

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  
21.05.2024

## **ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

основной образовательной программы высшего образования -  
подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

по специальности **31.08.22 Психотерапия**

Направленность - **Психотерапия**

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

Санкт-Петербург  
2024

### СОСТАВИТЕЛИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

№ 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
5.	Зотова Анна Владимировна	к.псих.н.	Доцент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
6.	Роговая Ольга Геннадьевна	д.пед.н., профессор	Заведующий кафедрой гуманитарных наук	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
7.	Щукина Мария Алексеевна	д.п.н.	Профессор кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
8.	Михайлова Нинель Вадимовна	к.х.н.	Заведующий кафедрой математики и естественнонаучных дисциплин	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
9.	Конради Александра Олеговна	д.м.н.	Заведующий кафедрой организации, управления и экономики здравоохранения	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
10.	Данилов Иван Николаевич	к.м.н. доцент	Заведующий кафедрой факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
11.	Галагудза Михаил Михайлович	д.м.н.	Заведующий кафедрой патологической физиологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
12.	Митрофанова Любовь Борисовна	д.м.н.	Заведующий кафедрой патологической анатомии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
13.	Гусев Денис Александрович	д.м.н. профессор	Заведующий кафедрой инфекционных болезней	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
<b>По методическим вопросам</b>				
14.	Овечкина Мария Андреевна	к.м.н.	Заведующий учебно-методическим отделом	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа «Государственная итоговая аттестации» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры неврологии с клиникой «21» мая 2024 г., протокол № 05/2024.

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А.

Алмазова» Минздрава России «20» февраля 2024 г., протокол № 2/2024.

## ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

**1.1.** Программа государственной итоговой аттестации по специальности ординатуры 31.08.22 Психотерапия разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ (в действующей редакции);
- Приказом Минобрнауки России от 16.10.2023 N 982 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия";
- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. n 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры»;
- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Минобрнауки России от 18.03.2016г. N 227;
- Уставом ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России (далее - Центр Алмазова);
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

**1.2.** К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план основной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.22 Психотерапия.

## **2. ЦЕЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Государственная итоговая аттестация выпускников ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава РФ (далее – Центр) по специальности 31.08.22 Психотерапия 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.

## **3. 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.

Области профессиональной деятельности, в которых выпускники, освоившие программу, могут осуществлять профессиональную деятельность:

- 01 Образование и наука (в сферах: профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования, дополнительного профессионального образования; научных исследований);
- 02 Здравоохранение (в сфере психотерапии);

- 07 Административно-управленческая и офисная деятельность (в сфере здравоохранения).

#### **Типы задач профессиональной деятельности выпускников:**

- Медицинский;
- Научно-исследовательский;
- Организационно-управленческий;
- Педагогический.

### **4. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.22 ПСИХОТЕРАПИЯ**

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы универсальные, общепрофессиональные и профессиональные компетенции.

#### **4.1. Универсальные компетенции выпускников**

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

#### **4.2. Общепрофессиональные компетенции выпускников**

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

	ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
	ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно - гигиеническому просвещению населения
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах

### 4.3. Профессиональные компетенции выпускников

Область Сфера профессиональной деятельности	Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции
Образование и наука - в сфере образования	Педагогическая деятельность	ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях ВО
- в сфере научных исследований	Деятельность в сфере информационных технологий	ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности
Административно-управленческая и офисная деятельность - в сфере здравоохранения	Организационно-управленческая деятельность	ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
Здравоохранение - в сфере психотерапии	Медицинская деятельность	ПК-4. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи

## 5. 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 двух этапов.

В состав государственного экзамена входят оценочные материалы для дисциплин Блока 1. «Дисциплины (модули)» и оценочные материалы для практик Блока 2. «Практики» учебного плана.

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

## 6. МЕСТО ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ.

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

## 7. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ

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

## 8. ПОДГОТОВКА К СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

**8.1.** Государственный экзамен проводится по дисциплинам, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

- Психотерапия
- Неврология
- Педагогика
- МЧС
- Общественное здоровье и здравоохранение
- Патология
- Современные IT-технологии в здравоохранении
- Социально значимые инфекции
- Онкологическая настороженность
- Клиническая практика
- Научно-исследовательская работа
- Основы военной подготовки

## 9. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ И СДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Государственный экзамен по специальности 31.08.22 Психотерапия осуществляется в два этапа:

1 этап – **Тестирование** (оценка уровня теоретической подготовленности);

2 этап – **Собеседование** (оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи).

**Содержание государственной итоговой аттестации базируется на компетенциях выпускника как совокупного ожидаемого результата образования по программе:**

№ п/п	Наименование этапа	Содержание этапа	Проверяемые компетенции	Наименование оценочных средств
1	<b>Тестирование</b> Оценка уровня теоретической подготовки	Компьютерное тестирование	УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	ТЗ
2	<b>Собеседование</b> Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи	Собеседование с решением контрольных вопросов и ситуационных задач	УК-1, УК-2, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5	КВ, СЗ

По результатам двух этапов выставляется итоговая оценка.

В случае отрицательного результата одного из двух этапов государственного экзамена обучающийся не допускается к следующим этапам и ему выставляется оценка «неудовлетворительно».

**Формой проведения 1 этапа** государственного экзамена является компьютерное тестирование, которое проводится по тестовым заданиям, комплектуемых для каждого обучающегося с использованием информационных систем путем выбора 80 тестовых заданий из единой базы оценочных средств. На решение варианта тестовых заданий отводится 80 минут.

Результат формируется автоматически с указанием процента правильных ответов от общего числа тестовых заданий. Оценка уровня сформированности знаний выставляется по результатам тестирования в зависимости от доли правильно выполненных тестовых заданий.

**Критерии оценивания 1 этапа государственного экзамена:**

- «Отлично» - 90-100% правильных ответов,
- «Хорошо» - 80-89 % правильных ответов,
- «Удовлетворительно» - 70-79 % правильных ответов,
- «Неудовлетворительно» - до 69 % правильных ответов.

К следующему этапу государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся при условии успешного прохождения I этапа (оценка «Удовлетворительно» и выше).

**Формой проведения 2 этапа** государственного экзамена является устное собеседование по ситуационным задачам и вопросам профессионального характера.

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

Для подготовки к ответу, обучающемуся дается до 0,5 академического часа, продолжительность ответа на экзамене составляет не более 0,5 академического часа. При подготовке к ответу в устной форме обучающиеся делают необходимые записи по вопросам билета на выданных техническим секретариатом государственной итоговой аттестации листах бумаги со штампом ИМО.

Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи проводится в виде собеседования по ситуационным задачам профессионального характера. Образцы ситуационных задач представлены в Приложении № 1. Для подготовки к данному этапу, обучающемуся необходимо проработать рекомендуемую литературу.

Оценка уровня сформированности у выпускников умений, опыта практической деятельности и освоения компетенций в ходе решения практических задач является дифференцированной – оценивается уровень готовности к осуществлению основных видов профессиональной деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой, уровень знаний и умений, позволяющий решать типовые задачи профессиональной деятельности, уровень информационной и коммуникативной культуры, а также обоснованность, четкость полнота изложения ответов на каждое задание экзаменационного билета.

**Критерии оценивания 2 этапа государственного экзамена:**

«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**

<b>1 этап</b>	<b>2 этап</b>	<b>Итоговая оценка аттестации</b>
Тестирование	Собеседование	Выставляется с учетом результатов всех 2-х этапов

Все этапы государственного экзамена по специальности 31.08.22 Психотерапия проводится на базе ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России с использованием имеющегося материально-технического оснащения.

### **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. Для подготовки к данному этапу аттестации, обучающемуся необходимо повторить материал по профильным предметам и смежным дисциплинам, пройти тестирование в электронной системе дистанционного обучения MOODL по всем профильным дисциплинам до получения положительного результата. Материалом для подготовки являются тесты для текущего контроля знаний по дисциплине, представленные на образовательном портале, лекционный материал и учебные пособия, изданные кафедрами, а также общие сборники, имеющиеся в библиотеке в печатном виде или в электронном ресурсе.

Оценка 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 I этапа государственного экзамена**

#### **Примеры тестовых заданий с ответами**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ПК-4, ПК-5)

1. Особенностью психотерапевтической помощи больным неврозами и пограничными с ними состояниями в психотерапевтическом кабинете поликлиники является:
  - a) Психотерапия обычно сочетается с фармакопией, физиотерапией и другими видами лечения
  - b) В психотерапевтическом контакте психотерапевт занимает преимущественно пассивную позицию



- c) Психотерапевт использует в основном долгосрочные виды психотерапии
  - d) Широко используется психоаналитически ориентированная психотерапия
  - e)
2. Одним из положений закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» является следующее:
- a) Лицо, страдающее психическим расстройством или его законный представитель имеет право во всех случаях отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его
  - b) Пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация
  - c) Заключение врача другой специальности (не психиатра) о состоянии психического здоровья обследуемого является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов
  - d) **Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке (по основаниям, предусмотренным приказом) решается комиссией врачей-психиатров данного психиатрического стационара.**

### **Типовые задания экзаменационного билета II этапа государственного экзамена:**

#### **Примеры контрольных вопросов**

(проверяемые индикаторы компетенции - (УК-1, УК-2; ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5)

1. Классификация методов и направлений психотерапии по терапевтическим целям.

#### **Эталон ответа:**

Наибольшее признание и развитие получили три психотерапевтических направления и возникшие на их основе методы: динамическое (психодинамическое, психоаналитическое); бихевиористское (поведенческая психотерапия); гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, опытное) направление. В этих трех направлениях, ориентированных на личностные изменения, а не на один лишь симптом, наличие определенной личностной концепции позволило создать психотерапевтическую систему, характеризующуюся логической последовательностью взглядов, которая присуща и другим областям медицины. Это представления о норме (о личности), о патологии (о личностных изменениях) и логически вытекающие из этого представления о задачах и способах лечения. Так, психоанализ, рассматривающий в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения первичные влечения и потребности, а невроз – как следствие их вытеснения в бессознательное и конфликта с сознанием, логически понятно определяет и основную задачу психотерапии – осознание этого конфликта. Для бихевиоризма личность есть поведение, а невроз – это неадаптивное поведение, возникшее в результате неправильного научения, поэтому задача психотерапевта – обучить пациента новым, адаптивным способам поведения. Гуманистическая психология рассматривает в качестве основной потребность личности в самоактуализации, а невроз – как результат блокировки этой потребности. Соответственно задача психотерапии заключается в приобретении пациентом нового эмоционального опыта, способствующего становлению адекватного целостного образа «Я», и возможностей для самоактуализации личности.

В клинической практике принято деление методов психотерапии на симптомоцентрированные, личностноцентрированные и социцентрированные, интеграция которых часто обеспечивает наилучший терапевтический эффект. Существуют многочисленные методы, в которых искусство и природа выступают как терапевтический фактор. Это методы психотерапии, основанные на лечебном влиянии: а) общения с искусством (музыкотерапия, библиотерапия и др.), б) творческой деятельности (имаготерапия, арттерапия и др.), в) природы (натурпсихотерапия и др.).

Классификация методов включает:

- 1) методы психотерапии как конкретные методические приемы и техники (гипноз, релаксация, беседа, дискуссия, психогимнастика и др.);
- 2) методы психотерапии,

определяющие условия, которые способствуют оптимизации достижения психотерапевтических целей (семейная психотерапия и др.);

3) методы психотерапии в значении инструмента психотерапевтического воздействия (таким инструментом может быть психотерапевт в случае индивидуальной психотерапии или группа при групповой психотерапии);

4) методы психотерапии в значении терапевтических интервенций (вмешательств), рассматриваемых либо в параметрах стиля (директивный, недирективный), либо в параметрах теоретического подхода, который и определяет характер этих вмешательств (интерпретация, научение, межличностное взаимодействие). Понятию «метод» соответствует 1-й уровень — это методы как конкретные техники и приемы; 2-й уровень — отражает виды психотерапии (на основании условий, в которых она протекает); 3-й уровень — формы психотерапии (на основании инструментов психотерапевтических воздействий) и 4-й уровень — теоретические направления. Для практического применения тех или иных методов психотерапии имеет значение их классификация по поставленным целям. Волберг различает 3 типа психотерапии:

1) поддерживающая психотерапия, целью которой является укрепление и поддержка имеющихся у больного защитных сил и выработка новых, лучших способов поведения, позволяющих восстановить душевное равновесие;

2) переучивающая психотерапия, целью которой является изменение поведения больного путем поддержки и одобрения положительных форм поведения и неодобрения отрицательных.

3) реконструктивная психотерапия, целью которой является осознание интрапсихических конфликтов, послуживших источником личностных расстройств, и стремление достичь существенных изменений черт характера и восстановления полноценности индивидуального и социального функционирования личности.

### **Примеры ситуационных задач**

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5)

#### **Основная часть**

5. Больная И., 27 лет была доставлена в клинику психиатрии родственниками. В момент беседы больная плачет, фиксирована на стрессовой ситуации, которую перенесла несколько дней назад – факт супружеской неверности мужа, свидетелем чего она стала. Больная заявляет, что «верить теперь никому нельзя», что перенесенная психотравмирующая ситуация «так и стоит перед глазами».

Из анамнеза: больная росла в семье с жесткими нравственными устоями, за малейшие неуспехи в школе, факт посещения школьных дискотек, ее жестоко наказывали. Правила поведения в семье диктовались в основном отцом. Окончила школу, институт, по специальности не работает. Замужем в течение 5 лет, воспитывает 2-х детей – мальчиков, 5 и 7 лет. Отношения в семье носили, как считает больная, ровный характер, при этом муж всегда выполнял все поручения.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, настроение сниженное, больная плачет, негативно настроена к беседе, считает, что «ей никто не может помочь». Расстройств восприятия нет, мышление последовательное, нормальное по темпу и стройности ассоциативного процесса. Продуктивных расстройств мышления нет, суицидальные мысли не высказывает.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз
2. Расскажите возможные варианты оказания психотерапевтической помощи.
3. Какие имеются правовые акты и ограничения в действиях врача-психотерапевта в отношении пациента?

**Эталон ответа:**

1. У пациентки психогенно обусловленное депрессивное состояние.
2. В данной ситуации целесообразно применение комплексного подхода, включающего сочетание рациональной и когнитивно-поведенческой терапии. Цель психотерапевтической работы может включать выработку копинг-стратегии совладания со стрессом.
3. Поскольку пациентка не обнаруживает суицидных тенденций, ограничения работы психотерапевта могут быть связаны с добровольным её согласием на проведение диагностических и психотерапевтических мероприятий.

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

1. Соколова, Е. Т. Психотерапия: учебник и практикум для вузов / Е. Т. Соколова. — 5-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 359 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/513590>
2. Психотерапия: учебник / под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 864 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464854.html>
3. Шарапов, А. О. Современные технологии психологического консультирования и психотерапии: практическое пособие / А. О. Шарапов, О. В. Матвеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 178 с. — (Профессиональная практика). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/518577>
4. Ромек, В. Г. Поведенческая психотерапия: учебное пособие для вузов / В. Г. Ромек. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 192 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/515451>
5. Залевский, Г. В. Когнитивно-поведенческая психотерапия: учебное пособие для вузов / Г. В. Залевский, Ю. В. Кузьмина, В. Г. Залевский. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 194 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/518572>
6. Дереча, В. А. Психотерапевтическая пропедевтика: учебник для вузов / В. А. Дереча. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 294 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/520277>

**Дополнительная литература:**

1. 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>
2. Детская и подростковая психотерапия: учебник для вузов / Е. В. Филиппова [и др.]; под редакцией Е. В. Филипповой. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 432 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/511157>
3. Дмитриева, Т. Б. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова; отв. ред. Ю. А. Александровский. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 624 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461754.html>

4. Рачин, А. П. Психотерапия боли / А. П. Рачин, К. А. Якунин. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 192 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463680.html>
5. Мелехин, А. И. Когнитивно-поведенческая психотерапия расстройств сна / Мелёхин А. И. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 496 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455050.html>
6. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей / Ю. А. Александровский и др. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 552 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462980.html>
7. Шевченко Ю.С. Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Шевченко Ю.С. - Москва: МИА, 2018. - 504 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.medlib.ru/library/library/books/28299>
8. Соколова, Е. Т. Психоаналитическое направление в психотерапии: учебник для вузов / Е. Т. Соколова. — 5-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 139 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/532194>
9. Шарапов, А. О. Технологии психологического консультирования: учебное пособие для вузов / А. О. Шарапов, О. В. Матвеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 178 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/518403>
10. Фесенко, Ю. А. Детская и подростковая психотерапия: невроты у детей: учебное пособие для вузов / Ю. А. Фесенко, В. И. Гарбузов. — 2-е изд. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 330 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/516672>

#### **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».

#### **11. 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, прочесть 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).

## **12. 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 ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Специальность	<b>31.08.22 Психотерапия</b>
Направленность	<b>Психотерапия</b>
Квалификация выпускника:	<b>«Врач-психотерапевт»</b>
Форма обучения:	<b>очная</b>
Срок освоения ОПОП:	<b>2 года</b>



## ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

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

- Универсальные: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5.
- Общепрофессиональные: ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
- Профессиональные: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5

### Универсальные компетенции

Компетенции	Показатели достижения заданного уровня освоения компетенции и критерии оценивания результатов обучения
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- новые технологии в области медицины и фармации по диагностике, лечению, пациентам;</li> <li>- пациент-ориентированный, персонифицированный подход в современной медицине;</li> <li>- роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения.</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анализировать полученную информацию о новых достижениях в области медицины и фармации;</li> <li>- использовать приказы и другие нормативные документы Минздрава РФ в работе врача-неонатолога;</li> <li>- излагать собственную точку зрения после анализа полученной научной информации, соблюдая морально-этические нормы аргументации, участвовать в дискуссии и проведении круглых столов.</li> </ul>
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	<p><b>Знает:</b> цели, задачи и принципы формирования проекта в рамках обозначенной проблемы; содержание и критерии эффективности каждого этапа проекта;</p> <p><b>Умеет:</b> составлять и реализовывать план-контроль реализации проекта.</p>
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	<p><b>Знает:</b> знает принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала</p> <p><b>Умеет:</b> руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, используя принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методы руководства.</p>
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	<p><b>Знает:</b> основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон</p> <p><b>Умеет:</b> применять основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон и толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива</p>
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и	<p><b>Знает:</b> методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории</p> <p><b>Умеет:</b> применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения</p>

личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	карьерной траектории
---	----------------------

### Общепрофессиональные компетенции

Компетенции	Показатели достижения заданного уровня освоения компетенции и критерии оценивания результатов обучения
ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития</li> <li>- основные правовые средства защиты информации</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- использовать современные информационно-коммуникационные технологии для профессионального и личностного развития</li> <li>- анализировать и обобщать полученные результаты в практике медицинских исследований, используя современные информационно-коммуникационные технологии</li> </ul>
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан</li> <li>- Показатели и критерии качества оказания медицинской помощи</li> <li>- Виды основных медико- статистических показателей</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Организовывать и проводить просветительную работу по сохранению здоровья граждан.</li> <li>- Отбирать, систематизировать и использовать медико-статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи</li> <li>- Делать выводы, оформлять отчетную документацию и представлять результаты оценки качества оказания медицинской помощи</li> </ul>
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	<p><b>Знает:</b> педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения</p> <p><b>Умеет:</b> использовать педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения</p>
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основные жалобы при психических расстройствах и заболеваниях</li> <li>- особенности сбора анамнеза у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями</li> <li>- анатомическое строение центральной и периферической нервной системы, строение оболочек и сосудов мозга</li> <li>- основные физикальные методы обследования нервной системы</li> <li>- основные психотерапевтические методы</li> <li>- основы топической диагностики психических заболеваний</li> <li>- современные методы клинической, лабораторной, инструментальной, нейрофизиологической диагностики заболеваний и (или) состояний психики</li> <li>- возможные осложнения, нежелательные реакции, возникающие</li> </ul>

	<p>в результате</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- диагностических процедур у пациентов при психических заболеваниях</li> <li>- клинические и лабораторные проявления патологических состояний, симптомов, синдромов психических заболеваний, нозологических форм;</li> <li>- клиническую классификацию психических расстройств</li> </ul> <p>опросить больного и получить наиболее достоверные сведения психическом заболевании</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при психических заболеваниях</li> <li>- Показания к госпитализации в психотерапевтическое отделение</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями</li> <li>- интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) при психических заболеваниях</li> <li>- исследовать и интерпретировать психотерапевтический статус пациента, выделять неврологические синдромы</li> <li>- ставить диагноз</li> <li>- обосновывать и планировать объем лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).</li> <li>- интерпретировать и анализировать результаты лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики</li> <li>- Использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ</li> <li>- Производить дифференциальную диагностику пациентам при заболеваниях и (или) состояниях психики</li> <li>- Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) при психических заболеваниях</li> </ul>
<p>ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Стандарты и клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи при психических заболеваниях и (или) состояниях психики</li> <li>- Современные методы лечения основных психических заболеваний</li> <li>- Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в психотерапии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции</li> <li>- Методы немедикаментозного лечения, применяемые в психотерапии, показания и противопоказания, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том</li> </ul>

	<p>числе серьезные и непредвиденные</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших при лечении пациентов при психических заболеваниях</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Разрабатывать план лечения пациентов при заболеваниях при психических заболеваниях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</li> </ul> <p>Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния психики, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения</p> <p>Назначать лекарственные препараты, немедикаментозное лечение, медицинские изделия и лечебное питание пациентам при заболеваниях и (или) состояниях психики в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов при психических заболеваниях</li> </ul> <p>Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания</p>
<p>ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов при психических заболеваниях</li> <li>- Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики</li> <li>- Методы медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях</li> <li>- Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в результате мероприятий реабилитации пациентов при психических заболеваниях</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам при психических заболеваниях и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)</li> <li>- Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов при психических заболеваниях и, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)</li> <li>- Определять медицинские показания для направления пациентов при психических заболеваниях к врачам-специалистам для</li> </ul>

	<p>назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)</li> <li>- Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях</li> <li>- Выявлять эмоциональные расстройства и выполнять их коррекцию у пациентов при психических заболеваниях на всем протяжении выполнения</li> <li>- реабилитационных программ</li> </ul>
<p>ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p>	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное психическими заболеваниями, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и реабилитации инвалидов</li> <li>- требования к оформлению медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при психических заболеваниях</li> <li>- Порядок выдачи листов нетрудоспособности</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное психическими заболеваниями и (или) состояниями нервной системы, нахождение медико-социальной экспертизы</li> <li>- Определять признаки стойкого нарушения функции организма, обусловленного психическими заболеваниями</li> <li>- Выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия психических заболеваний и (или) состояний нервной системы</li> <li>- Определять признаки временной нетрудоспособности, обусловленной психическими заболеваниями и (или) состояниями нервной системы</li> </ul>
<p>ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Основы здорового образа жизни, методы его формирования</li> <li>- Формы и методы санитарно-просветительной работы среди психиатрических пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики психических заболеваний.</li> <li>- факторы риска развития основных психических заболеваний</li> </ul> <p><b>Умеет</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике</li> </ul>

	<p>психических заболеваний</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления психических расстройств, основных факторов риска их развития</li> <li>– Проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными психическими больными</li> </ul>
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «психотерапия»</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Составлять план работы и отчет о своей работе</li> <li>– Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения</li> <li>– Использовать информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»</li> </ul>
ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов психиатрического профиля, или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента и требующих оказания экстренной медицинской помощи</li> <li>- Признаки состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме</li> <li>– Алгоритм оказания неотложной помощи при психиатрических заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента</li> <li>– Перечень лекарственных препаратов, используемых при оказании экстренной помощи при психиатрических представляющих угрозу жизни пациента.</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Провести психиатрический осмотр пациента</li> <li>– Оказывать медицинскую помощь в неотложной форме</li> <li>– Применять лекарственные препараты при оказании медицинской помощи в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания)</li> <li>– Оценить эффективность проводимых лечебных мероприятий</li> </ul>

### Профессиональные компетенции

Код и наименование профессиональной компетенции	Показатели достижения заданного уровня освоения компетенции и критерии оценивания результатов обучения
ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях ВО	<p><b>Знает:</b> педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО</p> <p><b>Умеет:</b> применять педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО</p>
ПК-2. Способен применять	<b>Знает:</b> основные базы данных, электронные библиотеки и др.

