родственникам, с которыми «чувствует себя легче».

При осмотре. Подавлена. Сидит, ссутулившись. Мимика скорбная. Говорит тихим, периодически дрожащим голосом. Во время рассказа о происшедших событиях плачет, рассказывает о них не охотно. Мышление последовательное. Суждения отличаются поверхностным характером. Не видит реальных перспектив, полностью поглощена своими переживаниями. Суицидные мысли при осмотре отрицает.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и лечебная тактика?
2. Чем можно объяснить отсутствие эффекта от приема амитриптилина?

28. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больная М, 33 года. При поступлении предъявляла жалобы на сниженное настроение, частые головные боли, повышенную отвлекаемость внимания, бессонницу.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. До 25 лет считает себя «практически здоровой». После окончания училища работала кассиром, продавцом. Характеризует себя как общительную и «ужасно мнительную». Замужем с 20-ти лет, имеет сына 12-ти лет. Отношения в семье характеризует как удовлетворительные. Примерно 8 лет назад неожиданно «стало плохо» - почувствовала общую слабость, «дурноту», появились тревога, внутреннее беспокойство. Второй раз подобный эпизод произошел через год, во время поездки в поезде. Появились навязчивые опасения по поводу своего здоровья, боязнь повторного «приступа» и т.п.: лет назад без видимых причин, возникли головные боли распирающего характера, которые могут длиться от нескольких часов до нескольких суток. Периодичности в их возникновении не отмечает. В промежутках между болями - «ощущение несвежести в голове». На этом фоне усилились навязчивые опасения, появился «страх смерти» - «лопнет какой-нибудь сосуд», периодически стали возникать состояния внутреннего беспокойства, тревоги, сопровождающихся одышкой, сердцебиением, слабостью. Стала бояться поездок в общественном транспорте, особенно в метро, а также оставаться одной. В последнее время к имеющейся симптоматике присоединились периодически возникающие головокружения, забывчивость, нарушения сна. Самостоятельно приняла решение о необходимости госпитализации.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ведущий синдром?

29. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

К психиатру в поликлинике обратилась женщина, желая проконсультироваться по поводу «ненормальности» поведения своего мужа 36 лет. Она сообщила, что ее супруг чрезмерно чувствителен к удовлетворению своих притязаний, всегда ведет себя так, как будто во всем превосходит окружающих, «его дела», вне зависимости от того, чем он занят, всегда первостепенной важности, причем малейшее сделанное им дело представляет «огромным трудом», а выявление любых самых распространенных нарушений или несправедливостей в жизни считает потрясающим разоблачением. По рассказам матери мужа, он с детства претендовал на исключительное положение, на то, чтобы все делали так, как он считает нужным. В школе имел кличку «одержимый». Всегда был чрезмерно самоуверен, стремился к лидерству, однако спланировал вокруг себя обычно людей недалеких и недовольных своим положением. Не получая признания своих «выдающихся» качеств, удовлетворения своих требований озлобляется, начинает всюду видеть врагов и завистников, злонамеренные козни против него. Подозрителен, все время искажает совершенно нейтральные или даже дружеские действия других, представляя их как злонамеренные или как проявления пренебрежения к нему. Отстаивает свои «права» в любой ситуации, даже если результат будет заведомо «плачевен». При этом «безумно» ревнив, считая, что супруга может изменить ему, т.к. тоже завидует его «талантам», «потрясающим» способностям и т.д.

Вопросы:

1. Опишите клинические признаки психопатологического состояния
2. Ваш диагноз?

30. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)

Основная часть

Больной Н., 24 года. Многочисленные жалобы на головную боль, тошноту, плохой сон, слабость. Кроме того, Н. заявил, что ему «кажется» возможность развития у него инфаркта или инсульта, как было у его бабушки в 72 года. При последующих многочисленных амбулаторных и стационарных обследованиях никакой соматической патологии выявлено не было. В процессе общения с Н. выяснилось, что он с детства отличался застенчивостью, склонностью к тревожным опасениям, повышенной впечатлительностью, неуверенностью в себе, боязливостью. Рос и воспитывался единственным ребенком в семье педагогов. С детства был окружен вниманием и заботой. Никаких серьезных психотравмирующих событий в памяти не отложилось. Вспоминает, что долгое время боялся темноты, опасался незнакомых людей, новых впечатлений. С детства верил в различные рода приметы, например, чтобы избежать плохой отметки, в школу ходил только определенной дорогой, по лестнице поднимался, переступая через ступеньку, во время экзамена всегда брал билет левой рукой и т.п. Всегда был склонен к сомнениям в правильности своих суждений и поступков, в оценке людей, был нерешителен в выборе линии своего поведения. Закончив ВУЗ, поступил на работу. В новом коллективе под влиянием новых, далеко не всегда положительных, впечатлений декомпенсировался, вследствие чего появились перечисленные выше изменения в самочувствии.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?

ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

Сертификат 00FD35568D6E44A682C5AE0E82D9AC2C35

Владелец Пармон Елена Валерьевна

Действителен с 26.06.2024 по 19.09.2025