<p>современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности</p>	<p>электронные ресурсы, необходимые для реализации научных проектов, организации исследовательской, проектной и иной деятельности, соответствующей научной области и области профессиональной деятельности</p> <p><b>Умеет:</b> использовать информационные системы в здравоохранении; применять компьютерные методы обработки данных в медицине</p>
<p>ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	<p><b>Знает:</b> нормативные правовые акты, регулирующие работу структурных подразделений медицинской организации.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- принципы организации труда</li> <li>- порядок ведения учетно-отчетной документации</li> </ul> <p><b>Умеет:</b> использовать формы и методы работы, направленные на повышение качества медицинской помощи населению</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- обеспечить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности</li> </ul>
<p>ПК-4. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- особенностей формирования психического расстройства;</li> <li>- порядок проведения дифференциальной диагностики;</li> <li>- формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней.</li> <li>- критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса;</li> <li>- современные методы плана лабораторных методов исследования при диагностике патологического процесса и определении его активности;</li> <li>- правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни психического больного;</li> <li>- современные критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса;</li> <li>- обоснования назначения необходимого лабораторно-инструментального исследования;</li> <li>критерии формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней.</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- опросить больного и получить наиболее достоверные сведения о психическом заболевании;</li> <li>- обосновывать и планировать объем лабораторного и инструментального обследования пациентов с психиатрическим заболеванием в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения);</li> <li>- выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания;</li> <li>- оценить данные параклинических методов исследования при диагностике патологического процесса и определении его активности;</li> <li>- установить диагноз пациенту с психиатрическим заболеванием с учетом действующей МКБ</li> <li>- выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания;</li> <li>- обосновать назначение необходимых лабораторно-</li> </ul>

	<p>инструментальных исследований;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- провести дифференциальную диагностику психического заболевания;</li> <li>- поставить и обосновать окончательный диагноз</li> <li>- выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания;</li> </ul> <p>установить диагноз пациенту с психиатрическим заболеванием, с учетом действующей МКБ</p>
ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- как разработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии;</li> <li>- обосновать показания к назначению больному психотропных средств;</li> <li>- разработать схему обоснованного восстановительного, поддерживающего и противорецидивного лечения;</li> <li>- клинические показания для срочной или плановой госпитализации, или перевода больного психиатрического профиля на лечение к другому специалисту, определить профиль медицинской организации или специалиста с учетом особенности и тяжести заболевания;</li> <li>- организовать с учетом современных данных, лечение психических больных - женщин, лиц молодого и пожилого возраста;</li> <li>- общую психотерапию и частные виды психотерапии психических расстройств; современные методы лечения при психических расстройствах;</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- провести комплексное лечение больного психиатрического профиля с учетом психопатологического и соматического состояния пациента, психокоррекцию;</li> <li>- оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению срывов и рецидивов заболевания</li> <li>- провести с учетом современных данных, лечение психических больных - женщин, лиц молодого и пожилого возраста;</li> </ul>

## 1. Этапы проведения государственной итоговой аттестации

Этапы ГИА	Коды контролируемых компетенций	Наименование оценочных средств*
<b>1 этап</b> - Оценка уровня теоретической подготовленности (тестирование в электронном или письменном виде)	УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5	ТЗ
<b>2 этап</b> - Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи (собеседование)	УК-1, УК-2, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5	КВ, СЗ

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

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



## 2. Итоговая оценка выпускника по результатам поэтапного экзамена государственной итоговой аттестации

1 этап	2 этап	Итоговая оценка аттестации
Тестирование	Собеседование	Выставляется с учетом результатов двух этапов экзамена.

### Критерии оценки результатов поэтапного экзамена

Показатель оценивания результатов освоения образовательной программы	Критерий			
	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
<b>Тестирование</b> (оценка уровня теоретической подготовленности по тестам)	90-100%	80-89 %	70-79 %	До 70%
<b>Собеседование</b> (Оценка 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; ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

1. Структура психического статуса. Современные и традиционные классификации психических расстройств.
2. Ощущения, восприятия (определение, основные свойства, отличия).
3. Виды расстройств восприятия (агнозии, иллюзии, галлюцинации, метиморфопсии, нарушения схемы тела).
4. Память (определение, функции, типы, виды). Расстройства памяти, Закон Рибо.
5. Мышление (определение, формы). Типы мышления, динамика становления, взаимосвязь.
6. Расстройства мышления (темп, последовательность). Болезненные идеи (доминирующие, навязчивые, бредоподобные, бредовые).
7. Эмоции: определение, формы проявления (настроение, аффект, страсть). Нарушения эмоций.
8. Виды действий. Основные этапы волевого процесса.
9. Внимание. Нарушения внимания.
10. Нарушения сознания по типу помрачения (делирий, онейроид, сумерки, аменция).
11. Интеллект (определение, предпосылки, развитие). Типы слабоумия.
12. Синдромы нарушения восприятия (галлюцинаторный, галлюцинаторно-бредовый).
13. Синдромы нарушения мышления (первичный бред - паранояльный синдром, вторичный бред - парафренический синдром).
14. Кататонический синдром.
15. Классификация психических заболеваний (экзогенная и эндогенная группа психозов, пограничные состояния) МКБ-10, DSM-V.
16. Старческое слабоумие (клиника, течение, прогноз).
17. Психические расстройства при ЧМТ (острые и отдаленного периода травм).
18. Обсессивно-компульсивные расстройства: эпидемиология, этиология и патогенез, клиника и диагностика, течение и прогноз. Дифференциальная диагностика. Лечение.

19. Клинические описания отдельных форм расстройств личности в МКБ-10 и МКБ-11. Группировки расстройств личности: ядерные (конституциональные), краевые (приобретенные) и органические; возбудимые, тормозимые и истерические формы. Кластеры РЛ в систематике DSM-V.
20. Ранний детский аутизм. Этиопатогенез, клиника и диагностика раннего детского аутизма. Этиопатогенетические гипотезы раннего детского аутизма. Синдром Каннера. Синдром Аспергера. Лечение и абилитация раннего детского аутизма. Психолого-педагогическая работа с аутичными детьми. Работа по развитию речи и ее влияние на течение раннего детского аутизма. Холдинг-терапия. Особенности игровой психотерапии с аутичными детьми.
21. Шизофрения. Этиология и патогенез шизофрении. Эпидемиология. Современные представления об этиологии и патогенезе шизофрении. Клиника и диагностика шизофрении. Облигатные шизофренические расстройства, симптомы первого ранга К. Шнейдера.
22. Шизотипическое, шизоаффективное и бредовые расстройства. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Течение и прогноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.
23. Биполярное расстройство: эпидемиология, этиология, патогенез, течение и прогноз. Клиника и диагностика. Особенности диагностики БАР в классификации DSM-V и МКБ-11.
24. Рекуррентное депрессивное расстройство: эпидемиология, этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Тактика врача первичного звена в случаях суицидальных действий больных.
25. Умственная отсталость: краткая историческая справка. Распространенность. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение: основные принципы. Экспертиза умственной отсталости.
26. Психосоматические расстройства. История развития и современная концепция психосоматической медицины. Классификация психосоматических расстройств. Основные формы психосоматических расстройств.
27. Соматоформные расстройства: краткая историческая справка. Распространенность. Этиология и патогенез, клиника и диагностика, течение и прогноз. Дифференциальная диагностика. Лечение.
28. Диссоциативные и конверсионные расстройства: эпидемиология, этиология и патогенез, клиника и диагностика, течение и прогноз. Дифференциальная диагностика. Лечение.
29. Связанные со стрессом расстройства: эпидемиология, этиология и патогенез, клиника и диагностика, течение и прогноз. Дифференциальная диагностика. Лечение.
30. Общие представления о тревожных расстройствах: эпидемиология, этиология и патогенез, клиника и диагностика, течение и прогноз. Дифференциальная диагностика. Лечение.
31. Структура психотерапии: цели, фазы процесса, средства психотерапии.
32. Терапевтические отношения: виды, структура, динамика.
33. Феномены переноса и контрпереноса в психотерапии.
34. Классификация методов и направлений психотерапии по формальным признакам.
35. Классификация методов и направлений психотерапии по терапевтическим целям.
36. Классификация методов и направлений психотерапии по теоретическим подходам.
37. Интегративная и эклектическая психотерапия: сущность понятий, сравнительная оценка.
38. Психосексуальная концепция развития личности по Фрейду. Значение ее в психотерапии.
39. Базовые понятия психоанализа и психоаналитической терапии.

40. Когнитивная психотерапия: общая характеристика, сущность, особенности. Цели когнитивной терапии. Направления и уровни терапевтических изменений.
41. Поведенческая психотерапия, теоретические основы. Связь с когнитивной терапией.
42. Релаксационные методы психотерапии: показания и противопоказания к использованию в клинике, осложнения.
43. Телесно-ориентированная психотерапия, сущность, особенности. Основы диагностики в телесно-ориентированной психотерапии. Цели телесно-ориентированной психотерапии.
44. Символдрама: цели, показания, противопоказания, техника проведения. Способы погружения в «сновидение» в символдраме.
45. Исторические аспекты гештальт-терапии. Принципы и цели гештальттерапии. Основные теоретические понятия гештальт-терапии. Терапевтический процесс в гештальт-терапии.
46. Структура психоневрологического диспансера.
47. Основные положения Закона РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".
48. Психофармакология антипсихотических препаратов.
49. Психофармакология антидепрессантов и нормотимиков.
50. Психофармакология транквилизаторов и ноотропов.
51. Нежелательные явления в процессе психофармакотерапии.
52. Острые осложнения психофармакотерапии. Холинолитический делирий. Острая дистония. Злокачественный нейролептический синдром.
53. Социальная психиатрия. История, предмет, цель, задачи, перспективы развития возраста.
54. Основные положения суицидологии.
55. Психосоциальная реабилитация: подходы и методы. Основные направления психосоциальной реабилитации. Психообразование для психически больных и их родственников.
56. Методы немедикаментозной терапии психических расстройств и расстройств поведения. Электросудорожная терапия. Инсулинокоматозная терапия. Другие немедикаментозные методы лечения психических расстройств (рефлексотерапия, гипербарическая оксигенация, электростимуляция мозга и др).
57. Организация психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях.
58. Неотложная помощь при психических нарушениях интоксикационного генеза, а также в состоянии отмены ПАВ.
59. Особенности психических расстройств у пострадавших при различных видах чрезвычайных ситуаций.
60. Организация психиатрической помощи в условиях современных войн.

## **ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

Проверяемые компетенции

(УК-1, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-2, ПК-4, ПК-5)

1. Приобретенное слабоумие делится на
  - a. парциальное (лакунарное)
  - b. тотальное (глобальное)
  - c. маразм (распад личности)
  - d. частичное
  - e. полное
2. Для детских аффективных синдромов (в отличие от таковых у взрослых) характерны
  - a. частота полиморфных аффективных синдромов малой глубины

- b. преобладание простых аффективных синдромов психотической глубины
  - c. преобладание сложных аффективных синдромов с расстройствами сознания
3. Для висцеральных галлюцинаций характерно все перечисленное, кроме
    - a. ощущения явного присутствия в полости тела инородных предметов
    - b. ощущения присутствия в теле живых существ
    - c. наличия беспредметных, необычных, тягостных ощущений в разных местах
    - d. возможности точного описания своих ощущений
    - e. ощущения, что эти предметы неподвижны, шевелятся
  4. Слуховые псевдогаллюцинации определяются всем перечисленным, кроме
    - a. возникновения "внутренних", "сделанных", "мысленных" голосов
    - b. звучания мыслей
    - c. громких мыслей
    - d. содержания брани, упреков, предсказаний, приказов и т.д.
    - e. ощущения, что языком больного произносятся слова, фразы
  5. К разновидностям пропульсивных припадков относятся все перечисленные, исключая
    - a. кивки
    - b. салам-припадки
    - c. клевки
    - d. амиотонические
    - e. молниеносные
  6. Повторяющееся стойкое непроизвольное упускание мочи во время глубокого ночного сна у детей в возрасте старше 3 лет при отсутствии урологических заболеваний и поражений спинного мозга связано
    - a. с невротическим энурезом
    - b. с неврозоподобным энурезом
    - c. с энурезом при шизофрении
  7. Признаками гипоманиакального состояния являются
    - a. повышенная активность
    - b. повышение настроения
    - c. нарушение сна
    - d. снижение настроения
    - e. снижение темпа мыслительной деятельности
  8. Патологическое просонное состояние (опьянение сном) характеризуется всем перечисленным, кроме
    - a. возникает при замедленном пробуждении и от глубокого сна, сопровождается яркими, в том числе кошмарными сновидениями
    - b. сознание остается заторможенным при освобождении функций, относящихся к движению
    - c. ярко помнятся сновидения, воспринимаемые за действительность, сновидения переплетаются с неправильным восприятием окружающего
    - d. заканчиваются сном и последующим сохранением в памяти обрывков бывших сновидений
    - e. состояния носят характер сделанности
  9. К признакам депрессивного двигательного торможения относятся все перечисленные, исключая
    - a. замедление движений
    - b. бедность мимики
    - c. ощущение мышечной слабости
    - d. повышенную чувствительность
    - e. явления депрессивного ступора
  10. Ступор с явлениями восковой гибкости проявляется всем перечисленным, кроме
    - a. состояния бездвиженности
    - b. сохранения любого изменения позы
    - c. резкого напряжения мышц с противодействием при попытке изменить позу
    - d. появления восковой гибкости в жевательных мышцах, затем в мышцах шеи, верхних и нижних конечностях
    - e. исчезновения восковой гибкости в обратном порядке
  11. Бред инсценировки характеризуется следующим восприятием
    - a. все происходящее сделано специально

- b. вокруг идет как бы инсценировка, разыгрывается спектакль
  - c. вокруг все изменяется, перемещается, изменяются лица окружающих
  - d. под видом родных приходят незнакомые, а в посторонних узнают родных
  - e. присутствует полная критика к собственному состоянию
12. Запаздывание или приостановка психического развития определяется как
- a. асинхрония развития
  - b. акселерация
  - c. ретардация
  - d. высвобождение более ранних форм нервно-психического реагирования
13. Гипербулия проявляется всем перечисленным, кроме
- a. повышения волевой активности, усиления побуждений
  - b. повышенной деятельности
  - c. чувства сделанности состояния
  - d. порывистости, инициативности
  - e. говорливости, подвижности
14. "Сверхценные образования" у подростков чаще возникают
- a. при шизофрении
  - b. при эндогенной депрессии
  - c. при психопатиях
  - d. при психических нарушениях при пубертатном кризе
  - e. при психогенных заболеваниях подросткового возраста
15. Сверхценные индуцированные образования у подростков чаще всего наблюдаются
- a. при шизофрении
  - b. при психогенном развитии личности
  - c. при психопатиях
  - d. при психических нарушениях в связи с органическим поражением головного мозга
16. Врожденное слабоумие (олигофрения) проявляется
- a. дебильностью
  - b. имбецильностью
  - c. идиотией
  - d. циклотимией
  - e. гипоманией
17. Немое (безмолвное) возбуждение проявляется
- a. хаотическим, бессмысленным, нецеленаправленным возбуждением с агрессией
  - b. яростным сопротивлением
  - c. нанесением себе и окружающим тяжелых повреждений
  - d. плаксивостью
  - e. отсутствием сопротивления и агрессии
18. Разновидностями простой формы сумеречного помрачения сознания являются
- a. амбулаторные автоматизмы
  - b. фуга или транс
  - c. сомнамбулизм или лунатизм (амбулаторный автоматизм, возникающий во сне)
  - d. конверсионные расстройства
  - e. генерализованный судорожный приступ
19. Возбуждение ребенка выражается в бесцельной маятникообразной ходьбе от препятствия к препятствию, однообразном беге по кругу ("манежный бег"), стереотипных подпрыгиваниях, выкриках бессмысленных звукосочетаний, повторений слов и действий окружающих. В этом случае имеет место
- a. возбуждение в структуре аффективных расстройств
  - b. психопатоподобный синдром
  - c. психомоторный пароксизм
  - d. кататоническое возбуждение
20. Психомоторный уровень преимущественного нервно-психического реагирования по В.В. Ковалеву характерен для детей в возрасте
- a. от 0 до 3 лет
  - b. 4 - 7 лет

- c. 5 - 10 лет
  - d. 11 - 17 лет
21. Бредовый вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома характеризуется
    - a. преобладанием бредовых идей воздействия и преследования
    - b. большим удельным весом психических автоматизмов
    - c. относительной слабостью выраженности псевдогаллюцинаторных расстройств
    - d. высокой выраженностью псевдогаллюцинаторных расстройств
    - e. отсутствием психических автоматизмов
  22. Длительное (недели и более) расстройство настроения с подавленностью, грустью, жалобами на скуку, капризностью, плаксивостью, двигательной заторможенностью, снижением аппетита и нарушением сна, общим недомоганием, жалобами на боли в животе при отсутствии соматического заболевания следует расценивать как
    - a. астенический синдром
    - b. невротоподобный синдром
    - c. фобический синдром
    - d. депрессивный синдром
  23. Психопатологическую сущность состояния, при котором недовольство мнимым физическим недостатком усиливается, влияя на все поведение подростка и приобретая характер некорректируемого и даже нелепого убеждения (миловидная девушка утверждает, что у нее безобразная внешность), следует оценить как
    - a. сверхценную дисморфофобию
    - b. навязчивую дисморфофобию
    - c. ипохондрию
    - d. обсессивно-компульсивный симптом
  24. Классическая депрессивная триада характеризуется
    - a. эмоциональным торможением
    - b. двигательным торможением
    - c. идеаторным торможением
    - d. идеаторным снижением
    - e. эмоциональным повышением
  25. Сенестопатические (сенсорные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме
    - a. крайне неприятных ощущений, возникающих в результате мнимого воздействия посторонних сил
    - b. разнообразного характера сделанных ощущений
    - c. сделанного настроения, сделанного чувства
    - d. чувства сделанного жара или холода, болезненных ощущений в разных частях тела
    - e. необычности, вычурности ощущений
  26. К простым вариантам маниакального синдрома относятся все перечисленные, кроме
    - a. гневливой мании
    - b. веселой мании
    - c. спутанной мании
    - d. мании с чувственным бредом
    - e. непродуктивной мании
  27. Подросток логически обосновывает неприязненное отношение к себе окружающих тем, что у него "отталкивающая внешность". Поведение определяется переживаниями больного. В этом случае имеет место
    - a. идея отношения
    - b. дисморфофобическая бредовая идея
    - c. идея отношения, сочетающаяся с дисморфофобическими бредовыми идеями
  28. Педункулярный галлюциноз характеризуется
    - a. наличием движущихся микроскопических зрительных галлюцинаций
    - b. отсутствием страха у больных, отсутствием тягостных ощущений
    - c. возникновением чаще в вечернее время
    - d. возникновением чаще при поражениях среднего мозга, ножек мозга
    - e. присутствием чувства страха и возникновением галлюциноза в утреннее время
  29. Галлюцинации у ребенка сопровождаются психомоторным возбуждением, преобладают зрительные галлюцинации. Галлюцинаторные образы отличаются под вижностью,

- воспринимаются больным как реальные объекты. Имеют место признаки помрачения сознания. Указанное состояние следует определять как
- зрительный галлюциноз
  - делирий
  - онейроидное помрачение сознания
  - амецию
30. Фиксационная амнезия характеризуется
- потерей способности запоминать
  - отсутствием памяти на текущие события
  - выпадением из памяти событий, непосредственно предшествовавших настоящему состоянию
  - сохранением способности запоминать текущие события
31. Ступор с оцепенением проявляется всем перечисленным, кроме
- резчайшего мышечного напряжения
  - постоянного пребывания в одной и той же позе
  - явлений восковой гибкости
  - пребывания чаще во внеутробной позе
  - появления симптома хоботка (вытянутых губ при плотно сжатых челюстях)
32. Ускорение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, исключая
- увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени
  - более поверхностный характер умозаключений, крайнюю отвлекаемость мышления
  - бесплодного мудрствования
  - преобладание образных представлений над абстрактными идеями
  - возникновение скачки идей, вихря мыслей и представлений
33. Этап ориентированного онейроида проявляется всем перечисленным, исключая
- возникновение непроизвольного фантазирования с яркими представлениями о полетах, путешествиях, войнах, мировых катастрофах
  - сосуществование такого фантазирования с восприятием реального мира и ориентировкой в окружающем
  - наплыв истинных зрительных галлюцинаций
  - легкое изменение фантастических бредовых построений под влиянием изменений окружающего, нарушение чувства времени
  - преобладание или растерянно-патетического возбуждения, или субступора
34. Вторая стадия делирия характеризуется всем перечисленным, исключая
- кататонические расстройства
  - преобладание парейдолий
  - увеличение лабильности аффекта
  - усиление расстройства сна
  - появление устрашающих сновидений, которые путают с реальностью
35. Депрессивное идеаторное торможение может быть выражено всеми проявлениями, кроме
- концентрации мышления на депрессивной фабуле
  - затруднения запоминания
  - затруднения воспроизведения
  - явлений прогрессирующей амнезии
  - депрессивного моноидеизма
36. Мусситирующий (бормочущий) делирий проявляется всем перечисленным, исключая
- совершение профессиональных движений
  - хаотическое беспорядочное возбуждение обычно в пределах постели
  - невнятное бессвязное бормотание
  - развитие на высоте возбуждения хореiformных гиперкинезов
  - возможность развития карфологии
37. Стойкое убеждение в плохом, недоброжелательном отношении к ребенку окружающих или определенных лиц, не подтверждаемое объективными сведениями, характеризуется как
- навязчивые идеи отношения
  - сверхценные идеи отношения
  - бредовые идеи отношения



38. Галлюцинаторный вариант "психотической" формы сумеречного помрачения сознания характеризуется всем перечисленным, кроме
- преобладают зрительные с устрашающим содержанием галлюцинации
  - характерен наплыв вербальных псевдогаллюцинаций
  - зрительные галлюцинации чаще чувственно яркие, сценopodobны, окрашены в разные цвета или сверкают
  - характерны подвижные, теснящие зрительные галлюцинации
  - галлюцинации слуха - это фонемы, чаще оглушительные
39. К сложным вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, кроме
- ипохондрической депрессии
  - депрессии с интерпретативным бредом
  - депрессии с бредом ущерба
  - депрессии с бредом самоуничижения
  - депрессии с чувственным бредом
40. Синдрому интерпретативного бреда свойственно все перечисленное, кроме
- преобладания образных представлений, наличия растерянности
  - стойкости и прогрессирования
  - наличия непрерывной внутренней работы над содержанием бреда, развитием и систематизацией бредовых идей
  - превращения бредовых идей в постоянное воззрение
  - повышенной активности
41. Вариантом дизонтогенеза, соответствующим психическому инфантилизму, является
- асинхрония
  - акселерация
  - тотальная психическая ретардация
  - парциальная психическая ретардация
42. Конфабуляции представляют собой все перечисленное, исключая
- ложные воспоминания
  - действительные события, бывшие или возможные в прошлом, перемещенные в ближайшее время
  - обыденные, часто связанные с профессией события, замещающие пробел в воспоминаниях больного
  - патологические воображения в форме воспоминаний
  - сделанные воспоминания
43. Простая форма сумеречного помрачения сознания характеризуется всем перечисленным, исключая
- развивается внезапно
  - больные отключаются от реальности, вступить с ними в контакт невозможно
  - спонтанная речь либо отсутствует, либо ограничивается повторением от-дельных слов
  - развиваются то кратковременные ступорозные состояния, то эпизоды им-пульсивного возбуждения с негативизмом
  - сохраняется полное воспоминание о переживаниях периода помраченного сознания
44. Этап острой фантастической парафрении проявляется всем перечисленным, кроме
- фантастических видоизменений предшествующих психических расстройств
  - появления астенических расстройств
  - приобретения фантастического содержания реальных событий
  - возникновения фантастического ретроспективного бреда
  - возникновения манихейского бреда
45. Маниакальная триада характеризуется
- повышенным настроением
  - ускорением ассоциаций
  - двигательным возбуждением
  - снижением темпа мыслительной деятельности
  - снижением настроения
46. Искажённое, диспропорциональное, дисгармоническое психическое развитие определяется как
- ретардация

- b. асинхрония развития
  - c. акселерация
47. Острая парафрения проявляется всем перечисленным, кроме
- a. развития острого чувственного бреда с псевдогаллюцинациями и нестойкими конфабуляциями, нестойкостью, изменчивостью бредовых идей
  - b. склонности к развитию на высоте сумеречного помрачения сознания
  - c. яркости аффекта
  - d. возникновения острого фантастического и антагонистического бреда
  - e. склонности к развитию на ее высоте онейроида
48. Идеаторные (ассоциативные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме
- a. мнимого воздействия на процессы мышления и другие формы психической деятельности
  - b. ментизма, симптома открытости, звучания мыслей
  - c. сделанных неприятными ощущения
  - d. отнятия мыслей, сделанных мыслей, разматывания воспоминаний
  - e. сделанных настроением, сделанных чувствами
49. Бредовый характер страхов помогает определить у ребенка следующий признак
- a. страхи возникают вне зависимости от психотравмирующей ситуации
  - b. страхи обнаруживают склонность к постоянству
  - c. страхи не корректируются
  - d. бредовые страхи сочетаются с симптомами психотического уровня, например, с галлюцинациями
  - e. страхи возникают строго в зависимости от психотравмирующей ситуации
50. Истерические нарушения моторики проявляются всем перечисленным, исключая
- a. функциональные парезы и параличи
  - b. явления астазии-абазии
  - c. различные гиперкинезы и тики
  - d. психогенную слепоту
  - e. блефароспазм, афонию и мутизм
51. Кинестетические (моторные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме
- a. убеждения, что движения производятся помимо воли, под влиянием извне
  - b. убеждения, что действиями руководят, двигают их конечностями
  - c. отнятия мыслей, разматывания воспоминаний
  - d. проявления ощущения неподвижности, оцепенения
  - e. речедвигательных автоматизмов
52. Неотложная помощь при эпилептическом состоянии включает следующие основные принципы
- a. раннее начало лечения
  - b. комплексность терапевтических мер
  - c. применение дозированного наркоза
  - d. отказ от применения наркоза
  - e. начало лечения после эпилептического приступа
53. Расстройство побуждений проявляется
- a. повышением волевой активности
  - b. понижением волевой активности
  - c. отсутствием побуждений
  - d. извращением волевой активности
  - e. повышением настроения
54. Субступорозное состояние проявляется всем перечисленным, кроме
- a. неполной обездвиженности
  - b. ложных воспоминаний
  - c. более или менее выраженного мутизма
  - d. продолжительного сохранения одного и того же положения тела
  - e. неестественных, вычурных поз
55. Опасение излишней полноты у девочки-подростка приводит к длительному ограничению в еде, несмотря на сознание чуждости переживания и стремления от него избавиться. Это состояние следует расценить как
- a. сверхценную анорексию

- b. навязчивую анорексию
  - c. бредовую анорексию
56. У девочки-подростка отказы от еды стали возникать как средство неосознанного избавления от психотравмирующей ситуации. В это случае речь идет
- a. о декомпенсации психостенической психопатии
  - b. о синдроме психической анорексии
  - c. об аноректическом поведении в рамках истеро-невротического расстройства
57. Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме
- a. интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего большого
  - b. понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним
  - c. наличия конкретного содержания
  - d. неопределенного чувства страха, без понимания его бессмысленности
  - e. возможности быть всеохватывающим
58. Тревожное настроение со страхом угрозы со стороны окружающего: "портрет - страшный", в комнате присутствует кто-то "посторонний" и т.п. следует характеризовать как
- a. депрессивное состояние
  - b. тревожно-боязливое состояние с бредовой настроенностью
  - c. навязчивые страхи
59. Истинным галлюцинациям свойственно
- a. произвольное возникновение представлений
  - b. проецирование их вовне
  - c. яркость, неотличимость от реальных предметов
  - d. проецирование их внутри себя
  - e. произвольное возникновение представлений
60. В сравнительно легких случаях деперсонализация выражается всем перечисленным, исключая
- a. ощущение внутренней измененности, касающейся чувств и мыслей
  - b. восприятие окружающей обстановки как безжизненной
  - c. блеклое, безжизненное, приглушенное осознание себя
  - d. ощущение наблюдения себя как бы со стороны
  - e. возможность утраты чувств, возможной утраты собственного «Я»
61. К проявлениям физической (телесной) деперсонализации относятся
- a. чувство отчуждения своего голоса
  - b. ощущение, что тело, отдельные части его стали чужими
  - c. наблюдение за своими действиями как бы со стороны
  - d. чувство единства всего тела
  - e. ощущения принадлежности собственного голоса самому себе
62. К вариантам больших судорожных припадков относятся все следующие, кроме
- a. большого судорожного припадка
  - b. атипичных (рудиментарных) форм больших припадков
  - c. джексоновского припадка
  - d. адверсивного судорожного припадка
  - e. мезэнцефального припадка
63. Начальный этап развития онейроида проявляется
- a. лабильностью аффекта
  - b. преобладанием пониженного настроения с оттенком капризности не-мотивированной тревоги, либо повышенного настроения с оттенком восторженности, экзальтации
  - c. возникновением расстройства сна: чередования необычайно ярких сновидений с бессонницей, нарушениями аппетита, головными болями, неприятными ощущениями в области сердца
  - d. стойким гипертимным аффектом
  - e. отсутствием ярких сновидений
64. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно все перечисленное, кроме
- a. аффективной лабильности с преобладанием пониженного настроения
  - b. повышенной утомляемости и истощаемости
  - c. гиперстезии

- d. нарушения сознания
  - e. сомато-вегетативных нарушений
65. Малые истерические припадки проявляются всем перечисленным, исключая
- a. приступы рыдания и хохота
  - b. патетическую жестикуляцию
  - c. секундную потерю сознания с подергиванием тела и группы мышц
  - d. чувство дурноты, учащенное дыхание
  - e. беспорядочные движения конечностями
66. Состояние, при котором болезненная фиксация на однообразной игре, чаще в одиночку, с длительным перевоплощением в образ игры с затруднением переключения на реальное, наблюдается у ребенка дошкольного возраста. Оно может быть определено как фантазии
- a. здорового ребенка
  - b. сверхценного характера
  - c. с "игровым перевоплощением" бредоподобного характера
67. Двигательная расторможенность, непоседливость, общая возбудимость, неустойчивость внимания у детей характерны
- a. для невротоподобного синдрома
  - b. для гиперкинетического (гипердинамического) синдрома
  - c. для психопатоподобного синдрома
68. Депрессивное возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме
- a. двигательного возбуждения
  - b. безысходного отчаяния
  - c. мучительной, невыносимой тоски
  - d. того, что больные стонут, рыдают, пытаются нанести себе повреждения
  - e. ощущения сделанности состояния
69. Для псевдогаллюцинации характерно все перечисленное, кроме
- a. лишения конкретности, реальности
  - b. наличия признаков нарушения сознания
  - c. безжизненности, беззвучности, бестелесности
  - d. интрапроекции внутри организма
  - e. наличия характера сделанности
70. Повторное произвольное выделение кала (обычно в небольших количествах в виде пачканья белья) с получением при этом определенного удовольствия у детей - это
- a. патологическая привычка
  - b. невротический энкопрез
  - c. перверзное сексуальное влечение в виде энкопреза
71. Бред отношения у ребенка сформировался по типу логического, интерпретативного бреда, но отличается малым размахом, бедностью содержания. Такой паранойяльный бред встречается
- a. в младшем возрасте
  - b. в подростковом возрасте
  - c. в среднем возрасте
72. У подростка формируется своеобразное мировоззрение антагонизма, враждебности к людям вообще в плане идеи: "От людей добра не жди, верить никому нельзя". В этом случае имеет место
- a. сверхценная идея отношения
  - b. навязчивая идея
  - c. бред отношения
  - d. пубертатные особенности психики
73. Оглушение проявляется всем перечисленным, кроме
- a. понижения вплоть до полного исчезновения ясности сознания
  - b. выраженных галлюцинаторных и бредовых включений
  - c. повышения порога возбудимости для всех внешних раздражителей
  - d. замедленности, затруднения мышления, трудности в осмыслении ситуации в целом при правильной оценке наиболее элементарных явлений окружающего
  - e. спонтанности, малоподвижности
74. Заторможение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, кроме
- a. замедления возникновения ассоциаций, уменьшения количества ассоциаций

- b. однообразия мыслей и представлений, трудности их образования
  - c. трудности отделения главного от второстепенного
  - d. жалоб на утрату способности к мышлению
  - e. ощущения ослабления умственных способностей
75. Синдром чувственного (образного) бреда характеризуется всем перечисленным, кроме
- a. наглядно-образного характера, отсутствия активной работы над содержанием бреда
  - b. отсутствия последовательной системы доказательств, обоснований
  - c. преобладания воображения, фантазии, грез
  - d. фрагментарности, неясности, непоследовательности бредовых представлений
  - e. последовательного подкрепления искаженного суждения целью обстоятельств
76. Синдромы помрачения сознания проявляются всем перечисленным, исключая
- a. нарушение отражения реального мира как в его внешних, так и внутренних связях
  - b. отрешенность от окружающего мира: затруднение или полную невозможность восприятия происходящего вокруг
  - c. дезориентировку во времени, месте, окружающих лицах, иногда в собственной личности
  - d. бессвязность мышления, наряду со слабостью или невозможностью выработки суждения, полную или частичную амнезию периода помрачения сознания
  - e. чувство сделанности
77. Ослабление избирательной репродукции является
- a. наиболее ранним проявлением ухудшения памяти
  - b. затруднением в воспроизведении необходимого в данный момент материала
  - c. в первую очередь, затруднением в воспроизведении дат, имен, названий, терминов
  - d. отсутствием мнестических нарушений
78. Мании чаще развиваются
- a. у мальчиков
  - b. у девочек
  - c. у мальчиков и девочек с равной частотой
79. Особенностью острого фантастического бреда является все перечисленное
- a. наличия бреда инсценировки, интерметаморфозы
  - b. антагонистического бреда
  - c. грандиозности, мегаломаничности переживаний
  - d. чередования страха и экстаза, боязливости и патетики
  - e. идеи преследования, отношения
80. Повышенная возбудимость с агрессивностью, драчливостью, склонностью к конфликтам, упрямством, непослушанием и грубостью у детей характерны для психопатоподобного синдрома
- a. с повышенной аффективной возбудимостью
  - b. с паранойяльными реакциями
  - c. с истерическими проявлениями
81. Синдром односторонних интересов и увлечений наиболее часто наблюдается
- a. в дошкольном возрасте
  - b. в младшем школьном возрасте
  - c. в пубертатном периоде
  - d. в юношеском возрасте
82. Навязчивые опасения характеризуются всем перечисленным, кроме
- a. неустрашимой вопреки воле и рассудку неуверенности в удачном выполнении привычных или автоматизированных действий
  - b. ощущения воздействия посторонней силы
  - c. отношения к образным (чувственным) навязчивостям
  - d. близости к навязчивым сомнениям
  - e. возможности действительного нарушения соответствующих как произвольных, так и произвольных действий
83. Тревожное возбуждение проявляется
- a. общим двигательным беспокойством
  - b. тревогой, страхом
  - c. различной выраженностью ажитации
  - d. отсутствием чувства страха и двигательного беспокойства

84. Недоброжелательное отношение или даже ненависть к близким людям при отсутствии с их стороны отрицательного отношения к ребенку следует расценить как
- возрастные особенности здорового ребенка
  - сверхценную антипатию
  - бредовую антипатию к близким людям
85. При истинных тактильных галлюцинациях возникают
- ощущение ползания по телу насекомых
  - ощущение появления на поверхности тела посторонних предметов
  - ощущение появления под кожей посторонних предметов
  - оклики, окрики, шепотная речь
  - видение образов и картин
86. Разновидностями ретропульсивных припадков, возникающих у детей 4-12 лет, являются
- клонические
  - рудиментарные
  - пикнолептические
  - тонические
87. Сверхценные образования в подростковом возрасте имеют следующую характерную особенность
- неработанность сверхценной идеи, отсутствие последовательности в доказательствах (невывраженность интерпретативного компонента).
  - соотношение идеи и аффекта в структуре сверхценного образования у подростков смещено в сторону аффекта, что объясняется особенностями подросткового возраста
  - незрелость аргументации в связи с незавершенностью созревания идеаторной сферы в подростковом возрасте
88. Основными проявлениями депрессии первого года жизни является
- вынужденная поза
  - моторная заторможенность
  - соматовегетативные расстройства
89. Общая психопатология детского возраста
- полностью совпадает с психопатологией взрослых
  - имеет особенности, связанные с онтогенезом психики ребенка
  - не связана с психопатологией взрослых
90. Навязчивые сомнения характеризуются всем перечисленным, исключая
- назойливую неуверенность в правильности и законченности совершённых действий
  - сомнение в правильности и точности исполнения
  - стремление проводить перепроверки
  - успокоение больного многократными проверками
  - возможность продолжаться до бесконечности
91. К расстройству идентичности самосознания относится все перечисленное, исключая
- неуверенность в непрерывности самосознания от рождения до данного момента
  - прекращение осознания себя, кто он
  - в легких случаях ощущение отдаленности своего Я
  - в тяжелых случаях исчезновение уверенности "Я есть, Я сам"
  - дезориентировку в ситуации
92. Кинестетические (моторные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме
- убеждения, что движения производятся помимо воли, под влиянием извне
  - убеждения, что действиями руководят, двигают их конечностями
  - отнятия мыслей, разматывания воспоминаний
  - проявления ощущения неподвижности, оцепенения
  - речедвигательных автоматизмов
93. Галлюцинаторный вариант "психотической" формы сумеречного помрачения сознания характеризуется всем перечисленным, кроме
- преобладают зрительные с устрашающим содержанием галлюцинации
  - характерен наплыв вербальных псевдогаллюцинаций
  - зрительные галлюцинации чаще чувственно яркие, сценopodobны, окрашены в разные цвета или сверкают

- d. характерны подвижные, теснящие зрительные галлюцинации
  - e. галлюцинации слуха - это фонемы, чаще оглушительные
94. Галлюцинаторная парафрения характеризуется
- a. наплывом вербальных галлюцинаций
  - b. преобладанием галлюцинаций над бредовыми расстройствами
  - c. преобладанием фантастического характера галлюцинаций и бреда
  - d. наплывом зрительных галлюцинаций
  - e. преобладанием бредовых идей
95. Приобретенное слабоумие делится на
- a. парциальное (лакунарное)
  - b. тотальное (глобальное)
  - c. маразм (распад личности)
  - d. олигофрению
  - e. аутизм
96. Возбуждение ребенка выражается в бесцельной маятникообразной ходьбе от препятствия к препятствию, однообразном беге по кругу ("манежный бег"), стереотипных подпрыгиваниях, выкриках бессмысленных звукосочетаний, повторений слов и действий окружающих. В этом случае имеет место
- a. возбуждение в структуре аффективных расстройств
  - b. психопатоподобный синдром
  - c. психомоторный пароксизм
  - d. кататоническое возбуждение
97. Выраженное, стойкое снижение аппетита с периодическим отказом от еды и рвотами у детей грудного возраста, а также у детей раннего и дошкольного возраста при резких изменениях режима питания, перекармливании, принудительном кормлении следует классифицировать как
- a. истинную анорексию
  - b. психическую анорексию
  - c. психологически понятную реакцию здорового ребенка
98. Галлюцинации у ребенка сопровождаются психомоторным возбуждением, преобладают зрительные галлюцинации. Галлюцинаторные образы отличаются подвижностью, воспринимаются больным как реальные объекты. Имеют место признаки помрачения сознания. Указанное состояние следует определять как
- a. зрительный галлюциноз
  - b. делирий
  - c. онейроидное помрачение сознания
  - d. аменцию
99. Продром пароксизмов характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, возникающими за несколько секунд (минут, часов, дней) до возникновения пароксизма
- a. астеническими
  - b. аффективными
  - c. сенестопатическими
  - d. психопродуктивными
  - e. идеаторными
100. В основе депрессивной "школьной фобии" лежит
- a. замедление темпа мышления
  - b. защитные личностные реакции на свою учебную и социальную несостоятельность
  - c. идеи отношения
  - d. истощаемость
101. Неотложная помощь при кататоническом возбуждении включает все перечисленное, кроме
- a. неотложной госпитализации
  - b. инъекционного введения нейролептиков преимущественно седативного действия (аминазин, тизерцин, клозапин)
  - c. применения мощных нейролептиков-антипсихотиков (мажептил, галоперидол, триседил)
  - d. применения ЭСТ
  - e. применения антидепрессантов

102. Оглушение возникает в результате всего перечисленного, кроме
- интоксикаций (алкоголь, угарный газ и т.д.)
  - расстройств обмена веществ (уремии, диабета, печеночной недостаточности)
  - черепно-мозговых травм
  - сосудистых и других органических заболеваний центральной нервной системы
  - фебрильной шизофрении
103. К расстройствам памяти относится все перечисленное, кроме
- дисмнезии
  - амнезии
  - конфабуляции
  - парамнезии
  - сделанных воспоминаний
104. Ступор с оцепенением проявляется всем перечисленным, кроме
- резчайшего мышечного напряжения
  - постоянного пребывания в одной и той же позе
  - явлений восковой гибкости
  - пребывания чаще во внеутробной позе
  - появления симптома хоботка (вытянутых губ при плотно сжатых челюстях)
105. Простая форма сумеречного помрачения сознания характеризуется всем перечисленным, исключая
- развивается внезапно
  - больные отключаются от реальности, вступить с ними в контакт невозможно
  - спонтанная речь либо отсутствует, либо ограничивается повторением отдельных слов
  - развиваются то кратковременные ступорозные состояния, то эпизоды импульсивного возбуждения с негативизмом
  - сохраняется полное воспоминание о переживаниях периода помраченного сознания
106. К отвлеченным навязчивостям относятся все перечисленные, исключая
- бесплодное мудрствование (умственная жвачка).
  - навязчивый счет
  - навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, терминов и т.д.
  - навязчивое чувство антипатии
  - навязчивое разложение на отдельные слоги различных слов
107. Наиболее характерным признаком реактивных (ситуационных) уходов у детей является
- нарушение влечений
  - аутистическая тенденция к одиночеству
  - личностные реакции протеста
108. Сверхценный характер фантазий отличается следующими особенностями
- преобладанием фантазий отвлеченного, познавательного характера (составление схем географических карт, планов, таблиц и т.п.)
  - чертами насильственности
  - "аффективной заряженностью" в отношении определенной тематики
109. К расстройству самосознания целостности относится все перечисленное, кроме
- ощущения расстройства "схемы тела" (увеличения и смещения)
  - нарушения осознания себя как единого неразрывного целого
  - возникновения переживания внутреннего распада, раздвоения, вызывающего панический страх
  - сосуществования двух несогласованных Я, находящихся в постоянном противоречии
  - возможности отчуждения частей собственного тела
110. На процессуальный характер "увлечения" подростка указывает
- охваченность
  - несоответствие возрасту
  - вычурность
  - соответствие возрасту
111. Абсансы (кратковременные состояния с внезапным выключением сознания) разделяются на
- слабые простые



- b. средние сложные
  - c. с автоматизированными действиями
  - d. слабые сложные
  - e. средние простые
112. Синдромы уходов и бродяжничества характерны для детей
- a. дошкольного возраста
  - b. младшего пубертатного возраста
  - c. среднего пубертатного возраста
  - d. старшего пубертатного возраста
113. С наличием гипоманиакального состояния могут быть связаны следующие проявления
- a. повышенный аппетит
  - b. нарушение сна
  - c. расторможение влечений
  - d. замкнутость
  - e. апатия
114. У ребенка эксплозивность сочетается со склонностью к дисфориям, гиперсоциальные черты - с обстоятельностью, чрезмерной аккуратностью, утрированным стремлением к справедливости. Это состояние возможно расценить как
- a. вариант нормального развития личности
  - b. истероидные черты характера
  - c. шизоидные изменения личности
  - d. эпилептоидные черты характера
115. Истерические нарушения моторики проявляются всем перечисленным, исключая
- a. функциональные парезы и параличи
  - b. явления астазии-абазии
  - c. различные гиперкинезы и тики
  - d. психогенную слепоту
  - e. блефароспазм, афонию и мутизм
116. К сложным вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, кроме
- a. ипохондрической депрессии
  - b. депрессии с интерпретативным бредом
  - c. депрессии с бредом ущерба
  - d. депрессии с бредом самоуничижения
  - e. депрессии с чувственным бредом
117. У ребенка отмечаются выраженные нарушения поведения при отсутствии в его воспитании примера для правильной социальной ориентировки. Причиной этому может быть
- a. органическое заболевание головного мозга
  - b. расстройство адаптации личности к окружающей среде
  - c. психопатия
  - d. олигофрения
118. Маниакальное идеаторное возбуждение может быть выражено всеми перечисленными признаками, исключая
- a. гипермнезию
  - b. конфабуляции
  - c. ускорение ассоциаций
  - d. явления отвлекаемости со скачкой идей
  - e. идеаторную "спутанность"
119. Делирий характеризуется всем перечисленным, кроме
- a. кататонических включений
  - b. помрачения сознания
  - c. наплыва парейдолий и сценopodobных зрительных галлюцинаций
  - d. резко выраженных двигательных возбуждений
  - e. при преобладании зрительных галлюцинаций возможность вербальных галлюцинаций, острого чувственного бреда, аффективных расстройств
120. Диагностическое значение имеют следующие признаки депрессии
- a. наличие или отсутствие суточных колебаний настроения
  - b. наличие или отсутствие в анестетических депрессиях компонента dolorosa

- c. депрессивный ступор
  - d. трудности в концентрации внимания
  - e. сохранение трудоспособности
121. Причиной смерти при депрессиях раннего возраста является
- a. аутоагрессия
  - b. кахексия
  - c. нарушение терморегуляции
  - d. пассивность в поведении
122. Длительное (недели и более) расстройство настроения с подавленностью, грустью, жалобами на скуку, капризностью, плаксивостью, двигательной заторможенностью, снижением аппетита и нарушением сна, общим недомоганием, жалобами на боли в животе при отсутствии соматического заболевания следует расценивать как
- a. астенический синдром
  - b. невротоподобный синдром
  - c. фобический синдром
  - d. депрессивный синдром
123. Ослабление избирательной репродукции является
- a. наиболее ранним проявлением ухудшения памяти
  - b. затруднением в воспроизведении необходимого в данный момент материала
  - c. в первую очередь, затруднением в воспроизведении дат, имен, названий, терминов
  - d. сохранением мнестических функций
124. В самых тяжелых случаях деперсонализация проявляется всем перечисленным, исключая
- a. утрату чувственного восприятия предметов
  - b. феномен расщепления Я
  - c. утверждение, что существуют два несогласных Я
  - d. утверждение, что каждое из этих Я по-разному воспринимает окружающее, думает, действует
  - e. ощущение, что подобное расщепление происходит под воздействием внешних сил
125. Отсутствие потребности в контактах с окружающими при достаточном интеллектуальном уровне отмечается
- a. при синдроме Каннера
  - b. при синдроме Аспергера
  - c. при органическом варианте раннего детского аутизма
126. Импульсивные влечения проявляются всем перечисленным, кроме
- a. острых, время от времени возникающих стремлений, овладевающих рассудком
  - b. бессмысленных двигательных возбуждений
  - c. влечений, подчиняющих себе поведение больного
  - d. сопровождающихся подавлением всех конкурирующих мыслей, представлений, желаний
  - e. неполноты, непоследовательности воспоминаний о времени их господства
127. Сопор проявляется
- a. патологическим сном
  - b. неподвижностью больных (с закрытыми глазами и амимией)
  - c. вызыванием сильными раздражителями лишь стереотипных недифференцированных защитных реакций
  - d. нормальным сном
  - e. сохранением подвижности больных
128. Галлюцинаторный вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома характеризуется
- a. преобладанием псевдогаллюцинации
  - b. небольшим удельным весом психических автоматизмов
  - c. незначительным удельным весом бреда преследования и воздействия
  - d. преобладанием бредовых идей
  - e. отсутствием синдрома Кандинского-Клерамбо
129. Для детских аффективных синдромов (в отличие от таковых у взрослых) характерны
- a. частота полиморфных аффективных синдромов малой глубины
  - b. преобладание простых аффективных синдромов психотической глубины
  - c. преобладание сложных аффективных синдромов с расстройствами сознания

130. Истинные зрительные галлюцинации могут быть
- бесформенными, с неотчетливой или очерченной формой
  - с величиной видений натуральной, уменьшенной, увеличенной
  - бесцветные, цветные
  - подвижные или неподвижные
  - оформленной и отчетливой формой
131. Возникновение депрессивных состояний у детей возможно
- с первого года жизни
  - с 3-4 лет
  - с 7-10 лет
  - с возраста старше 10 лет
132. Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме
- интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного
  - понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним
  - наличия конкретного содержания
  - неопределенного чувства страха, без понимания его бессмысленности
  - возможности быть всеохватывающим
133. Обсессивный синдром характеризуется
- возникновением чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т.д. помимо желания
  - сознанием их болезненности, критическим отношением к ним
  - бессилием в противоборстве, преодолением ценой изнуряющих страданий
  - отсутствием критики к состоянию
  - отсутствием «борьбы мотивов»
134. Наиболее частой причиной смерти при депрессиях дошкольного возраста является
- суицидальные действия, возникающие вследствие глубины депрессивных переживаний
  - внезапная суицидальная попытка, возникшая в результате конфликта на фоне стертых депрессивных переживаний
  - присоединившееся к депрессии соматическое заболевание
135. Гипобулия проявляется всем перечисленным, кроме
- пониженной волевой активности, бедности побуждений, вялости, бездеятельности
  - скудной, лишенной выразительности речи, снижения двигательной активности
  - ослабления внимания, обеднения мышления
  - ограничения общения вследствие снижения откликаемости
  - повышения мышечного тонуса
136. Ипохондрический синдром проявляется всем перечисленным, исключая
- чрезмерно утрированное внимание к здоровью
  - убежденность в существующем заболевании
  - подавленное настроение с сеностопатиями и мыслями о неизлечимой болезни
  - бредовую убежденность в существовании несуществующей болезни
  - разнообразные, крайне мучительные и тягостные ощущения
137. Врожденное слабоумие (олигофрения) проявляется
- дебильностью
  - имбецильностью
  - идиотией
  - психопатией
  - шизофренией
138. К расстройству границ самосознания относится все перечисленное, исключая
- ослабление вплоть до полного исчезновения границ Я и не Я
  - ослабление вплоть до полного исчезновения различия между миром внутренним и внешним
  - появление полного равнодушия, безучастия ко всему окружающему
  - ослабление вплоть до полного исчезновения различия между реальностью и образами, созданными акустическим миром больных
139. Экстатическое (растерянно-патетическое) возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме
- хаотического возбуждения с агрессией

- b. театральности поз, декламации, пения и т. д.
  - c. преобладания выражения восторга, мистической проникновенности, экстаза
  - d. выпренности, непоследовательности речи
  - e. возможности эпизодов ступора и субступора
140. Депрессивное возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме
- a. двигательного возбуждения
  - b. безысходного отчаяния
  - c. мучительной, невыносимой тоски
  - d. того, что больные стонут, рыдают, пытаются нанести себе повреждения
  - e. ощущения сделанности состояния
141. Ретроградная амнезия характеризуется всем перечисленным, кроме
- a. выпадения из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию
  - b. потери способности запоминать, отсутствия памяти на текущие события
  - c. невозможности воспроизвести события, обстоятельства, бывшие перед утратой сознания или началом болезни
  - d. распространения подобного забвения на различный период
142. Прогрессивный паралич развивается в результате:
- a. Опухоли головного мозга.
  - b. Алкогольного психоза.
  - c. Тяжелой ЧМТ.
  - d. Сифилиса нервной системы.
143. Для шизоидного типа расстройства личности у взрослых характерно:
- a. Всегда приподнятое настроение, тяготеют к одиночеству, в компании стремятся к лидерству, любят риск, склонны к авантюрам, часто не доводят начатое до конца.
  - b. Не тянутся к сверстникам, любят одиночество, отгорожены от сверстников, живут своими необычными для других увлечениями, интересами. Внутренний мир заполнен фантазиями для самого себя. «Закрыт для посторонних людей».
  - c. С детства обнаруживается бережливость всего своего. Любят мучить животных. Склонны к возникновению периодов злобно-тоскливого настроения с накапливающим раздражением. Аффективные разряды можно сравнить с разрывом парового котла.
  - d. Главная черта – беспредельный эгоцентризм, жажда постоянного внимания к своей особе. Охотно танцуют, поют, выступают. Ложь и фантазии всегда предназначены для признания окружающих.
  - e. С детства пугливы, склонны к рассуждательству. Главная черта – нерешительность, любовь к самоанализу, «умственной жвачке».
144. Укажите, какая симптоматика преобладает в период стабилизации шизотипических расстройств:
- a. Гебефренические расстройства.
  - b. Шизоидный характерологический сдвиг.
  - c. Галлюцинаторно-параноидный синдром.
  - d. Психотические аффективные приступы.
  - e. Психоорганический синдром.
145. Для какого типа расстройства личности характерно: «Всегда приподнятое настроение, тяготеют к одиночеству, в компании стремятся к лидерству, любят риск, склонны к авантюрам, часто не доводят начатое до конца».
- a. Шизоидное расстройство личности.
  - b. Гипертимное расстройство личности.
  - c. Эксплозивное расстройство личности.
  - d. Истерическое расстройство личности.
  - e. Паранойальное расстройство личности.
146. Приступы с кратковременным отключением сознания по типу «абсанс» наблюдается чаще всего при одном из указанных ниже заболеваний. Определите его.
- a. Биполярное расстройство настроения.
  - b. Инволюционный параноид.
  - c. Эпилепсия.

- d. Шизофрения параноидная.
  - e. Болезнь Пика.
147. При простом варианте шизотипического расстройства наблюдаются:
- a. Аутохтонная астения.
  - b. Апатические депрессии.
  - c. Стойкий астенический дефект.
  - d. Отсутствие признаков регресса поведения.
  - e. Присутствие признаков регресса поведения
148. К числу определений шизотипических расстройств нельзя отнести следующие:
- a. Мягкая шизофрения.
  - b. Непсихотическая шизофрения.
  - c. Вялотекущая шизофрения.
  - d. Ларвированная шизофрения.
  - e. Шубообразная шизофрения.
149. К каким из нижеперечисленным нарушениям можно отнести шизофрению?
- a. Экзогенно-органические психические нарушения.
  - b. Эндогенные расстройства.
  - c. Психогенные расстройства.
  - d. Психопатия
150. Укажите признак невротического состояния.
- a. Псевдогаллюцинации зрительные.
  - b. Бред Котара.
  - c. Канцерофобия.
  - d. Конфабуляции.
  - e. Бред «чужих родителей».
151. К каким из нижеперечисленным нарушениям можно отнести аффективно-шоковые реакции?
- a. Экзогенно-органические психические нарушения.
  - b. Эндогенные расстройства.
  - c. Психогенные расстройства.
  - d. Психопатия
152. Для какого типа расстройства личности характерно: «Главная черта – беспредельный эгоцентризм, жажда постоянного внимания к своей особе. Охотно танцуют, поют, выступают. Ложь и фантазии всегда предназначены для признания окружающих».
- a. Шизоидное расстройство личности.
  - b. Гипертимное расстройство личности.
  - c. Эксплозивное расстройство личности.
  - d. Истерическое расстройство личности.
  - e. Паранойальное расстройство личности.
153. Для какого типа расстройства личности характерно: «С детства обнаруживается бережливость всего своего. Любят мучить животных. Склонны к возникновению периодов злобно-тоскливого настроения с накапливающим раздражением. Аффективные разряды можно сравнить с разрывом парового котла».
- a. Шизоидное расстройство личности.
  - b. Гипертимное расстройство личности.
  - c. Эксплозивное расстройство личности.
  - d. Истерическое расстройство личности.
  - e. Паранойальное расстройство личности.
154. Органический психосиндром развивается вследствие...
- a. Педагогической запущенности.
  - b. Воздействия экзогенной вредности на головной мозг.
  - c. Воздействия психотравмирующей ситуации.
  - d. Воздействия эндогенной вредности на головной мозг.
155. Для биполярного расстройства настроения не характерно:
- a. Аффективные расстройства.
  - b. Приступообразное течение.

- c. Негативные изменения личности.
  - d. Расстройства памяти
156. Для эпилептоидного типа расстройства личности у взрослых характерно:
- a. Всегда приподнятое настроение, тяготеют к одиночеству, в компании стремятся к лидерству, любят риск, склонны к авантюрам, часто не доводят начатое до конца.
  - b. Не тянутся к сверстникам, любят одиночество, отгорожены от сверстников, живут своими необычными для других увлечениями, интересами. Внутренний мир заполнен фантазиями для самого себя. «Закрыт для посторонних людей».
- С детства обнаруживается бережливость всего своего. Любят мучить животных. Склонны к возникновению периодов злобно-тоскливого настроения с накапливающим раздражением. Аффективные разряды можно сравнить с разрывом парового котла.
- d. Главная черта – беспредельный эгоцентризм, жажда постоянного внимания к своей особе. Охотно танцуют, поют, выступают. Ложь и фантазии всегда предназначены для признания окружающих.
  - e. С детства пугливы, склонны к рассуждательству. Главная черта – нерешительность, любовь к самоанализу, «умственной жвачке».
157. В группу экзогенно-органических психических нарушений входит:
- a. Неврастения.
  - b. Аффективно-шоковые реакции.
  - c. Прогрессивный паралич.
  - d. Алкогольный Корсаковский психоз.
158. Выберите, какие аффективные нарушения характерны для шизотипических расстройств:
- a. Мания с бредом.
  - b. Психотическая депрессия.
  - c. Стертые аффективные нарушения.
  - d. Чувственная тупость.
159. Для истероидного типа расстройства личности у взрослых характерно:
- a. Всегда приподнятое настроение, тяготеют к одиночеству, в компании стремятся к лидерству, любят риск, склонны к авантюрам, часто не доводят начатое до конца.
  - b. Не тянутся к сверстникам, любят одиночество, отгорожены от сверстников, живут своими необычными для других увлечениями, интересами. Внутренний мир заполнен фантазиями для самого себя. «Закрыт для посторонних людей».
- С детства обнаруживается бережливость всего своего. Любят мучить животных. Склонны к возникновению периодов злобно-тоскливого настроения с накапливающим раздражением. Аффективные разряды можно сравнить с разрывом парового котла.
- d. Главная черта – беспредельный эгоцентризм, жажда постоянного внимания к своей особе. Охотно танцуют, поют, выступают. Ложь и фантазии всегда предназначены для признания окружающих.
  - e. С детства пугливы, склонны к рассуждательству. Главная черта – нерешительность, любовь к самоанализу, «умственной жвачке».
160. Что не характерно для шизофрении.
- a. Наличие негативной симптоматики.
  - b. Симптом нарушения мышления.
  - c. Нарушение эмоционально-волевой сферы.
  - d. Судорожные синдромы.
  - e. Аутизм.
161. Какой из критериев не используется для установления расстройства личности и не входит в «триаду по Ганнушкину».
- a. Тотальность характерологических нарушений.
  - b. Стойкость личностных изменений.
  - c. Возрастное заострение черт характера.
  - d. Социальная дезадаптация аномальной личности.
  - e. Стабильность психопатических черт личности на протяжении всей жизни.
162. К каким из нижеперечисленным нарушениям можно отнести неврастению?
- a. Экзогенно-органические психические нарушения.
  - b. Эндогенные расстройства.

- c. Психогенные расстройства.
  - d. Психопатия
163. Для какого состояния характерно данное определение: «Стойкая аномалия личности, характеризующаяся дисгармонией эмоционально-волевой сферы».
- a. Невроз.
  - b. Психопатии.
  - c. Олигофрении.
  - d. Дистимии.
  - e. Наркомания.
164. В основе возникновения какого заболевания лежит психогенный фактор?
- a. Болезнь Паркинсона.
  - b. Реактивный психоз.
  - c. Олигофрении.
  - d. Эпилепсии.
  - e. Биполярного расстройства настроения.
165. Определите, какие осевые синдромы могут наблюдаться при шизотипических расстройствах:
- a. Синдром навязчивости.
  - b. Синдром дереализации и деперсонализации.
  - c. Ипохондрические расстройства.
  - d. Истерические расстройства.
  - e. Гипомания
166. К особенностям клинических проявлений шизотипических расстройств относится все, кроме:
- a. Длительный латентный период с последующей активизацией болезни на отдаленных этапах.
  - b. Видоизменение симптоматики от нозологически недифференцированных клинических проявлений к преимущественно эндогенным психопатологическим расстройствам.
  - c. Галлюцинаторно-параноидный синдром.
  - d. Наличие осевого синдрома.
  - e. Признаки циркулярности: стертые аффективные нарушения латентного периода сменяются аутохтонными аффективными фазами.
167. В результате чего развивается болезнь Альцгеймера.
- a. Инфекционный процесс.
  - b. Инсульт.
  - c. Атрофический процесс.
  - d. Сахарный диабет.
  - e. Алкоголизм.
168. К психогенным расстройствам относятся:
- a. Неврастения.
  - b. Аффективно-шоковые реакции.
  - c. Прогрессивный паралич.
  - d. Шизофрения.
169. Какой симптом является наиболее важным для диагностики депрессии:
- a. Психомоторная заторможенность
  - b. Бредовые идеи.
  - c. Высказывания больного о своей несостоятельности, ущербности.
  - d. Замедление речи.
  - e. Печальное выражение лица.
170. К каким из нижеперечисленным нарушениям можно отнести прогрессивный паралич?
- a. Экзогенно-органические психические нарушения.
  - b. Эндогенные расстройства.
  - c. Психогенные расстройства.
  - d. Олигофрения
171. Укажите, какие психопатологические проявления не встречаются в латентном периоде шизотипических расстройств:
- a. Психопатические расстройства.

- b. Стертые депрессии.
  - c. Псевдогаллюцинации.
  - d. Неглубокие изменения личности по шизоидному типу.
  - e. Гипомании.
172. Для какого типа расстройства личности характерно: «Не тянутся к сверстникам, любят одиночество, отгорожены от сверстников, живут своими необычными для других увлечениями, интересами. Внутренний мир заполнен фантазиями для самого себя. Закрыт для посторонних людей».
- a. Шизоидное расстройство личности.
  - b. Гипертимное расстройство личности.
  - c. Эксплозивное расстройство личности.
  - d. Истерическое расстройство личности.
  - e. Паранойальное расстройство личности.
173. Для стереотипа развития шизотипических расстройств характерны:
- a. Латентный период.
  - b. Период стабилизации.
  - c. Активный период.
  - d. Отсутствие латентного и активного периодов
174. Для паранойального расстройства личности характерно:
- a. Тревожная мнительность
  - b. Жажда признания
  - c. Ритуалы
  - d. Сверхценные идеи
  - e. Навязчивые сомнения
175. Что не характерно для шизотипического расстройства?
- a. Негативная симптоматика.
  - b. Нарушение мышления.
  - c. Судорожные синдромы.
  - d. Эмоционально-волевые расстройства.
  - e. Небредовая ипохондрия.
176. К эндогенным психическим расстройствам относятся:
- a. Шизофрения.
  - b. Аффективно-шоковые реакции.
  - c. Прогрессивный паралич.
  - d. Алкогольный Корсаковский психоз.
177. В клинической картине шизофрении могут наблюдаться следующие расстройства:
- a. Дерезализация и деперсонализация
  - b. Аутизм и амбивалентность
  - c. Мания и депрессия
  - d. Алкоголизм и полинаркомания
178. Для гипертимного типа расстройства личности у взрослых характерно:
- a. Всегда приподнятое настроение, тяготеют к одиночеству, в компании стремятся к лидерству, любят риск, склонны к авантюрам, часто не доводят начатое до конца.
  - b. Не тянутся к сверстникам, любят одиночество, отгорожены от сверстников, живут своими необычными для других увлечениями, интересами. Внутренний мир заполнен фантазиями для самого себя. «Закрыт для посторонних людей».
  - c. С детства обнаруживается бережливость всего своего. Любят мучить животных. Склонны к возникновению периодов злобно-тоскливого настроения с накапливающим раздражением. Аффективные разряды можно сравнить с разрывом парового котла.
  - d. Главная черта – беспредельный эгоцентризм, жажда постоянного внимания к своей особе. Охотно танцуют, поют, выступают. Ложь и фантазии всегда предназначены для признания окружающих.
  - e. С детства пугливы, склонны к рассуждательству. Главная черта – нерешительность, любовь к самоанализу, «умственной жвачке».
179. Для шизоидного расстройства личности характерно:
- a. Тревожная мнительность
  - b. Жажда признания



- c. Ритуалы
  - d. Сверхценные идеи
  - e. Эмоциональная холодность
180. Что не является степенью умственной отсталости.
- a. Идиотия.
  - b. Кретинизм.
  - c. Имбецильность.
  - d. Дебильность.
181. Укажите заболевание, развивающееся только в позднем возрасте.
- a. Сенильная деменция.
  - b. Психопатия.
  - c. Шизофрения.
  - d. Алкоголизм.
182. Критериями отграничения расстройств личности являются все, кроме одного.
- a. Тотальность и малая обратимость психических расстройств.
  - b. Отсутствие прогрессивности.
  - c. Интеллектуально-мнестическое снижение.
  - d. Аномалии характера, приводящие к постоянным нарушениям социальной адаптации.
183. Какой из вариантов не относится к органическому психосиндрому.
- a. Эксплозивный.
  - b. Апатико-абулический.
  - c. Истерический.
  - d. Астенический.
  - e. Эйфорический.
184. При аменции реже всего наблюдается один из перечисленных признаков:
- a. Несистематизированные бредовые идеи.
  - b. Навязчивые действия.
  - c. Аффект ужаса.
  - d. Интенсивное психомоторное возбуждение.
  - e. Симптом обирания.
185. Какие психопатологические нарушения не наблюдаются в активном периоде шизотипических расстройств?
- a. Онейроидно-кататонические приступы.
  - b. Сверхценные идеи.
  - c. Несложные аффективно-бредовые приступы.
  - d. Рудиментарные неврозоподобные расстройства.
  - e. Паранойяльные расстройства
186. Для истерического расстройства личности характерно:
- a. Тревожная мнительность
  - b. Жажда признания
  - c. Ритуалы
  - d. Сверхценные идеи
  - e. Навязчивые сомнения
187. Укажите заболевание, развивающееся только в позднем возрасте.
- a. Сенильная деменция.
  - b. Психопатия.
  - c. Шизофрения.
  - d. Алкоголизм.
  - e. Корсаковский синдром.
188. Прогрессивный паралич развивается в результате:
- a. Опухоли головного мозга.
  - b. Алкогольного психоза.
  - c. Тяжелой ЧМТ.
  - d. Сифилисом нервной системы.
189. Укажите признаки, которые не наблюдаются при неврозах.
- a. Вегето-сосудистые расстройства.

- b. Критическое отношение к психическим нарушениям.
  - c. Бредовые идеи.
  - d. Раздражительность.
  - e. Расстройство сна
190. Для психастенического типа расстройства личности у взрослых характерно:
- a. Всегда приподнятое настроение, тяготеют к одиночеству, в компании стремятся к лидерству, любят риск, склонны к авантюрам, часто не доводят начатое до конца.
  - b. Не тянутся к сверстникам, любят одиночество, отгорожены от сверстников, живут своими необычными для других увлечениями, интересами. Внутренний мир заполнен фантазиями для самого себя. «Закрыт для посторонних людей».
  - c. С детства обнаруживается бережливость всего своего. Любят мучить животных. Склонны к возникновению периодов злобно-тоскливого настроения с накапливающим раздражением. Аффективные разряды можно сравнить с разрывом парового котла.
  - d. Главная черта – беспредельный эгоцентризм, жажда постоянного внимания к своей особе. Охотно танцуют, поют, выступают. Ложь и фантазии всегда предназначены для признания окружающих.
  - e. С детства пугливы, склонны к рассуждательству. Главная черта – нерешительность, любовь к самоанализу, «умственной жвачке».
191. Для психастенического расстройства личности характерно все, кроме:
- a. Тревожная мнительность
  - b. Навязчивые страхи
  - c. Ритуалы
  - d. Аутистические тенденции
  - e. Навязчивые сомнения.
192. Для какого состояния характерно данное определение: «Тотальное недоразвитие всех видов психической деятельности с преимущественным недоразвитием интеллекта».
- a. Сенильная деменция.
  - b. Олигофрения.
  - c. Шизофрения.
  - d. Неврастения.
  - e. Болезнь Пика.
193. При каком заболевании наиболее вероятно развитие психоорганического синдрома?
- a. Биполярное расстройство настроения.
  - b. Интоксикационный психоз.
  - c. Шизофрения.
  - d. Сенильная деменция.
  - e. Обсессивно-фобический невроз.
194. Синдром помрачения сознания чаще встречается в клинике...
- a. Биполярного расстройства настроения.
  - b. Неврозов.
  - c. Острых инфекционных заболеваний.
  - d. Психопатий.
  - e. Болезни Альцгеймера.
195. В клинической картине шизофрении могут наблюдаться следующие расстройства:
- a. дереализация и деперсонализация
  - b. аутизм и амбивалентность
  - c. мания и депрессия
  - d. олигофрения
196. К каким из нижеперечисленным нарушениям можно отнести шизофрению?
- a. Экзогенно-органические психические нарушения.
  - b. Эндогенные расстройства.
  - c. Психогенные расстройства.
  - d. Психопатии
  - e. Олигофрения
197. Органический психосиндром развивается вследствие...
- a. Педагогической запущенности.
  - b. Воздействия экзогенной вредности на головной мозг.

- c. Воздействия психотравмирующей ситуации.
  - d. Воздействия эндогенной вредности на головной мозг.
198. В основе возникновения какого заболевания лежит психогенный фактор?
- a. Болезнь Паркинсона.
  - b. Реактивный психоз.
  - c. Олигофрени.
  - d. Эпилепсии.
  - e. Биполярного расстройства настроения.
199. Укажите признаки, которые не наблюдаются при неврозах.
- a. Вегето-сосудистые расстройства.
  - b. Критическое отношение к психическим нарушениям.
  - c. Бредовые идеи.
  - d. Раздражительность.
  - e. Расстройство сна.
200. Что не является степенью умственной отсталости.
- a. Идиотия.
  - b. Кретинизм.
  - c. Имбецильность.
  - d. Дебильность.
201. Акатизия:
- a. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
  - b. Двигательное беспокойство, выражающееся в том, что больной не может спокойно сидеть или стоять на одном месте в связи с возникновением ощущения дискомфорта; осложнение психофармакотерапии
  - c. Расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки
  - d. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность, прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости
  - e. Полное равнодушие, безучастность ко всему окружающему и своему положению, бездумность. Ничто не вызывает интереса, эмоционального отклика
202. К современным методам лечения психотропными средствами относятся
- a. метод внутривенного капельного вливания
  - b. комбинированный метод
  - c. метод лечения пролонгами
  - d. первостепенное применение ЭСТ
203. Реланиум показан при лечении
- a. неврозов
  - b. реактивных состояний
  - c. хронического алкоголизма
  - d. аутизма
  - e. олигофрени
204. Реланиум показан при лечении
- a. малых припадков
  - b. височной эпилепсии
  - c. невротических состояний
  - d. олигофрени
  - e. аутизма
205. Мажептил показан при лечении шизофрении
- a. с непрерывным течением
  - b. с приступообразно-прогредиентным течением
  - c. с рекуррентным течением
  - d. в ремиссии
206. К побочным эффектам и осложнениям, непосредственно не связанным с фармакологическим действием психотропных препаратов, а обусловленным различными

- косвенными механизмами, относятся
- a. гипостатические пневмонии
  - b. аспирационные пневмонии
  - c. тромбозы, тромбофлебиты, тромбоэмболии
  - d. инфаркты
207. Пиразидол показан при лечении следующих эндогенных депрессий
- a. заторможенных и тревожно-тоскливых
  - b. затяжных апатических
  - c. затяжных анестетических
  - d. затяжных адинамических
  - e. лёгкой степени
208. Деканоат-галоперидола показан при лечении
- a. параноидной шизофрении с выраженными изменениями личности
  - b. ядерной шизофрении (ранней параноидной)
  - c. ядерной шизофрении (гебефрении)
  - d. не показан при лечении шизофрении
209. В психотропном действии пиразидола различают
- a. тимоаналептический эффект и балансирующее влияние
  - b. седативное действие
  - c. антибредовый эффект
  - d. стимулирующий эффект
210. Карбамазепин (финлепсин) применяется для лечения всех перечисленных состояний, кроме
- a. фазовых депрессивных, маниакальных состояний
  - b. вербального галлюциноза
  - c. превентивного лечения континуальных аффективных расстройств
  - d. судорожных припадков
  - e. психопатоподобных расстройств различного генеза
211. В действии антидепрессантов различают
- a. антипсихотическое (антидепрессивное)
  - b. седативное
  - c. стимулирующее
  - d. инцизивное
212. Амитриптилин оказывает влияние на триаду депрессивного синдрома в следующей последовательности
- a. собственно депрессивный аффект
  - b. моторная заторможенность
  - c. идеаторная заторможенность
  - d. идеаторное ускорение
213. Пиперазиновые производные класса нейролептиков обладают всеми перечисленными свойствами, кроме
- a. высокой фармакологической активности
  - b. малой токсичности в соматическом отношении
  - c. седативных свойств
  - d. меньших доз в сравнении с фенотиазинами с алифатической цепью
  - e. частотой и выраженностью неврологических побочных действий
214. Спектр психотропной активности галоперидола включает все перечисленное, кроме
- a. седативного эффекта
  - b. антипсихотического (антигаллюцинаторного, антибредового) эффекта
  - c. антиманиакального эффекта
  - d. активирующего эффекта
  - e. тимоаналептического эффекта
215. Риск развития нейротоксических реакций у лиц "с органически неполноценной почвой" возможен при сочетании солей лития со всеми перечисленными психотропными препаратами, кроме
- a. тизерцина

- b. неулептила
  - c. диазепама
  - d. трифтазина
  - e. галоперидол
216. Спектр психотропной активности хлордиазепоксида (эленнума). включает
- a. особый транквилизирующий эффект
  - b. антиневротический эффект
  - c. противосудорожный эффект
  - d. инцизивный эффект
217. Амитриптилин противопоказан больным
- a. с глаукомой
  - b. с гипертрофией простаты
  - c. с атонией мочевого пузыря
  - d. с гастритом желудка вне обострения
218. Эффективность купирующей терапии солями лития зависит
- a. от "чистоты" маниакального, гипоманиакального синдрома
  - b. от прогрессивности процесса в целом
  - c. от степени выраженности изменений личности
  - d. от способа введения солей лития
219. В психотропном действии азафена различают
- a. незначительный тимоаналептический эффект
  - b. незначительный седативный эффект
  - c. незначительный стимулирующий эффект
  - d. значительный стимулирующий эффект
220. Профилактика побочных явлений и осложнений при лечении солями лития включает
- a. отмену лития при поздних побочных эффектах
  - b. преимущество терапии солями лития в стационаре и в психо-неврологическом диспансере
  - c. соматическое обследование больных перед назначением солей лития и в процессе лечения
  - d. снижение дозировки лития
221. Малые нейролептики (френолон, терален, сонопакс, неулептил и др.) имеют следующие общие признаки, кроме
- a. слабого антипсихотического действия
  - b. гипотензивного действия
  - c. особенности транквилизирующего эффекта
  - d. меньшей выраженности побочных эффектов
  - e. селективного избирательного действия на некоторые психопатологические расстройства
222. Токсикомания, обусловленная приемом транквилизаторов, характеризуется
- a. ростом толерантности
  - b. психопатологической зависимостью
  - c. синдромом отмены
  - d. отсутствием синдрома отмены
223. К подобным эффектам и осложнениям, непосредственно не связанным с фармакологическим действием психотропных препаратов, а связанным с повышенной чувствительностью к ним, относятся все перечисленные, кроме
- a. акинето-гипертонического паркинсонизма
  - b. гепатитов
  - c. гемодискразин-агранулоцитоза и др.
  - d. токсико-аллергических реакций
  - e. злокачественного нейролептического синдрома
224. Ранние побочные эффекты при лечении (в первые 7-14 дней) солями лития включают
- a. нестойкие диспепсические расстройства
  - b. головокружение, головную боль
  - c. сонливость
  - d. бессонница

225. Препараты метаболического действия - ноотропы - оказывают на церебрально-органическую недостаточность все следующие воздействия, кроме
- адаптогенного
  - вазовегетативного
  - антипаркинсонического
  - антидискинетического
  - антибредового
226. Неулелпил показан при лечении
- психопатии возбудимого круга
  - шизофрении с непрерывным течением (вялотекущая, включая неврозоподобные, психопатоподобные расстройства).
  - шизофрении с приступообразно-прогредиентным течением
  - депрессии
  - панического расстройства
227. Ноотропы могут быть разделены на следующие группы
- ноотропы - в основе которых ГАМК
  - ноотропы - в основе которых витамины
  - ноотропы - в основе которых аминокислотные препараты (предположительно)
  - ноотропы - в основе которых гормоны
228. Нейролептические препараты (нейролептики) делятся
- на фенотиазиновые производные с алифатической, пиперидиновой или пи-перазиновой боковой цепью
  - на бутирофеноны
  - на тioxсантены
  - на селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
229. В детской психиатрической практике инказан (Ингибитор МАО-А) адресуется к депрессиям
- психотического уровня
  - невротического уровня
  - зависит от дозы
230. Среди побочных эффектов и осложнений, связанных с фармакологическими свойствами психотропных препаратов (неврологические экстрапирамидные расстройства, выделяют:
- акинето-гипертонический синдром
  - гиперкинетико-гипертонический синдром
  - гиперкинетический синдром
  - ажитацию
231. К побочным эффектам при лечении клозапином относятся
- обострение хронических воспалительных очагов
  - обострение хронических инфекций
  - гипертермия центрального генеза
  - гипотермии центрального генеза
232. Атропиновые комы разрешено применять больным детям в возрасте
- старше 5 лет
  - старше 10 лет
  - старше 14 лет
  - старше 16 лет
  - не разрешено до 18 лет
233. Амитриптилин показан при лечении
- маниакально-депрессивного психоза
  - шизоаффективных психозов (в том числе рекуррентная, приступообразно-прогредиентная шизофрении)
  - депрессий при эпилепсии
  - маниакально-депрессивного психоза; депрессий при эпилепсии
  - олигофрении
234. Сиднокарб показан при лечении всего перечисленного, кроме
- астенических состояний разного генеза с заторможенностью, вялостью

- b. алкогольного параноида
  - c. олигофрений с речевой и двигательной торпидностью
  - d. органических заболеваний ЦНС с вялостью, апатией, повышенной сонливостью
  - e. хронического алкоголизма (абстинентного синдрома).
235. Побочные эффекты и осложнения, связанные с фармакологическими свойствами психотропных средств, могут вызывать все перечисленные расстройства, кроме
- a. психических
  - b. сосудистых
  - c. неврологических
  - d. соматических
  - e. вегетативных
236. Противопоказаниями к применению нуредала являются все перечисленные, кроме
- a. психомоторного возбуждения
  - b. почечной недостаточности
  - c. нарушения сна
  - d. тяжелых поражений печени и сердца
  - e. судорог, судорожных припадков
237. Первично амитриптилин оказывает действие на вторичные признаки депрессии
- a. страхи
  - b. тревогу
  - c. напряженность
  - d. гиперактивность
238. Спектр психотропной активности аминазина включает
- a. седативное действие (способность купировать разные виды возбуждения)
  - b. общее антипсихотическое действие
  - a. селективное антипсихотическое действие
  - d. антигаллюцинаторное действие
239. Клиническими показаниями к назначению ноотропила (пирацетама) являются все перечисленные, кроме
- a. атрофических заболеваний
  - b. олигофрении
  - c. эндогенных депрессий разного генеза с адинамией
  - d. психомоторного возбуждения в нейрохирургии
  - e. ночного энуреза функционального и органического генеза
240. Спектр психотропной активности френолона включает все перечисленное, кроме
- a. стимулирующего эффекта
  - b. антиманиакального эффекта
  - c. тимоаналептического эффекта
  - d. седативно-транквилизирующего эффекта
  - e. слабо выраженного антипсихотического эффекта
241. Галоперидол показан при лечении
- a. сосудистых психозов
  - b. симптоматических психозов
  - c. органических психозов
  - d. депрессии
242. Неулептил показан при лечении
- a. эпилепсии
  - b. органических заболеваний
  - c. олигофрении
  - d. депрессии
243. Психофармакологические свойства и спектр психотропной активности каждого психотропного средства формируется в результате разного соотношения следующих основных ингредиентов
- a. общего антипсихотического действия
  - b. избирательного антипсихотического действия
  - c. специфической адресации к разным уровням психопатологических расстройств
  - d. антидепрессивной силой

244. Совместное применение солей лития и финлепсина увеличивает риск развития следующих нейротоксических проявлений
- спутанности
  - слабости, сонливости
  - тремора и мозжечковых расстройств
  - вербального псевдогаллюциноза
245. Френолон показан при лечении
- циркулярного психоза (депрессивных фаз)
  - неврозов
  - невротических состояний
  - аутизма
246. Спектр психотропной активности сиднокарба включает
- психостимулирующее и умеренное антидепрессивное действие
  - антипсихотическое действие
  - антигаллюцинаторное действие
  - антибредовое действие
247. Клинические показания к назначению ноотропила (пиррацетама, как корректора) включают все перечисленное, кроме
- сомато-вегетативных проявлений нейролептического синдрома
  - неврологических проявлений нейролептического синдрома
  - психических проявлений нейролептического синдрома
  - подготовки к лечению психотропными препаратами
  - лечения поздних дискинезий
248. К поздним побочным эффектам при лечении солями лития относятся все перечисленные, кроме
- дизартрии
  - смазанной речи
  - симптомов несахарного диабета (жажда, никтурия)
  - отеков голеней, стоп, режес лица
  - делириозной симптоматики
249. Фенибут показан при лечении всего перечисленного, кроме
- неврозов
  - малых припадков
  - невротических состояний
  - заикания разной этиологии
  - как успокаивающего средства перед операциями
250. Концентрация солей лития в плазме крови при купирующей и превентивной терапии должна составлять
- не ниже 0.6 мэкв/л и не выше 1.6 мэкв/л - при купирующей терапии
  - не ниже 0.4 мэкв/л и не выше 1.4 мэкв/л - при превентивной терапии
  - не ниже 0.4 мэкв/л и не выше 0.8 мэкв/л - при лечении оксипутиратом лития
  - не ниже 0.6 мэкв/л и не выше 1.6 мэкв/л – во всех случаях
251. К поздним побочным эффектам при лечении солями лития относятся
- диспепсические расстройства (изжога, отрыжка, потеря аппетита, рвота, диарея - режес)
  - дизурические расстройства
  - аллергия - мелкоточечная сыпь - типа крапивницы
  - приподнятое настроение
252. Хронический экстрапирамидный синдром (поздние дискинезии) может быть проявлением всего перечисленного, кроме
- оральных, хореоформных, атетоидных гиперкинезов
  - явлений гемибаллизма (размашистые движения конечностями, напоминающие бросание)
  - торсионных спазмов, судорожных дистоний
  - акатизий, таксикинезий
  - синдрома Куленкампа – Тарнова
253. Противопоказаниями к терапии солями лития являются
- болезни почечно-выделительной системы



- b. болезни сердечно-сосудистой системы с нарушением кровообращения и ритма сердечной деятельности
  - c. болезни желудочно-кишечного тракта в обострении
  - d. болезни сетчатки глаза
254. Побочные действия и осложнения при лечении седуксеном, реланиумом включают
- a. мышечную слабость (в первые дни терапии и на высоких дозах)
  - b. сонливость
  - c. у пожилых лиц и соматических больных - расслабление сфинктеров мочевого пузыря и заднего прохода, сочетающихся с нарушениями конвергенции и дизартрией
  - d. мышечную слабость (в первые дни терапии и на высоких дозах); сонливость
255. Спектр психотропной активности пиридитола включает
- a. стимулирующий эффект
  - b. антидепрессивный эффект
  - c. ноотропный эффект
  - d. антипсихотический эффект
256. Антидепрессанты разделяются
- a. на антидепрессанты-седатики
  - b. на антидепрессанты-стимуляторы
  - c. на антидепрессанты, обладающие балансирующим действием
  - d. на антидепрессанты с антипсихотическим эффектом
257. Токсикомания, обусловленная приемом седуксена (диазепама), характеризуется всеми следующими признаками, кроме
- a. подавленно-апатического аффекта со склонностью к раздражительности, злобности, плаксивости
  - b. роста толерантности
  - c. делириозной симптоматики
  - d. формирования психопатологической зависимости
  - e. синдрома отмены
258. Сиднофен показан при лечении всего перечисленного, кроме
- a. эндокринных заболеваний с вялостью, адинамией
  - b. резидуально-органических заболеваний ЦНС с апатией, повышенной сонливостью
  - c. сложных эндогенных депрессий
  - d. астенических состояний разного генеза
  - e. легких простых депрессий в клинике циклотимии
259. Феназепам показан при лечении
- a. тревоги, страха при навязчивостях
  - b. тревоги, страха при сенесто-ипохондрических расстройствах
  - c. аффективных расстройств невротического и неврозоподобного уровня
  - d. олигофрении
260. Абстинентный синдром при токсикомании, связанной с злоупотреблением циклодолом характеризуется
- a. эмоциональной лабильностью и раздражительностью
  - b. пониженным настроением
  - c. снижением работоспособности
  - d. приподнятым настроением
261. К побочным эффектам, возникающим при лечении трициклическими антидепрессантами, относятся
- a. разнообразные вегето-сосудистые расстройства (потливость, тахикардия, лабильность кровяного давления, уменьшение секреции слюнных желез, задержка мочи и т.д.)
  - b. кариес зубов
  - c. нарушение калиевого обмена
  - d. нарушение магниевого обмена
262. Галоперидол показан при лечении
- a. металкольных психозов
  - b. атипичного металкольного психоза

- c. хронического металкогольного галлюциноза
  - d. депрессии
263. Побочные эффекты и осложнения, связанные с фармакологическими свойствами психотропных препаратов, проявляются следующими сомато-вегетативными расстройствами
- a. сухостью слизистой рта
  - b. нарушением секреции и моторики желудочно-кишечного тракта
  - c. нарушением мочеиспускания
  - d. гиперсаливацией
264. К поздним побочным эффектам при лечении солями лития относятся
- a. увеличение массы тела
  - b. стойкая диаррея
  - c. явления гипотиреозидизма
  - d. расстройства сердечного ритма (экстрасистолии, частичные блокады)
265. Препараты метаболического действия - ноотропы - оказывают на церебрально-органическую недостаточность все перечисленные воздействия, кроме
- a. действия, повышающего уровень бодрствования и сознания
  - b. антигаллюцинаторного действия
  - c. антиэпилептического (на эпилептическую активность) действия
  - d. ноотропного (на нарушение высших корковых функций) действия
  - e. мнемотропного (влияние на память) действия
266. Противопоказаниями к терапии солями лития являются
- a. начальные формы катаракты
  - b. непрогрессирующий экзофтальм
  - c. болезни почечно-выделительной системы
  - d. гастрит желудка вне обострения
267. К условиям патогенетической терапии психотропными средствами относится
- a. клиническая обоснованность назначения препаратов
  - b. дифференцированный подход к назначению препаратов
  - c. контроль терапии в динамике
  - d. недифференцированный подход к назначению препаратов
268. Триседил показан для купирования следующих видов возбуждения (независимо от нозологической принадлежности)
- a. депрессивно-параноидного
  - b. маниакального
  - c. галлюцинаторно-бредового
  - d. немого
269. Спектр психотропной активности пролонгированного пипортила включает
- a. мощный антипсихотический эффект
  - b. седативный эффект
  - c. антидепрессивный эффект
  - d. активизирующий эффект
270. Клиническая картина состояний, связанных с злоупотреблением циклодолом, характеризуется
- a. эйфорией с экзальтацией
  - b. ускоренной речью
  - c. изменением восприятия внешнего мира
  - d. замедлением темпа речи
271. Психолептики включают
- a. нейролептики
  - b. транквилизаторы
  - c. нормотимики
  - d. гормоны
272. Побочные эффекты и осложнения, связанные с фармакологическими свойствами психотропных препаратов, проявляются следующими соматовегетативными расстройствами
- a. гипергидрозом

- b. саливацией
  - c. нарушением аккомодации
  - d. снижением температуры тела
273. Реланиум показан как вспомогательное средство при следующих заболеваниях
- a. шизофрении (все 3 типа течения)
  - b. маниакально-депрессивных психозов
  - c. органических, резидуально-органических заболеваний
  - d. олигофрении и расстройств аутистического спектра
274. Мелипрамин показан при лечении всех следующих депрессивных состояний (синдромов), кроме
- a. заторможенной депрессии
  - b. анестетической депрессии
  - c. апатической депрессии
  - d. адинамической депрессии
  - e. тревожной депрессии
275. Степень выраженности действия препаратов зависит
- a. от индивидуальной чувствительности к препарату
  - b. от психопатологической картины данного синдрома
  - c. от длительности применения препарата
  - d. от способа введения
276. Классификация (биохимическая) антидепрессантов включает
- a. антидепрессанты, действующие на депрессию с учетом дефицита серотонина
  - b. антидепрессанты, действующие на депрессию с учетом дефицита норадреналина
  - c. антидепрессанты, действующие на депрессию с учетом дефицита нейромедиаторов
  - d. антидепрессанты с седативным и инцизивным действием
277. Побочные действия и осложнения при лечении феназепамом включают
- a. мышечную слабость
  - b. атаксию (при передозировке)
  - c. атаксию - у больных с органической церебральной недостаточностью
  - d. приподнятое настроение
278. Клиническая картина состояний, связанных со злоупотреблением цикло-долом, характеризуется следующими сомато-неврологическими нарушениями
- a. колебаниями артериального давления
  - b. мидриазом
  - c. угнетением сухожильных рефлексов
  - d. повышением силы сухожильных рефлексов
279. Тизерцин более эффективен
- a. при онейроидно-кататоническом возбуждении
  - b. при тревожно-депрессивном возбуждении
  - c. при депрессивно-параноидном возбуждении
  - d. при маниакальном возбуждении
  - e. при апатии и ангедонии
280. Спектр психотропной активности феназепамы (бензодиазепиновое производное) включает все перечисленные эффекты, кроме
- a. мощного седативного
  - b. противоострахового
  - c. выраженного миорелаксирующего
  - d. противосудорожного
  - e. вегетотропного (слабого)

281. На возникновение поздних дискинезий оказывают влияние все следующие факторы, кроме
- возраста больных (старше 50-55 лет)
  - лечения нейролептиками с выраженным седативным действием
  - суточной дозы психотропных препаратов
  - длительности психотропной терапии
  - интенсивности наращивания психотропных препаратов (для больных старше 50-55 лет)
282. Риск развития нейротоксических реакций возможен при сочетании солей лития со следующими препаратами
- индометацином (метиндол, интебан)
  - допегидом, альдометом
  - атарксом
  - с физиологическим раствором
283. Токсикомания, обусловленная приемом транквилизаторов, характеризуется всеми следующими признаками, кроме
- аффективных нарушений (апатия, вялость, дисфория)
  - психической и физической зависимости
  - интеллектуально-мнестических нарушений
  - формирования грубого психопатоподобного дефекта
  - социально-трудовой дезадаптации
284. Мажептил показан при лечении
- сенестопатических эндогенных депрессий
  - сенесто-ипохондрических депрессий
  - ядерной шизофрении (ранней параноидной)
  - депрессии
285. Спектр психотропной активности хлордиазепоксида (эленнума. - бензодиазепинового производного - включает
- выраженный миорелаксирующий эффект
  - вегетотропный эффект
  - противотревожный эффект
  - активизирующий эффект
286. Феназепам показан при следующих типах течения шизофрении
- вялотекущей
  - рекуррентной
  - приступообразно-прогредиентной
  - в фазе ремиссии для поддержания
287. Феназепам показан при лечении
- гиперстенических расстройств невротического и неврозоподобного уровня
  - гипостенических расстройств невротического и неврозоподобного уровня
  - неврозоподобной симптоматики (чувственных навязчивостей и навязчивостей с абстрактным содержанием)
  - аутизма
288. Побочные действия и осложнения при лечении седуксеном и реланиумом при передозировке препаратов включают
- атаксию
  - дизартрию
  - головную боль
  - гипертимию

289. Пимозид показан при следующих вариантах шизофрении с непрерывным течением
- вялопротекающая, неврозоподобный вариант
  - вялопротекающая, психопатоподобный вариант
  - параноидная
  - «шубообразная»
290. Спектр психотропной активности тизерцина определяется
- выраженным седативным действием
  - общим антипсихотическим действием
  - гипотензивным действием
  - гипертензивным действием.
291. Абстинентный синдром при токсикомании, связанной с злоупотреблением циклодолом характеризуется
- формированием абстинентного синдрома при систематическом злоупотреблении циклодола в течение 12-16 мес
  - длительностью до 7-12 дней
  - сохранением остаточных астено-вегетативных расстройств в течение 3-4 нед
  - длительностью до 1-2 дней
292. К поздним побочным эффектам при лечении солями лития относятся
- литиевый тремор - неритмичное, медленное, крупноразмашистое дрожание пальцев рук, языка, век
  - периодические мышечные подергивания, "вздрагивания"
  - таксикинезия
  - постоянные мышечные подергивания
293. Спектр психотропной активности хлорпротексена включает
- невыраженный общий антипсихотический эффект
  - седативный эффект (способность купировать разные виды возбуждения)
  - антигаллюцинаторный
  - антибредовый эффект
294. Выраженная литиевая интоксикация характеризуется всеми следующими признаками, кроме
- возникновения очаговых неврологических симптомов
  - возникновения патологических рефлексов
  - вербального галлюциноза
  - олигурии
  - развития сопора и комы
295. Лепонекс показан при лечении
- маниакально-депрессивного психоза
  - расстройств настроения при психопатиях возбудимого круга
  - шизофрении (3 типа лечения) на органически неполноценной почве
  - рекуррентного депрессивного расстройства
296. Транквилизаторы включают все перечисленное, кроме
- производных пропандиола (меробамат)
  - производных триметоксибензойной кислоты (триоксазин)
  - дифенилметана (амизил)
  - ингибиторов моноаминоксидазы
  - производных бензодиазепинового ряда (диазепам, феназепам и др.)
297. При затяжных резистентных депрессиях допустимо лечение следующими сочетаниями психотропных средств

- a. ниламида (нуредала. и амитриптилина)
  - b. ниламида (нуредала., амитриптилина и психостимуляторов)
  - c. эсциталопрама и амитриптилина
  - d. лития и амитриптилина
298. В основе классификации психотропных средств положен принцип
- a. химической структуры препаратов
  - b. фармакологического механизма действия препаратов
  - c. эмпирической группировки психотропных препаратов в зависимости от характера их клинического воздействия
  - d. биохимический
  - e. клиничко-психологический
299. Стимулирующий эффект мажептила сопровождается всем перечисленным, кроме
- a. грубой двигательной заторможенности
  - b. изменчивости аффекта, смене эйфории раздражительностью, злобности
  - c. гиперсексуальности
  - d. прожорливости
  - e. вербальных галлюцинаций
300. Спектр психотропной активности триседила включает все перечисленное, кроме
- a. антидепрессивного эффекта
  - b. общего антипсихотического эффекта
  - c. селективного антипсихотического эффекта на бредовую и галлюцинаторную симптоматику
  - d. выраженного седативного эффекта
  - e. стимулирующего эффекта
301. Невротическая кардиалгия характеризуется (по Карвасарскому) всем перечисленным, кроме
- a. тупых, ноющих, колющих, пронзающих, пульсирующих болей
  - b. нерезких болей
  - c. болей чаще всего в области верхушки сердца, левого соска и прекардиальной области
  - d. болей в области сердца, сопровождающихся ощущениями "нехватки воздуха"
  - e. болей, возникающих вне связи с эмоциональным напряжением
302. Для лечения фобий применяются
- a. отвлечение по Бехтереву; активирование по Консторуму; мотивированное внушение по Платонову
  - b. "просветляющее" внушение по Втюрину
  - c. "кавалерийская противобобическая атака" по Яковлевой
  - d. Кречмеровская протретики
303. Основными критериями перехода неврастении в невротическое развитие являются (по Карвасарскому) следующие, кроме
- a. появления полиморфных невротических расстройств
  - b. стойких депрессивных нарушений настроения
  - c. появления новых черт характера
  - d. определенного "отрыва" болезненных переживаний от психотравмирующей, конфликтной ситуации
  - e. появления рудиментарных бредовых высказываний
304. Основными моментами (характеристиками) невроза (по Карвасарскому) являются все перечисленные, за исключением
- a. психогенной природы
  - b. как правило, конфликтогенности
  - c. нервно-психического характера расстройства
  - d. психотических расстройств в картине невроза, которые могут быть только истерического происхождения
  - e. обратимости симптоматики
305. Составляющими моментами функциональной тренировки "имитация движения" (по А.С.Слуцкому) являются

- a. затемненная кабина
  - b. двухместные детские качели
  - c. записанный на магнитофоне шум движущегося вагона; цветное изображение вагонного салона на слайде
  - d. врач у пульта вне психотерапевтической кабины
306. По своему происхождению фобии могут быть (по Свядоцу)
- a. атеросклеротическими
  - b. гипоталамическими
  - c. на почве гипертонической или гипотонической болезни
  - d. диэнцефальными
  - e. таламическими
307. Длительные (в течение нескольких месяцев-лет), упорные навязчивые состояния обычно не встречаются (по Свядоцу)
- a. в начальном периоде параноидной шизофрении
  - b. при эпилепсии и при эпидемическом энцефалите
  - c. при невротоподобной шизофрении
  - d. при циклотимии
308. При лечении невроза страха важно устранить (по Свядоцу)
- a. coitus interruptus
  - b. рукоблудие
  - c. петтинг
  - d. ночные поллюции
309. В основе истерических припадков (по Э.Кречмеру) лежит
- a. напряжение сексуально неудовлетворенной матки
  - b. рефлекс таламического двигательного возбуждения
  - c. церебральная (диэнцефальная) аномалия
  - d. височная эпилепсия
  - e. рефлекс двигательной бури
310. При неврозе страха (по Свядоцу) часто наблюдается
- a. потеря веса и снижение аппетита
  - b. понижение полового влечения
  - c. учащение позывов на мочеиспускание на высоте страха
  - d. сухость во рту на высоте страха
  - e. гиперсаливацией
311. К неврастении предрасположены, прежде всего, люди (по В.П. Колосову)
- a. неорганизованные, неаккуратные, без чувства ответственности, легкомысленные
  - b. астеничные
  - c. неустойчивые, склонные к красочным фантазиям
  - d. с некоторой догматичностью, сильными влечениями, напряженными эмоциями
312. При лечении истерии в стационаре (по Свядоцу) следует с первых дней сделать для больного все перечисленное, кроме
- a. обеспечить больному отдых, покой
  - b. проводить общеукрепляющее лечение
  - c. позаботиться об усиленном питании
  - d. создать больному, по возможности, суровые, аскетические условия жизни в отделении
313. Невротическая депрессия обычно включает в себя (по Свядоцу)
- a. неврастенический синдром со слезливостью и пониженным настроением; идеи несправедливого отношения к себе
  - b. некритическое отношение к своим болезненным переживаниям и нежелание бороться с ними
  - c. тягостные алгии
  - d. мифофобические расстройства
  - e. гомницидоманию
314. Истерический судорожный припадок (по Шарко) может иметь следующие фазы
- a. эпилептоидную
  - b. больших движений, страстных поз и жестов

- c. "клоунизма"
  - d. галлюцинаторную
315. Органические гиперкинезы (хореические, хореоформные и др.) отличаются от невротических тиков (по Свядоцу)
- a. насильственностью; тем, что захватывают целые группы мышц
  - b. малым размахом движений
  - c. тем, что их возможно подавить усилием воли
  - d. своей сравнительной локализованностью
316. Течение фобического невроза может быть (по Свядоцу)
- a. непрерывным или рецидивирующим
  - b. в виде одного приступа от нескольких дней до многих лет
  - c. голотимным и кататимным
  - d. прерывным течением
317. Различают следующие формы аффективно-шоковых неврозов и психозов (по Свядоцу)
- a. ступорозную и сумеречную
  - b. футиформную
  - c. делириозную
  - d. обнубиляционную
318. Невроз испуга - это (по Свядоцу)
- a. вариант невроза страха; одно из типичных невротических расстройств в экстремальных обстоятельствах
  - b. все равно, что аффективно-шоковый невроз
  - c. все равно, что тревожная реакция
  - d. вариант тревожной депрессии
  - e. вариант невроза страха; одно из типичных невротических расстройств в экстремальных обстоятельствах; все равно, что аффективно-шоковый невроз
319. При фобическом неврозе возможны следующие лечебные воздействия (по Свядоцу)
- a. каузальная психотерапия
  - b. методы форсированной тренировки и негативного воздействия
  - c. медленное внутривенное введение раствора седуксена в растворе глюкозы для купирования "взрыва страха"
  - d. diazepamum per os
  - e. некаузальная психотерапия;
320. Истерические парезы и параличи обычно проявляются в форме
- a. монопареза или моноплегии
  - b. гемипареза или гемиплегии
  - c. паралича мышц языка
  - d. паралича мышц шеи
  - e. парапареза
321. Псевдодеменция отличается от синдрома Ганзера (по Свядоцу)
- a. более выраженной нарочитостью своей несостоятельности
  - b. большей растерянностью, заторможенностью; жалобами на неспособность что-то понять
  - c. истерическими парезами
  - d. нелепыми ответами на вопросы
322. При психогенном кожном зуде из психотерапевтических методов особенно показана (по А.И.Каргамышеву)
- a. рациональная психотерапия
  - b. внушение в бодрствующем состоянии
  - c. гипносуггестивная терапия
  - d. наркопсихотерапия
  - e. косвенное внушение
323. В случае ипохондрий с выраженными вазо-вегетативными нарушениями полезно (по Консторуму)
- a. разъяснить пациенту механизм его порочного круга, напоминая неустанно: тягостно, но не



- опасно
- b. продемонстрировать больным опыт Бэкона
  - c. научить пациента элементарной тренировке в покое (2-3 раза в день в течение 20 мин с закрытыми глазами сосредоточиться на ощущении тепла в теле и мышечной расслабленности)
  - d. применить аутогенные тренировки (АТ) Шульца
  - e. избегать аутогенные тренировки (АТ) Шульца
324. Основным действующим началом лечения неглубоких депрессий является (по В.П.Колосову)
- a. неопровержимая, убедительная логика фактов, которую разворачивает перед пациентом врач
  - b. специальные медицинские и психологические знания, которые врач обнаруживает перед пациентом
  - c. психотропное прицельное воздействие
  - d. эмоционально насыщенная убежденность врача в том, что болезнь пациента - чужеродное патологическое явление, требующее специального лечения
  - e. активирующая психотерапия
325. Навязчивости обычно усиливаются (по Свядоцу)
- a. к вечеру при утомлении и при недосыпании
  - b. во время месячных
  - c. в состоянии возбуждения при лихорадочном заболевании
  - d. в экстремальных обстоятельствах
326. Страх при неврозе страха имеет следующие особенности (по Свядоцу)
- a. кондициональность
  - b. возникает лишь на короткое время и исчезает
  - c. всегда содержателен
  - d. содержание страха изменчиво
  - e. типичен здесь страх загрязнения
327. Для лечения фобического невроза возможно применение всего перечисленного, за исключением (по Свядоцу)
- a. каузальной психотерапии
  - b. методов внушения и самовнушения
  - c. методов угашения условной связи
  - d. методов форсированной тренировки
  - e. эфирной маски Свядоца
328. При невротической аэрофагии имеет место все перечисленное, кроме (по Карвасарскому)
- a. человек заглатывает воздух в желудок
  - b. человек засасывает воздух в желудок
  - c. воздух отходит из желудка отрыжкой с неприятным запахом
  - d. возникает чувство стеснения в груди
  - e. возникает боль в эпигастральной области
329. Основными типами невротических конфликтов (по Мясищеву) являются
- a. обсессивно-психастенический
  - b. неврастенический и истерический
  - c. фобический
  - d. ипохондрический
  - e. паранойяльный
330. Выделяют следующие стадии развития фобий (по Н.М.Асатиани)
- a. возникновение фобий при непосредственном психотравмирующем воздействии
  - b. возникновение фобий при неприятных соматических (вегетативных) ощущениях
  - c. появление фобий даже при одном ожидании столкновения с психотравмирующими факторами; в объективно индифферентной обстановке
  - d. возникновение фобий при душевных переживаниях, не имеющих отношения к невротическому конфликту
331. Первая "атака" при психопедагогической работе с пациентами, склонными к истерическим припадкам, не должна (по Консторуму)

- a. быть насыщенной эмоциональной теплотой
  - b. быть насыщенной беспощадной требовательностью
  - c. успокаивать больного
  - d. дать понять пациенту, что его отношение к жизни уродливо
  - e. дать понять пациенту, что у него тяжелая, более тяжелая, чем он сам думает, моральная болезнь
332. Широко известны следующие перечисленные представления (концепции) о природе истеро-невротических расстройств, кроме
- a. механизма условной приятности или желательности
  - b. преобладания подкорковой деятельности над корковой и первой сигнальной системы над второй
  - c. "бегства в болезнь" с помощью "типобулики"
  - d. реакции на трудности жизни эволюционно более древними, атавистическими способами
  - e. изоцирковой симуляции
333. Для больного истерией характерны (по Консторуму)
- a. симуляция
  - b. бегство в болезнь, реакция бессилия
  - c. беспорядочные произвольные реакции
  - d. короткое замыкание
  - e. диссимуляция
334. В экстремальной обстановке обычно возникают следующие острые невротические навязчивости
- a. страх смерти
  - b. лиссофобия
  - c. кардиофобия
  - d. мизофобия и клаустрофобия
  - e. невротические навязчивости в экстремальной обстановке не возникают
335. Наиболее распространенная в отечественной литературе классификация неврозов включает в себя перечисленные формы, кроме (Б.Д.Карвасарский, 1990)
- a. неврастении
  - b. невроза навязчивых состояний
  - c. ипохондрического невроза и невротической депрессии
  - d. истерического невроза
336. В симпатико-адреналовой системе при неврозах характерны главным образом серьезные сдвиги (Б.Д.Карвасарский, 1990)
- a. адреналина и норадреналина
  - b. дофамина
  - c. серотонина
  - d. гистамина
337. Единственный психотерапевтический прием в случае ятрогенных ипохондрических переживаний (например, ипохондричность студентов-медиков третьего курса. - это (по Консторуму)
- a. внушение в бодрствующем состоянии
  - b. убеждение, разубеждение
  - c. категорический наказ пациенту отказаться от всех медицинских мероприятий по данному поводу
  - d. никаких медицинских советов
  - e. правильно категорический наказ пациенту отказаться от всех медицинских мероприятий по данному поводу и никаких медицинских советов
338. В психотерапевтической работе с больными истерией не следует (по Консторуму)
- a. быть строгим или добрым
  - b. анализировать
  - c. быть лаконичным
  - d. быть обстоятельным
  - e. избегать анализа

339. Грубыми истерическими симптомами могут начаться все перечисленные заболевания, исключая
- психоз
  - опухоль мозга
  - рассеянный склероз
  - психастеническую психопатическую фазу, неврастению
340. Истерический ступор обычно характеризуется
- постепенным развитием по мере усложнения психотравмирующей ситуации
  - полной неподвижностью, страдальческой напряженной мимикой, учащенным пульсом
  - суженными зрачками
  - морией
341. Помогая пациенту с навязчивостями, врач должен (по Консторуму)
- призвать пациента "взять себя в руки", бороться с навязчивостями
  - апеллировать к "здравому смыслу" и "силе воли"
  - доказывать пациенту неразумность его навязчивых побуждений
  - запретить пациенту борьбу с навязчивостями на некоторый срок и призвать пациента тренироваться, точно выполняя врачебные предписания
342. Методика "проведения гипноза в психотравмирующей обстановке" (А.С. Слудский) предполагает курс лечения
- в 6-10 сеансов с постепенным увеличением эмоционально-стрессовых нагрузок на пациента
  - в 1-2 сеанса
  - только в амбулатории
  - только с магнитофонными записями гипнотизации
343. Поведение пугливого больного отличается от поведения ребенка
- гиперсексуальностью
  - дисфорическими взрывами
  - аффективной напряженностью, тревогой
  - моторной заторможенностью
344. Невроз страха был выделен и описан
- Краснушкиным
  - Жане
  - Адлером
  - Фрейдом
  - Вестфалем
345. При лечении истерических вегетативных нарушений основными методами являются все следующие, кроме (по Свядоцу)
- казуальной психотерапии
  - внушения в бодрствующем состоянии
  - аналитической психотерапии в широком смысле
  - аллопсихического резонанса
  - лечения отыскиванием (нередко вместе с пациентом) причины, породившей данное невротическое расстройство, причины, которую пациент сам не осознает, с последующим разъяснением этой причины пациенту, если он в процессе этой работы все никак не может осознать эту причину сам
346. При неврозе страха обнаруживаются следующие характерные расстройства (по Свядоцу)
- чувство тревоги и ужас
  - конкретный страх какой-то определенной катастрофы в жизни - смерть от злокачественной болезни, инфаркта и т.д.
  - фобии
  - ипохондрический бред
347. Психотерапевту следует относиться к больным истерией (по Консторуму)
- как к безусловно страдающим от своих симптомов

- b. с пренебрежением к их симптомам
  - c. с уважением к механизмам их истерического реагирования
  - d. игнорируя их симптоматику как выдумку, симуляцию
  - e. сочувственно, как к самоотверженным жертвам травмирующей их ситуации
348. При истерических гемиплегиях обычно отмечаются
- a. выраженные трофические нарушения мышц и качественные расстройства электровозбудимости в мышцах
  - b. изолированные параличи мышц
  - c. распространение паралича на мышцы лица и языка
  - d. расстройства речи в случае, если у правши поражены правые конечности
349. Различают следующие клинические формы расстройства сна при неврозах, кроме (по Карвасарскому)
- a. пресомнических расстройств
  - b. укороченного сна из-за раннего пробуждения
  - c. диссомнии
  - d. неглубокого сна с пробуждениями
  - e. сомноленции
350. Неврастенический симптомокомплекс может быть вызван
- a. интоксикацией
  - b. опухолью головного мозга
  - c. инсайтом
  - d. сатори
  - e. нарушениями
351. Истерический ступор, остро развившийся в ответ на психотравмирующее воздействие, обычно характеризуется
- a. эхопраксией
  - b. страдальческой, напряженной мимикой и мутизмом, полной неподвижностью
  - c. замедленным пульсом
  - d. суженными зрачками
352. Для невротической гастралгии характерны (по Карвасарскому)
- a. чувство переполнения желудка и чувство жжения
  - b. возникновение боли в желудке в связи с приемом пищи
  - c. отсутствие полиморфности ощущений со стороны желудка
  - d. ощущение тяжести, расширения в эпигастральной области
353. При возникновении фобического невроза решающее значение имеет (по Н. М. Асатиани)
- a. психическая травма (в широком понимании)
  - b. чрезвычайно стойкая фиксация первичной реакции испуга
  - c. соматическая ослабленность
  - d. психастенический преморбид
  - e. преморбид с явными элементами демонстративности
354. Довольно часто встречаются следующие истерические расстройства
- a. истерические скотомы и гемианопсии
  - b. истерическая астенопатия
  - c. истерическая дисменорея и истерический мутизм
  - d. истерический палимпсест
355. Пациентам с неглубокими депрессиями для каждодневного активного самостоятельного преодоления своих болезненных явлений предлагается в более или менее удовлетворительном состоянии (по В. П. Колосову)
- a. стараться проникаться общением с природой на прогулке (наблюдать, как распускаются листья, вслушиваться в пение птиц и т.п.)
  - b. углубляться аналитически в свои переживания, сомнения с целью потижения их смысла, инсайта
  - c. стремиться, прежде всего, в красоту, глубину своего внутреннего мира,

- особенно не беспокоясь об отчужденности своей от мира внешнего
- d. добиваться максимально возможного экстравертированного поведения, опекать других пациентов, помогать им
356. Конфликт между возможностями личности и ее стремлениями, завышенными требованиями к себе лежит (по Мясищеву) в основе
- истерии
  - невроза навязчивых состояний
  - фобического невроза
  - неврастении
357. Согласно инфантильно-сексуальной теории невротизации Фрейда у ребенка в первые годы жизни появляются все следующие основные влечения, впоследствии воспитанием вытесняемые в бессознательное, кроме
- сексуального влечения девочки к отцу
  - сексуального влечения мальчика к отцу
  - нарциссизма
  - гомосексуальных влечений
  - мастурбации
358. Больному с жалобами на интеллектуальную астению рекомендуется (по Леонгарду)
- назначить нейролептики в малых дозах
  - назначить психостимуляторы
  - заниматься умственным трудом по 6 часов в день
  - гимнастические упражнения, вызывающие боли в мышцах
  - быстрая ходьба на расстояние до 10 км
359. Систематическая психопедагогическая работа с больными истерией должна строиться на следующих моментах (по Консторуму)
- директивы типа: "вы должны взять себя в руки", "должны бороться с собой, укрепить свою волю"
  - указание на необходимость борьбы с эгоцентризмом
  - директива о необходимости более вдумчивого отношения к другим людям
  - "развенчание" истерического
  - борьба с интеллектуальной недостаточностью
360. При истерии иногда не вызываются
- брюшные рефлексы и подошвенный рефлекс
  - рефлекс с m.sternocleidomastoideus
  - коленный рефлекс
  - рефлекс с ахиллова сухожилия
361. Больной истерией в беседе с психотерапевтом должен знать, что (по Консторуму)
- он несерьезный больной
  - его переживания есть нечто, не заслуживающее внимания
  - его симптомы - проявления злой воли
  - он симулянт
  - его болезненные расстройства заслуживают внимания психотерапевта и искреннего желания помочь
362. Наибольшей резистентностью при лечении неврастении обычно отличаются (по В.П.Колосову)
- вегетативные расстройства
  - истощаемость
  - ипохондрические сомнения и ипохондрические навязчивости
  - тягостные переживаемые нарушения сна
363. Невроз только как функциональное заболевание, не имеющее органической основы (морфологических изменений в органах), определяют
- Вейн
  - Шарко
  - Куллен
  - Жане
  - Штрюмпель

364. Специфика несостоятельности больного истерией состоит в том, что она (по Консторуму)
- является объектом внутренней борьбы
  - экспонируется и демонстрируется
  - несет в себе целевую установку (добиться какого-то внимания, признания)
  - несет в себе "весь ассортимент специфических черт истерического характера"
365. Высказывание "Вылечить алкоголика - значит, ведь, в конце концов, научить его жить трезво среди пьяниц" - принадлежит
- Бехтереву
  - Синани
  - Гуфеланду
  - Токарскому
  - Певницкому
366. "Психосоматическая медицина" - это
- то же самое, что "психосоматика"; учение о психосоматических болезнях
  - фрейдовское понимание соматических болезней
  - экзистенциальное понимание соматических болезней
  - клиническое исследование душевного состояния соматических больных
  - динамично развивающаяся дисциплина, образовавшаяся на стыке психиатрии, психологии, терапии и хирургии в силу переплетения научных теоретических и организационно-практических задач и представляющая собой совокупность научных направлений, лечебно-диагностических и организационных мероприятий, направленных на изучение и комплексную терапию сочетанной психической и соматической патологии.
367. Применение гипноза в торакальной детской хирургии показано в случае (по Долецкому и Шульману)
- особенно тяжелых заболеваний легких и с большим количеством мокроты
  - резкого отставания в физическом развитии
  - выраженной душевной неуравновешенности
  - выраженной болевой реакции
  - отсутствия выраженной болевой реакции и применение только во вне тяжелых формах заболеваний лёгких
368. Для гипнотерапии больных хроническим холециститом существуют следующие показания (по Булю)
- медленное начало без предшествующих ему тяжелых переживаний
  - наличие выраженных функциональных нервных расстройств
  - явный эффект от медикаментозной терапии
  - отсутствие условно рефлекторных болей и рвоты
369. Основными типами непродуктивного супружеского взаимодействия (по Т. Мишиной), имеющими серьезное значение для сексопатологии, являются
- "оголтелая ненависть друг к другу"
  - "соперничество"
  - "псевдоповелительство"
  - "псевдосотрудничество"
370. "Коронарный личностный тип" (Ф. Данбэр) обнаруживает
- скрытность, способность сдерживаться
  - синтонность
  - гипоманиакальность
  - неспособность контролировать свои эмоции
  - астеничность
371. При лечении внутрисуставных переломов костей у детей (с выраженным болевым синдромом) гипноз применяется (по Долецкому и Шульману)
- для расслабления мышц и уменьшения боли, возникающей при разработке движений в суставах
  - до снятия гипсовой повязки
  - после снятия гипсовой повязки

- d. для усиления напряжения в мышцах
372. Показанием (показаниями) для гипнотерапии больных бронхиальной астмой являются (по Булю)
- a. отсутствие острых инфекционных процессов в органах дыхания при продолжающихся приступах
  - b. достаточная внушаемость, гипнабельность больного и желание лечиться гипнозом
  - c. зависимость приступов бронхиальной астмы от травмирующих событий, переживаний; условно рефлекторная зависимость приступов от определенных запахов, времени суток, какой-то определенной обстановки и т.п.
  - d. функциональные нервные расстройства у астматика
  - e. серьезная степень бронхиальной астмы
373. При назначении онкологическим больным лучевой терапии или химиотерапии основными в психотерапевтическом воздействии являются (по Рожнову и Мацанову)
- a. гипносуггестивный метод
  - b. игровая терапия
  - c. аналитическая терапия
  - d. обучение приемам самовнушения
  - e. гипносуггестивный метод, обучение приемам самовнушения
374. В формулах гипнотического внушения для раковых больных могут присутствовать примерно такие слова (по Рожнову и Мацанову)
- a. вы избавляетесь от тревоги
  - b. у вас нет никаких оснований думать о раке
  - c. вы верите врачу, что злокачественного новообразования у вас нет
  - d. вы верите в успех лечения по поводу доброкачественной опухоли
375. В половом влечении мужчины выявляются следующие функциональные компоненты (по Васильченко)
- a. мозговой
  - b. селективный
  - c. энергетический
  - d. синергический
376. Самовнушение при психорегулирующей тренировке А. Алексеева должно быть направлено прежде всего
- a. на успокоение душевного состояния спортсмена
  - b. на возбуждение душевного состояния
  - c. на то, чтобы вызвать "стартовую лихорадку"
  - d. на то, чтобы вызвать благотворную "стартовую апатию"
377. Актерам, страдающим от своей рассудочности, психастеничности, показано (по А. Гройсману)
- a. изучение под руководством психотерапевта своего психастенического характера с выяснением его ценностей
  - b. изучение системы психастенического режиссера К. Станиславского
  - c. активирование к действию
  - d. побуждение к общению с природой
378. Основными этапами становления сексопатологии являются (по Васильченко)
- a. наивно-механистический
  - b. локализационный
  - c. энциклопедический
  - d. параметрический и системный
  - e. количественный
379. Гипносуггестивная психотерапия сахарного диабета показана (по Булю)
- a. при всех формах сахарного диабета
  - b. когда лекарственная терапия неэффективна, а происхождение заболевания отчетливо связано с психотравмой или длительными отрицательными эмоциями

- c. только при выраженных формах сахарного диабета
  - d. при отсутствии у диабетиков фурункулеза
380. Эффективность поведенческой психотерапии зависит от
- a. выраженности эмпатического потенциала личности пациента
  - b. психологической направленности пациента на инсайт-ориентированную работу
  - c. способности пациента к экспрессивному поведению
  - d. уровня интеллекта
  - e. старательности, настойчивости пациента
381. Психотерапевтическое воздействие является главнейшим при следующих сексуальных нарушениях
- a. синдромы сосудистой недостаточности эрекционной составляющей
  - b. половые нарушения при заболеваниях периферической нервной системы
  - c. приапизм
  - d. фибропластическая индурация полового члена
  - e. психогенной гиполибидемии
382. Для лечения фригидности (при отсутствии гипертрофии матки) назначают следующие физиотерапевтические процедуры, кроме (по Свядоцу)
- a. горячих влагалищных душей
  - b. орошения влагалища нарзаном
  - c. диатермии половых органов
  - d. льда на область малых срамных губ
  - e. дарсонвализации наружных половых органов
383. Фригидность - это
- a. неспособность женщины к переживанию вагинального оргазма
  - b. неспособность женщины к переживанию клиторического оргазма
  - c. неспособность женщины к переживанию оргазма
  - d. то же, что и генитоальгии
  - e. то же, что и вуайеризм
384. При лечении кардиофобий в случае высокого уровня сопротивления к психотерапии следует применить
- a. рассудочную психотерапию; мотивированное внушение в гипнозе
  - b. внушение тепла в левой руке и левой половине грудной клетки
  - c. внушение "расширяются кровеносные сосуды сердечной мышцы"
  - d. медикаментозное лечение
385. Групповая психотерапия соматических пациентов должна преследовать следующие задачи (по Рожнову и Либиху)
- a. сообщение больным научно обоснованных сведений об их болезнях; борьбу с эротогениями
  - b. обучение больных занятиями рациональной терапией
  - c. религиозно-психотерапевтическую помощь безнадежно больным
  - d. обучение пациентов приемам музыкотерапии
386. Гипнотерапия показана больным с приступами стенокардии в тех случаях, когда (по Булю)
- a. электрокардиологические и рентгенологические исследования обнаруживают значительные органические изменения в сердце и крупных сосудах
  - b. имеется весьма высокая гипнабельность
  - c. отмечается условнорефлекторный механизм в возникновении повторных приступов; обычная медикаментозная терапия не имеет успеха
  - d. нет сопутствующих отчетливых функциональных расстройств нервной системы
387. К психосоматическим (в принятом смысле) относятся все следующие болезни, кроме
- a. рака желудка и толстого кишечника
  - b. язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
  - c. ишемической болезни сердца
  - d. гипертонической болезни
388. По Ф. Александеру непосредственной причиной бронхиальной астмы является
- a. регрессия к детскому страху перед разлукой с матерью
  - b. напряжение бронхиального дерева в связи с длительным нервным расстройством



- c. регрессия в младенчество с желанием быть накормленным
  - d. хронические заболевания легких
  - e. особый "профиль личности"
389. Ишемическая болезнь сердца возникает обычно в результате (по Губачеву и Стабровскому)
- a. частых спазмов коронарных артерий
  - b. препятствий в снабжении сердечной мышцы кислородом
  - c. атеросклероза почечных артерий
  - d. тревожно-мнительного склада характера
  - e. длительной алкоголизации
390. При определенных психических нарушениях в случае недостаточного эффекта от психотерапевтического воздействия и высокого уровня сопротивления в процессе психотерапии
- a. следует сменить тактику и подход психотерапии
  - b. следует отказаться от пациента
  - c. следует рассмотреть медикаментозное лечение
  - d. следует направить пациента на групповую психотерапию
391. Больные язвенной болезнью отличаются всеми следующими личностными чертами, кроме (по В. Белову, Т. Немчиной)
- a. астеничности
  - b. повышенной самооценки
  - c. безалаберности
  - d. прямолинейности в демонстрации развитого чувства долга
392. В основе кортико-висцеральной теории (И. Курцин) лежит все перечисленное, кроме
- a. невроз - обязательная функциональная стадия органических заболеваний
  - b. исходные физиологические особенности высшей нервной деятельности не определяют патогенез заболеваний; кречмеровские типы (шизоиды, циклоиды) по-разному переживают личностно одни и те же соматические болезни
  - c. большинство пациентов терапевтических клиник - люди со слабым типом высшей нервной деятельности
  - d. концепции происхождения многих соматических заболеваний возможно построить без привлечения психологических исследований
393. К личностным особенностям больных стенокардией и инфарктом миокарда относятся (по В. Ослеру)
- a. невротичность
  - b. тягостное чувство неполноценности
  - c. честолюбие, энергичность с уверенностью в своих силах
  - d. сенситивность
394. На третьем этапе эмоционально-волевой тренировки А. Филатова шахтеры
- a. представляют, как травмирован их товарищ по смене
  - b. учатся расслаблять мышцы ног
  - c. учатся вдувать себе прохладу лица
  - d. учатся улучшать легочную вентиляцию
  - e. учатся отвлекаться от посторонних звуков и мыслей
395. Тревога при тревожно-мнительном характере имеет такую же биологическую основу и соматическое сопровождение, как и тревога при (по Губачеву и Стабровскому)
- a. циклотимии и маниакально-депрессивном психозе
  - b. ананкастической психопатии
  - c. психастеноподобной шизофрении
  - d. инволюционных невротических расстройствах
396. Аутогенная тренировка применяется в лечении соматически больных с целью (по Рожнову и Либиху)
- a. смягчения напряжения, постоянно присутствующего в "неадекватной реакции на болезнь"
  - b. прекращения импульсации из органов и систем, способствующей образованию стабилизации невротической эмоции
  - c. усиления творческих способностей пациентов, формирования целебного ощущения в

пациентах своего единства с природой

d. формирования светлого, религиозного переживания в пациентах, по существу действующего психотерапевтически

397. Для устранения диссомний у спортсменов применяют самовнушения следующего содержания (по А. Филатову и А. Морозову)
- a. я не усну, не хочу спать
  - b. я непременно засну
  - c. возможно засну
  - d. я все сделаю сейчас, чтобы заснуть
398. Спортсмена с нарушениями сна врач просит усвоить все следующие правила, кроме (по А. Филатову и А. Морозову)
- a. отходя ко сну, мириться с мыслью, что не засну
  - b. настраивать себя на полную тишину
  - c. вызывать релаксацию мышц лица
  - d. сделать "маску релаксации"
  - e. дышать так же, как дышит спящий крепким сном
399. Возникновению язвенной болезни способствует (Кац, Пикерт, Зигель)
- a. длительная гиперактивация симпатического отдела вегетативной нервной системы
  - b. снижение секреции стероидных гормонов
  - c. стрессорная гипосекреция стероидных гормонов
  - d. гипертензивные реакции
400. Гипнотерапия, как известно, успешно применяется для лечения следующих кожных заболеваний, кроме (по Булю)
- a. юношеских бородавок
  - b. красного плоского лишая
  - c. чешуйчатого лишая
  - d. базалиомы
  - e. гнездовой плешивости
401. Установлены следующие стадии развития либидо у мужчины (по Васильченко)
- a. эротическая
  - b. сексуальная
  - c. романтическая
  - d. понятийная; платоническая
  - e. обсессивная
402. Основными особенностями женской сексуальности в отличие от мужской являются
- a. тенденция к "застреванию" в эротической фазе
  - b. возможность при глубокой взаимной привязанности довольствоваться *satisfactio sine orgasmo* в течение многих лет
  - c. первые органистические ощущения тесно связаны с периодом полового созревания и никогда не возникают раньше
  - d. тенденция к «застреванию» в платонической фазе
403. Основными личностными чертами больных гипертонической болезнью (по Ф.Александреру) являются
- a. враждебная настроенность, сочетающаяся с выраженным контролем и подавлением агрессивных тенденций поведения
  - b. паранойяльность
  - c. сенситивность
  - d. аутистичность
  - e. демонстративность
404. С тревожно-мнительным характером женщин, возможно, связаны (по Губачеву и Стабровскому)
- a. избыточное реактивное функционирование адреналовых механизмов
  - b. тренировка адренорецепторов
  - c. выраженные изменения миокарда
  - d. выраженные изменения липидного обмена
  - e. тренировка холиномиметиков

405. Основная идея (теоретическая сущность) германской "школы психиков" (Гейнрот) заключается
- в том, что психические воздействия могут вызывать соматические нарушения; психотические расстройства могут возникать у соматических больных
  - в том, что многие соматические болезни излечиваются психотерапевтически
  - в психоаналитическо-символическом объяснении телесных болезней (в соответствии с учением Фрейда).
  - в экзистенциальном толковании клиники и течения соматических болезней
  - в том, человек обладает абсолютной свободой воли, или свободой выбора между добром и злом – *liber arbitrium indifferentiae* средневековой схоластики; избирая то или другое (бога или дьявола), человек предопределяет этим самым линию своей жизни и моральной судьбы
406. Взгляды И.П.Павлова особенно близки к следующим нижеперечисленным школам
- "Школа психиков" (Гейнрот)
  - школа У.Кэннона и "Школа соматиков" (Якоби, Гризингер)
  - гуманистическая психология Маслоу
  - психосоматика Ф.Александера
407. Типичными особенностями больных язвенной болезнью (по Ф.Александеру) является все перечисленное, за исключением
- тщеславия
  - агрессивности
  - ранимости
  - робости
  - впечатлительности
408. К типичным личностным особенностям больных язвенной болезнью относятся (по М.Черноруцкому)
- эмоциональное спокойствие
  - склонность к тревоге, опасениям, страхам
  - склонность к приподнятому, эйфоричному состоянию
  - склонностью к параноидным идеям
409. В процессе лечения онкологических больных после экстирпации желудка с успехом могут применяться следующие психотерапевтические приемы (по Рожнову)
- рациональная психотерапия
  - методика сократического диалога
  - гипноз и аутогенная тренировка
  - иглоукальвание и рефлексотерапия
410. Онкологический больной должен знать о своем злокачественном заболевании (по Рожнову и Мацанову)
- всю правду
  - лишь часть правды - в соответствии с тем, "что он сможет перенести"
  - тем меньше, чем хуже прогноз
  - ничего
411. При психотерапии психогенной импотенции ведущее принадлежит (по Н.Иванову)
- гипносуггестивной терапии
  - разъяснительной терапии
  - психической саморегуляции с элементами гейшизма
  - суггестивной терапии онанизма в бодрствующем состоянии
412. Эмоционально-волевой тренировкой А.Филатова не рекомендуется самостоятельно заниматься шахтерам
- с сильной волей
  - перенесшим травму черепа
  - очень высокого роста
  - моложе 20 лет
  - склонным к тревогам
413. Сеансы гипнотерапии при язвенной болезни должны продолжаться (по Булю)
- 20-30 мин
  - 30-40 мин

- c. 40 мин - 3 часа
  - d. более 3 часов
414. К особенностям гипнотерапии больных бронхиальной астмой относятся (по Булю)
- a. больному следует внушать, что волнения, тревоги, обиды и огорчения не будут больше оказывать отрицательного влияния на его дыхательную функцию
  - b. следует обращать внимание больше на то, как свободно и легко стал он дышать и внушать, что с каждым днем, с каждым последующим сеансом астматические приступы будут слабеть, будут возникать все реже, пока не исчезнут совершенно
  - c. лечебные внушения должны отвечать содержанием своим не жалобам больного, а только данным объективного исследования
  - d. следует в гипнозе внушать запахи, ранее провоцировавшие астматические приступы
415. Метод структурного анализа половых расстройств
- a. противостоит системному подходу
  - b. основывается на рефлексологии В.Бехтерева
  - c. представляет совокупность диагностических алгоритмов в сексопатологии
  - d. основывается на теории относительности А.Эйнштейна
416. Сексопатология - это
- a. медицинская сексология
  - b. область клинической медицины, изучающая половые расстройства
  - c. раздел урологии
  - d. раздел психиатрии
417. Показателями эффективности гипнотерапии больных язвенной болезнью являются все следующие моменты, кроме (по Булю)
- a. данных клинического исследования до, во время и после лечения
  - b. данных лаборатории
  - c. данных рентгеноскопии и рентгенографии
  - d. частоты, длительности и интенсивности приступов рвоты, более как наиболее выраженных проявлений болезни
  - e. результатов теста ММРІ
418. Противопоказанием для гипнотерапии больных хроническим холециститом являются следующие, кроме (по Булю)
- a. высокой температуры
  - b. диспепсических явлений
  - c. возникновения холецистита после пищевой интоксикации
  - d. наличия деформаций, спаек в желчном пузыре
  - e. функционального расстройства нервной системы
419. По относительному "весу" определенных патогенных факторов возможны следующие варианты развития язвенной болезни (всякого психосоматического заболевания) (по Губачеву и Стабровскому)
- a. ситуационный
  - b. личностный
  - c. психопатологический
  - d. церебральный и соматический
  - e. псевдосоматический
420. Особенно предрасположены к ишемической болезни сердца мужчины в возрасте 39-40 лет (по М.Фридмэну и Р.Розенмэну)
- a. со способностью энергично добиваться продвижения по службе, ощущением нехватки времени
  - b. со скрупулезностью, ананкастичностью
  - c. с добродушием
  - d. с неуверенностью в себе; склонностью к сомнениям
421. Групповая психотерапия больных внутренними болезнями включает следующие методики (по Рожнову и Либиху)
- a. психотерапевтическую беседу в группе с изучением больными собственных и иных характеров

- b. внушение в гипнотическом состоянии; обучение аутогенной тренировке
  - c. аротерапию по Яроцкому
  - d. формирование оптимистического мироощущения по Марциновскому
422. В терминальных стадиях рака показаны следующие психотерапевтические воздействия (по Рожнову и Мацанову)
- a. удлинённые сеансы гипноза по В.Рожнову
  - b. попытки вселить в пациента и сохранить в нем уверенность в выздоровлении
  - c. иманотерапия по Вольперту
  - d. помощь в построении оптимистических планов по выздоровлению
423. Упражнения эмоционально-волевой тренировки А.Филатова имеют все следующие цели, кроме
- a. научиться активно изменять ритм дыхания
  - b. научиться перераспределять мышечный тонус
  - c. изучить приемы специального самовнушения
  - d. научиться находить прекрасное в обычном
  - e. уметь пользоваться полученными навыками
424. Внушение в гипнозе при лечении больных с язвенной болезнью имеет примерно следующее содержание, исключая (по Булю)
- a. исчезает вялость кишечника
  - b. с каждым днем у Вас будет нарастать здоровый аппетит
  - c. тошнота, рвота не исчезнут, но Вы перестанете обращать на них внимание
  - d. живот становится мягким, безболезненным
425. Психорегулирующая тренировка А.Алексеева - это
- a. спортивный вариант аутогенной тренировки
  - b. вариант прогрессирующей (прогрессивной) мышечной релаксации Джекобсона для спортсменов
  - c. спортивный вариант активного самогипноза Э.Кречмера
  - d. спортивный вариант психической саморегуляции с элементами "дзэн"
  - e. методика самовнушения с реципрокным торможением, приспособленная для спортсменов
426. Яркий психотерапевтический эффект при лечении больных с органическими заболеваниями нервной системы свидетельствует о том, что (по Платонову)
- a. нет никаких оснований думать об органическом заболевании нервной системы
  - b. устраненные психотерапией невротические нарушения, возможно, являются предшественниками органической симптоматики и представляют собой соматогенно-обусловленное невротическое
  - c. возможно имели место невротические реакции больного на органическое заболевание; органическому заболеванию сопутствуют функциональные расстройства
  - d. само органическое нарушение выразительно поддается действию психотерапии
427. При групповой терапии в системе восстановительного лечения больных с последствиями инсульта (в т.ч. с афазией) проводятся все перечисленные типы занятий по восстановлению речи, кроме (по В.М. Шкловскому)
- a. растормаживающего характера
  - b. стимулирующего характера
  - c. с применением специального цветного кино
  - d. в процессе труда
  - e. клубного типа
428. Гипнотическое воздействие способно устранять или ослаблять все следующие расстройства, кроме (по Платонову)
- a. табетических гастритических кризов
  - b. интенционного дрожания при рассеянном склерозе
  - c. парезов и параличей при рассеянном склерозе
  - d. дизартрии при рассеянном склерозе
  - e. расстройств памяти при прогрессивном параличе
429. Обязательной предпосылкой систематической психотерапевтической работы с больными, страдающими отдаленными последствиями закрытых травм черепа, является (по

- Консторуму)
- a. дружеское, "на равных" отношение врача к больному, при котором пациент чувствует- понимает, что не менее врача разбирается в своих болезненных расстройствах
  - b. наличие у пациента известной воли к здоровью и полного доверия к врачу
  - c. смягчение душевной напряженности пациента с помощью хлоралгидрата в клизме
  - d. развенчивание в глазах пациента "особой тяжести" его нервных переживаний
430. При групповой психотерапии постинсультных больных (по Т.Д.Демиденко) проводится все перечисленное, за исключением
- a. лечение осуществляется в больших группах
  - b. применяется прием "психотерапевтического зеркала"
  - c. применяется прием "коррекции масштаба переживания"
  - d. используются игровые методики
  - e. применяется идеомоторная тренировка
431. При групповой психотерапии больных, страдающих сосудистыми мозговыми заболеваниями (по И.М. Вишу и В.Я. Романюку)
- a. рассматриваются с врачом в группе клинические особенности заболевания, течение, прогноз
  - b. обсуждаются проблемы, связанные с подготовкой к выходу на пенсию
  - c. больные изучают различные человеческие характеры для улучшения меж-личностных отношений, учатся с помощью специальных приемов оставаться на высоте в сексуальных отношениях
  - d. пациенты учатся слушать и постигать известные произведения Баха и Бетховена в порядке музыкотерапии
432. Гипнотерапия способна существенно помогать в следующих случаях органических заболеваний мозга (в т.ч. инфекционного происхождения) (по Кар-васарскому)
- a. при неврозоподобной симптоматике психогенного происхождения и непсихогенной природы
  - b. при парезах и параличах
  - c. при интенционном дрожании
  - d. при фантомных болях
  - e. при деменции
433. В психотерапевтической работе с больными, страдающими отдаленными последствиями закрытых травм черепа, в случаях вспыльчивости, доходящей до агрессии, врачу следует провести все перечисленное, за исключением (по Консторуму)
- a. спокойно разбирая с пациентом каждый срыв, методически, настойчиво доказывать, что он этим проявляет величайшее невнимание к человеку
  - b. обращаться к интеллекту, социальному сознанию пациента
  - c. стремиться перевоспитать больного человека
  - d. приступить к "большой психотерапии"
  - e. полагаться, в основном, на седативные препараты и суггестию
434. Врач, работающий с психопатами-подростками, должен (по Личко)
- a. приспособливается по возможности к новому поколению, подражая ему в манере вести себя, одеваться и т.п.
  - b. уметь гибко переходить от совета к наставлению, от терпеливого выслушивания к активному оспариванию; сопереживать без утраты дистанции
  - c. держаться с подростком достаточно формально-нейтрально, подчеркивая свою объективность
  - d. поговорить со взрослыми, которые привели подростка, поначалу наедине, не в присутствии подростка
435. В случае невротического энуреза обычно применяются (по Ковалеву и Буянову)
- a. аутосуггестия общеседативного содержания в сомноленции или в бодрствующем состоянии
  - b. направленная на основное расстройство гетеросуггестия в сомнамбулизме
  - c. гетеросуггестия общеседативного содержания в сомноленции или бодрствующем состоянии, побуждающая проснуться в момент позыва на мочеиспускание
  - d. аутосуггестия, побуждающая проснуться в момент позыва на мочеиспускание

436. Главное лечебное действие в рисуночной терапии детских страхов - это (по Захарову)
- условное изображение, к примеру, темноты или страшных животных
  - изображение себя, например, в темноте или рядом со страшным животным без страха или в страхе перед ним
  - изображение своего жестокого отношения к обидчику или злой темноте
  - изображение своего милосердия даже к проявлениям зла
437. Рациональная психотерапия в детском возрасте может быть применена в более или менее изолированном виде (по Ковалеву и Буянову)
- во всех случаях невротических расстройств
  - во всех случаях невротоподобной шизофрении
  - во всех случаях психопатических расстройств
  - лишь в редких случаях - например, при наличии сверхценных идей ипохондрического содержания или при реакциях протеста
438. Увлечения подростков (по Личко)
- с истерической психопатией помогают им искать душевное отдохновение, способ уйти от аффективной ситуации
  - с гипертимной психопатией служат средством успокоения в сосредоточенном занятии в одиночестве
  - с шизоидной психопатией часто причудливы - например, изучение ненужного языка, собирание ненужных вещей
  - с эпилептоидной психопатией служат для разрядки их вечно брызжущей энергии
439. Игровая методика устранения страхов у детей включает все следующие фазы игрового взаимодействия, кроме (по Захарову)
- актуализации страха
  - визуализации страха
  - закрепления достигнутых результатов посредством повторной перемены ролей
  - отреагирования страха
  - десенсибилизации к страху посредством перемены ролей
440. В лечебно-педагогической работе с детьми, больными неврозами (по Драпкину и Трифонову)
- продолжительность уроков должна быть такой же, как в массовой школе
  - по первой просьбе следует отпускать ребенка с занятий
  - все преподавание должно вестись по программе массовой школы
  - домашние задания не должны быть облегченными
  - учителю следует идти навстречу всем предъявляемым учеником жалобам
441. У подростков-психопатов могут сохраняться следующие детские поведенческие реакции (по Личко)
- отказа
  - оппозиции
  - имитации
  - компенсации и гиперкомпенсации
  - реакции приводящие к социальной дезадаптации
442. В детской психотерапевтической группе клинически вполне совместимы пациенты (по Захарову)
- с логоневрозом, неврастенией, неврозом навязчивых состояний
  - с истерическим неврозом
  - с логоневрозом и тиками
  - с неврастенией и тиками
  - с массивными органическими наслоениями
443. В психотерапевтической работе с психопатическими подростками обычно не прибегают к следующим видам рациональной терапии (по Личко)
- убеждению логическими доводами
  - дискуссионной рациональной терапией
  - рациональному отреагированию
  - эмоциональному консонансу и патикусу

444. Особенности психотерапии неустойчивых психопатов-подростков являются (по Личко)
- широкое применение занятий ритмикой, психогимнастикой
  - сравнительно эффективное действие суггестивных методов
  - сравнительно эффективное действие рациональных методов
  - использовать отрицательные качества этого типа - подчиняемость более стеничным сверстникам, трусость, неспособность противостоять большинству
  - открытая группа со слабым лидером, но социально позитивными установками
445. Психотерапия детей и подростков отличается от психотерапии зрелой личности
- преобладанием интуитивно-аналитических психотерапевтических приемов с учетом образного мышления пациентов
  - неразрывной связью психотерапии с психогигиеной
  - сравнительно большой ролью психотерапевтического отвлечения и переключения
  - сравнительно сдержанным отношением к психотерапевтическим культурно-массовым мероприятиям
  - широким использованием психотерапевтического воздействия через сверстников
446. Возрастной пик внушаемости наблюдается в (по Захарову)
- 5 лет
  - 7 лет
  - 10 лет
  - 12 лет
  - 3 года
447. Главными факторами, влияющими на эффективность гипнотерапии у детей, являются (по Захарову)
- выраженное биополе у гипнотерапевта
  - профессиональное умение и вера врача в успех дела
  - тонкое, подробное знание клинической картины
  - мягкость в характере врача
448. У детей и подростков низкая внушаемость нередко (по Захарову)
- является следствием отрицательного отношения к врачу и лечению; свидетельствует о ригидности психических процессов
  - обнаруживается в первые встречи с врачом
  - свидетельствует о гибкости, пластичности психических процессов
  - встречается лишь у мальчиков
449. Выделяют следующие группы аутистических расстройств у детей (по Кагану)
- детский аутизм Каннера и шизофренический аутизм
  - аутизм в структуре психастенического характера
  - аутизм в структуре шизоидного характера
  - аутизм в структуре эпилептоидного характера
  - правильно а. и с.
450. Аутогенная тренировка при лечении детей и подростков применяется (по Захарову)
- с 3 лет
  - с 5 лет
  - с 7 лет
  - с 8-9 лет
  - с 10 лет
451. В лечебно-педагогической работе с детьми-дошкольниками, с резидуально-органическими психическими расстройствами следует (по Драпкину и Трифонову)
- учить их повторять простейшие движения и выполнять простейшие действия по словесной инструкции
  - остерегаться формировать у них пространственные представления
  - учить их различать правую и левую сторону
  - стремиться к тому, чтобы они осваивали игру в шашки и шахматы
452. В случае детского страха темноты с боязнью неожиданного нападения терапевтически эффективен следующий игровой сеанс
- ребенок прячется в кабинете без света, и его, надев маски, поочередно ищут мать, отец, врач с агрессивными репликами; в кабинете прячутся взрослые, а мальчик в "страшной"



- маске ищет их
- b. ребенок и кто-то из его родителей танцуют в темной комнате под веселую музыку
- c. ребенок поет в темной комнате смешные куплеты
- d. врач рассказывает ребенку в темной комнате смешные истории, чтобы хохотал
453. Для аутичных детей с выраженным отставанием в развитии рекомендуются следующие обучающие игры (по Кагану)
- a. "надень кольцо", "цветное лото"
- b. "револьвер"
- c. "курица"
- d. "земляника"
454. При первичном неврозоподобном недержании мочи по причине дистонии мочевого пузыря характерно (по Буянову)
- a. недержание мочи может быть дневным и ночным
- b. моча выделяется небольшими порциями (например, 4-5 раз за ночь); обмочившись, больной просыпается
- c. позыв на мочеиспускание бывает неодолимым - даже проснувшись
- d. урологическая патология
- e. положительный эффект от метода Ялмара Карлсона
455. Существенными отличиями психотерапии подростков от психотерапии взрослых и детей не являются
- a. возможное принуждение подростка к лечению (в отличие от взрослого)
- b. соблюдение позиции нейтрального лица - без обязательного (в случае ребенка. сопереживания
- c. остерегаться "заменить" подростку родителей (в психологическом отношении)
- d. стремиться ограничивать психотерапевтическое вмешательство каким-либо одним методом; усиление директивного тона психотерапевта в случае выраженной реакции эмансипации
- e. соблюдение позиции «авторитетного» лица
456. С целью проведения лечебных дискуссий в процессе коллективной психотерапии детей и подростков используются все перечисленные приемы, кроме (по Ковалеву и Буянову)
- a. беседы на свободные и терапевтические темы
- b. создания взаимных психологических портретов
- c. обсуждения достоинств и недостатков членов лечебного коллектива
- d. обсуждения достоинств и недостатков главного врача диспансера или больницы
- e. методики незаконченных рассказов
457. Этапами в психотерапии шизоидного аутизма являются все перечисленные, кроме (по Кагану)
- a. освобождения от детского сада или школы с индивидуальной психотерапией на мягком медикаментозном фоне
- b. лечения в небольшой арттерапевтической группе для шизоидов; показывания шизоидному ребенку его аутистических душевных ценностей в творческом рисовании, в общении с искусством и т.д.
- c. индивидуальной психотерапии + возвращения в обычный круг общения или лечения в долгосрочной группе (диагностически разнородной открытой) с последующим постепенным возвращением в коллектив
- d. реадaptации и ресoциализации
458. Психотерапевтический комплекс, предложенный для лечения в условиях стационара для детей и подростков, страдающих заиканием, включает в себя (по Ковалеву и Буянову)
- a. прогрессирующую релаксацию Э.Джекобсона
- b. мышечную деконтракцию и дыхательную гимнастику
- c. самовнушение по Куэ
- d. протрeптику
459. При проведении фронтального урока с больными шизофренией (по Драпкину и Трифонову)
- a. ученик поначалу может лишь формально присутствовать на уроке, почти не занимаясь

- b. педагог просит учеников лишь механически переписывать интересный текст, чтобы заинтересоваться им, а во время диктанта рисовать хотя бы палочку или кружок на каждое диктуемое слово
- c. на столе педагога мирно сидит живая спокойная кошка
- d. ученики пишут свободное сочинение, и основное внимание педагог, разбирая вслух это сочинение, обращает на смысловую сущность работы
460. Внушение не действует или действует слабо, если ребенок (по Захарову)
- a. не понимает его смысла
- b. сильно возбудим
- c. выраженно заторможен
- d. астеничен вследствие чрезмерных перегрузок
- e. понимает его смысл
461. При шизофреническом аутизме страдает в первую очередь (по Кагану)
- a. способность к общению
- b. потребность в общении
- c. способность видеть мир лишь абстрактно-символически, без реалистического полнокровия
- d. способность довольствоваться общением просто с добрым человеком без ярко выраженной индивидуальности
- e. потребность в творчестве
462. В психотерапевтической группе с обсуждением нарисованных дома детьми страхов (на больших листах) (по Захарову)
- a. некоторые страхи проигрываются всеми участниками группы
- b. повышается общая тревожность пациентов
- c. возникает тягостно-тревожная атмосфера
- d. врач жестоко расправляется со всеми страхами на глазах у детей
- e. срабатывает механизм лечебного катарсиса
463. Средняя продолжительность семейной, индивидуальной и групповой психотерапии невротических расстройств у детей составляет (по Захарову)
- a. 3 мес
- b. 6 мес
- c. 12 мес
- d. 14 мес
- e. 20 мес
464. При психопатиях у подростков оказываются заостренными и или искаженными все следующие, свойственные этому возрасту социально-психологические особенности, кроме (по Личко)
- a. формирующегося сексуального влечения
- b. склонности рыцарски-нежно ухаживать за девочками, а у девочек - писать мальчикам стихи
- c. реакции увлечения (хобби)
- d. реакции группирования со сверстниками
- e. реакции эмансипации
465. Отрицательное отношение детей и подростков к гипнозу (по Захарову) нередко указывает на все перечисленное, за исключением
- a. тревожно-мнительных черт характера пациента
- b. истерических личностных свойств пациента
- c. паранойяльных черт характера пациента
- d. страха заснуть и не проснуться или проснуться другим
- e. страха отделения от матери
466. При тяжелом конфликте родителей с детьми, упрямстве и негативизме с обеих сторон врачу рекомендуется (по Захарову)
- a. не вмешиваться в этот конфликт, прекратить встречи с ребенком, семьей
- b. советовать родителям взять над ребенком полную власть во всем и держать ее строго
- c. лечение ребенка достаточно большими дозами психотропных препаратов
- d. советовать родителям дать ребенку при "поручительстве" врача полную самостоятельность не только в приготовлении уроков, но и в повседневной жизни
- e. объявить при ребенке родителей еще более больными, нежели ребенок, призвать их к серьезному лечению

467. Императивное внушение парадоксально усиливает у детей психомоторные нарушения обычно в случаях (по Захарову)
- слабого типа нервной системы или соматического ослабления
  - эпилептоидной психопатии
  - циклондной психопатии
  - повышенного чувства ответственности
468. Удлинённый гипнотический сон при лечении детей школьного возраста более эффективен во всех перечисленных случаях, кроме (по Ковалеву и Буянову)
- истерических и фобических реакций
  - затянувшихся невротических состояний
  - невротических развитий личности
  - вялотекущей шизофрении с невротоподобными явлениями
469. Возрастными особенностями внушаемости и действия внушения являются (по Захарову)
- частичный эффект от внушения в дошкольном возрасте
  - полный эффект - в подростковом возрасте
  - внушение у мальчиков эффективнее, чем у девочек
  - внушаемость у мальчиков выше, чем у девочек
  - внушаемость у девочек выше, чем у мальчиков
470. Игровая терапия детей (инсценировки) (по Захарову)
- наиболее успешна в возрасте 2-3 лет
  - наиболее успешна в возрасте 4-7 лет
  - проводится без кукол и игрушечного реквизита в той или иной воображаемой обстановке
  - может проводиться в виде подвижных, предметных игр
471. Особенности психотерапии гипертимных психопатов-подростков являются (по Личко)
- попытаться помочь таким подросткам найти отдушину (в виде хобби) для реализации бурной энергии; дать возможность стать лидером среди сверстников
  - побуждать этих подростков учиться живому восприятию окружающего, уменью схватить и запомнить мельком увиденное
  - защищать их от постоянных опасений по поводу возможного осуждения их сверстниками; в групповую психотерапию включать очень осторожно вследствие их ранимости
  - правильно побуждать этих подростков учиться живому восприятию окружающего, уменью схватить и запомнить мельком увиденное; защищать их от постоянных опасений по поводу возможного осуждения их сверстниками; в групповую психотерапию включать очень осторожно вследствие их ранимости
472. В коллективной психотерапии нуждаются дети (по Ковалеву и Буянову)
- с истерическим мутизмом
  - с психогенными навязчивостями и амаврозом
  - с энкопрезом
  - с острыми психотическими расстройствами
  - с реакцией дезадаптации
473. Психотерапия больных с дисморфоманическими расстройствами должна непременно включать в себя (по Коркиной)
- гипноз
  - аутогенную тренировку
  - разъяснение, направленное на переориентировку личности - переключение основного внимания со своей внешности на более значимые жизненные ценности
  - семейную психотерапию
  - музыкотерапию
474. Основными положениями семейной психотерапии в детско-подростковой практике не являются (по Захарову)

- a. психотерапевтическая работа с детьми и родителями всегда совершается вместе - в одних группах, диадах, триадах
  - b. дети помогают родителям в занятиях аутогенной тренировкой (расслабляться, вообразить цветную лужайку и т.д.)
  - c. дети помогают родителям выражать в рисунках и лепке свои родительские конфликты и постоянно меняются в игре ролями со своими родителями
  - d. ребенок и родители стремятся в своем лечебном взаимодействии к катарсису-инсайту
  - e. дети и родители не работают строго отдельно
475. Работая с подростковой психотерапевтической группой психотерапевт должен (по Личко)
- a. влиять на нее словами и действиями ее "вожака" (лидера).
  - b. учитывать плохую психологическую совместимость эпилептоидных, неустойчивых подростков, гипертимных и эмоционально-лабильных подростков
  - c. помнить, что гипертимный лидер склонен во все встречать без достаточного такта и всем командовать
  - d. поправлять лидера перед всей группой
476. Шизоидные подростки (по Личко)
- a. склонны к обстоятельным и неторопливым беседам, не обнаруживая при этом ни малейшей истощаемости
  - b. любят поговорить с психотерапевтом о своих хороших (обычно) способностях к ручному мастерству
  - c. отличаются неприхотливой избирательностью в выборе симпатий и антипатий; склонны слушать размышления психотерапевта о трудности контактов вообще и судьбе людей, которым они нелегко даются
  - d. как правило, эгоцентричны
477. В лечебном игровом сеансе с ребенком (по Захарову)
- a. в кабинете врача ребенок вначале может играть один или в присутствии "занятого своим делом" врача
  - b. игра ни в коем случае не должна прерываться
  - c. игра может быть прекращена ребенком, но он должен объяснить - почему
  - d. не должно быть душевно напрягающей ситуации неопределенности, недосказанности, неизвестности
478. Больным нервной анорексией с истерическими чертами наиболее показаны (по Коркиной)
- a. внушение в гипнозе или в бодрствующем состоянии
  - b. ежедневное тщательное разъяснение больным сущности их заболевания, того, что их болезнь - временное, преходящее состояние
  - c. арттерапия
  - d. имаготерапия
479. Существенной особенностью в занятиях аутогенной тренировкой именно с подростками является (по Ковалеву и Буянову)
- a. сокращенные сроки занятий
  - b. всегда - поза лежачая
  - c. образность аутосуггестий
  - d. избегание релаксации
  - e. большой удельный вес гетеросуггестии или лишь одна гетеросуггестия без аутосуггестии
480. При лечении детей и подростков внушение обычно неэффективно при следующих расстройствах
- a. внутренний конфликт и невротические развития
  - b. бронхиальная астма
  - c. тики, зафиксированные функциональные расстройства
  - d. остропсихотические расстройства

481. Значительно более высокий эффект, чем от внушения наяву, наблюдается от использовании гипнотерапии (в лечении детей и подростков) (по Захарову)
- при неврозах с вегетативными нарушениями и психосоматических заболеваниях
  - при психастении
  - при шизоидной психопатии
  - при ананкастической психопатии
482. Аутогенная тренировка применяется в детской и подростковой практике для лечения (по Ковалеву и Буянову)
- подростков с возбудимостью, аффективной несдержанностью и тревожно-мнительными чертами характера
  - детей с врожденной безнравственностью
  - маленьких детей с заиканием
  - энкопреза
483. Реакция протеста - это, в сущности, то же самое, что (по Личко)
- реакция оппозиции и реакция отказа
  - контримитация
  - осмидроз
  - парциолизм
  - реакции недисциплинированности, хулиганских выходках, агрессивных действиях, бродяжничестве, суицидальном поведении
484. При "дезаутизации через погружение" (по Кагану), врач, помогающий ребенку с аутизмом
- оставляет его погружаться в аутистические переживания в четырех стенах с едой через окошко, пока у ребенка не появится желание с кем-то хоть как-то общаться
  - способствует целебному погружению ребенка в его воспоминания о еще более раннем и, быть может, более здоровом детстве
  - способствует целебному погружению ребенка в прошлое его народа, рассказывая народные сказки, выполняя с ребенком простейшие старинные народные обряды, дабы ребенок лечебно ощутил свои национально-психологические эмоциональные основы-корни
  - придумывает интересующий ребенка аутистический мир и погружается в него вместе с ребенком, слушая его часами, например, о волшебном лесе с квакузинами, тугифами и т.д., не дает ребенку возвращаться в реальность, пока он не потянется к ней со всей силой
  - уводит ребенка в мир природы, например, в больничном саду (деревьев, птиц, шмелей), погружается с ним вместе в одухотворенно-внимательное рассматривание самого скромного цветка, вспоминая при этом близких ребенку людей, чтобы ребенку захотелось к ним
485. Рациональная психотерапия в детском возрасте отвечает всему перечисленному, кроме (по Ковалеву и Буянову)
- является ведущим психотерапевтическим методом при лечении детей школьного возраста
  - смыкается с лечебной педагогикой
  - пользуется приемами переубеждения
  - пользуется приемами отвлечения
  - пользуется приемами перевоспитания
486. Лечебная педагогика - это (по Драпкину и Трифонову)
- все равно, что медицинская педагогика; педагогическое воздействие на больного ребенка и подростка с лечебной целью
  - рациональная психотерапия детей и подростков
  - воздействие, идентичное эмотивно-рациональной терапии Эллиса
  - разновидность когнитивной психотерапии
487. Внушаемость у страдающих неврозом детей и подростков наименее выражена (по Захарову)
- при истерическом неврозе
  - при неврастении
  - при неврозе навязчивых движений
  - при неврозе страха
  - при фобическом неврозе

488. Процесс групповой динамики (детские психотерапевтические группы) включает следующие фазы (по Захарову)
- ориентация и интеграция группы
  - групповой катарзис
  - групповой инсайт
  - дифференциация группы
489. При лечении гипнозом у детей чаще, чем у взрослых (по Ковалеву и Буянову)
- наступает глубокий сомнамбулизм
  - возникают серьезные осложнения в виде потери раппорта или в виде тяжелых форм истерического гипноида
  - наступает переход гипнотического сна в физиологический
  - возникает стремление, чтобы лечили только гипнозом и возникает стремление, чтобы лечили только гипнозом
  - наступает переход гипнотического сна в физиологический
490. Совместная групповая психотерапия детей и родителей включает в себя следующие моменты (условия) (по Захарову)
- обсуждение истории заболевания детей с отражением в этом семейных проблем
  - в играх дети играют своих родителей, а родители играют роли других родителей
  - ребенок не должен взаимодействовать в лечебной игре со своими родителями
  - группа как целое никогда не должна выполнять роль "обвинителя"
491. У подростков-психопатов нарушения сексуального поведения проявляются в следующих основных формах (по Личко)
- онанизме
  - транзиторных сексуальных девиациях
  - рукоблудии
  - формировании ложных перверзий и становлении истинных перверзий
492. В рамках методики краткосрочной групповой психотерапии больных ал-коголизмом (по Гузикову, Мейрояну, Зобневу) используются все следующие приемы, кроме
- рисунка
  - самоотчетов
  - творческого общения с природой
  - разыгрывания ролей
  - взаимооценки больных
493. Риск возникновения алкоголизма в подростковом возрасте резко возрастает
- при психастенической психопатии
  - при астенической психопатии
  - при шизоидной акцентуации
  - при неустойчивой акцентуации или эпилептоидной психопатии
494. Для алкоголизма у женщин не характерно все перечисленное, кроме
- гамбринизма
  - промискуитета
  - "глобус истерикус"
  - дисплакузии
  - компульсивного влечения к спиртному
495. Алкогольная деградация выявляется
- ослаблением памяти и утратой критики
  - эмоциональным оживлением
  - этическим снижением
  - фиксационной амнезией
496. Коллективную гипнотизацию алкоголиков впервые у нас применил
- Бехтерев
  - Саблер
  - Вяземский
  - Болотов
  - Синани

497. Основными принципами методики краткосрочной групповой психотерапии больных алкоголизмом являются (по Гузинову, Мейрояну, Зобневу)
- неразглашение тайны и дозированная откровенность
  - полная откровенность
  - методика применяется только для женщин
  - желательно присутствие в группе и деградированных больных
498. Психотерапевтическую работу с больным-наркоманом целесообразно начинать
- сразу с момента обращения
  - после поступления в отделение больницы
  - после сбора необходимых сведений и написания анамнеза
  - после встречи с родными и близкими, сотрудниками по работе
  - по окончании периода дезинтоксикации
499. Культ-терапией называют
- обращение к больным на "Вы"
  - ежедневное чтение газет
  - просмотр художественных кинофильмов в зале больницы
  - посещение театра
  - художественную самодеятельность пациентов
500. Наряду с медикаментозными методами в лечении и предупреждении алкогольных психозов занимают определенное место все следующие методы психо-терапии, кроме
- гипносуггестивной эмоционально-стрессовой терапии
  - арт-терапии
  - гипноза - удлиненного сна
  - гипноза-отдыха
  - документальной кино-фотографии
501. Характерными особенностями алкоголизма на почве эпилепсии являются
- смягчение и урежение дисфорий
  - придирчивость, нетерпеливость
  - выраженная возбудимость, злобность
  - отсутствие вязкости, обстоятельности
502. Краткосрочная групповая психотерапия больных алкоголизмом предполагает (по Гузинову, Мейрояну, Зобневу)
- занятия только в закрытых группах (весь курс - 12-18 занятий)
  - занятия ежедневные
  - оптимальная продолжительность занятия - 1 час
  - в группе не более 20 человек
503. К принципам эстетотерапии относят все указанное, кроме
- поддерживания естественных коммуникаций
  - формирования гуманистического мировоззрения
  - эстетического оформления интерьера лечебных учреждений
  - гармонизации отношений в семье с помощью средств искусства
504. Эксплозивный тип заострения личности больного алкоголизмом включает в себя
- оптимистическое настроение
  - довольство окружающими и самим собой
  - легкое возникновение аффектов неприязни, придирок, недовольства, аффектов злобы и гнева
  - раздражительную слабость
505. Известная лечебная триада Бехтерева (для алкоголиков) включает
- психоаналитическую краткую беседу с пациентом
  - сеанс гипноза с мотивированным внушением
  - эстетотерапевтический сеанс с "туманными картинками"
  - психотерапевтическую беседу о вреде алкоголя с демонстрацией картин, таблиц; обучение больных самовнушению
506. Главной особенностью амнезий при алкоголизме считается их
- лакунарность, фрагментарность

- b. тотальность
  - c. полиморфность
  - d. эсхатологический мотив
507. Арттерапию принято понимать, как метод
- a. диагностики с помощью рисунков
  - b. проективного изучения личности
  - c. использования рисования и пластических средств с лечебной целью
  - d. уяснения неосознаваемого конфликта
  - e. творческого выражения
508. Основные принципы и формы работы обществ АА - это
- a. больные рассказывают товарищам по несчастью истории своего "падения" и возвращения через трезвость в жизнь
  - b. чтение произведений Дюма по ролям
  - c. чтение глав книги "Alcoholics Anonymous"
  - d. члены этих обществ не могут быть атеистами; для вступления в АА необходим только вступительный взнос
509. Психотерапия в психиатрии подразумевает
- a. применение гипнотерапии
  - b. самовнушение и саморегулирование
  - c. лечебный режим и режим "нестеснения"
  - d. отпуски домой
  - e. рациональную психотерапию
510. Система Токарского (лечение больных алкоголизмом) включает в себя все следующие моменты, за исключением
- a. гипнотические сеансы проводятся раз в неделю в течение года, а коллективные психотерапевтические беседы не реже 1 раза в месяц
  - b. гипнотические сеансы проводятся поначалу ежедневно, затем несколько сеансов через день и затем все реже - до 1 сеанса через 4 месяца
  - c. больной в течение года не теряет связи с врачом
  - d. больной чувствует ответственность за явки в точно обозначенные сроки

### ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ НА ПРОВЕРКУ ЗНАНИЙ ПО ОБЩИМ ДИСЦИПЛИНАМ БЛОКА 1.

***Выберите один правильный ответ***

Проверяемые компетенции: УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-3, ПК-1

1. Медицинская психология является областью науки, которая:
  - а) занимается только решением практических задач
  - б) занимается разработкой только теоретических вопросов
  - в) занимается изучением широкого спектра как теоретических, так и практических проблем в психологии и медицине
  - г) занимается решением только тех практических задач, которые связаны с разработкой психологической помощи
  - д) занимается только теми вопросами, которые связаны с экспертизой
  
2. Областью медицинской психологии является:
  - а) психофармакотерапия
  - б) психопатология
  - в) неврология
  - г) патопсихология



3. Психотерапия как метод лечебного воздействия – включает применение:
  - а) биологической терапии
  - б) как психологических, так и лекарственных методов
  - в) различных психологических техник и методов
  - г) любых методов лечебного воздействия
  - д) только методов внушения
  
4. В современной медицинской психологии используются:
  - а) только психодиагностические методы
  - б) исключительно методы психологического воздействия
  - в) и психодиагностические и психокоррекционные методы
  - г) психодиагностические, психокоррекционные, а также психофармакотерапевтические методы
  - д) фармакотерапевтические методы
  
5. Анозогнозический тип отношения к болезни проявляется в:
  - а) активном отбрасывании мыслей о болезни
  - б) адекватной оценке больным своего состояния
  - в) стремлении сохранить работоспособность
  - г) поисках выгод в связи с болезнью
  - д) желании причинить вред окружающим
  
6. Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях характерно для:
  - а) паранойяльного типа отношения к болезни
  - б) ипохондрического типа отношения к болезни
  - в) апатического типа отношения к болезни
  - г) дисфорического типа отношения к болезни
  - д) меланхолического типа отношения к болезни
  
7. «Уход от болезни в работу», стремление сохранить, не утратить работоспособность является характеристикой:
  - а) паранойяльного типа отношения к болезни
  - б) сенситивного типа отношения к болезни
  - в) эргопатического типа отношения к болезни
  - г) дисфорического типа отношения к болезни
  - д) тревожного типа отношения к болезни
  
8. Чрезмерная ранимость, озабоченность неприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни – составляют характеристику:
  - а) сенситивного типа отношения к болезни
  - б) меланхолического типа отношения к болезни
  - в) паранойяльного типа отношения к болезни
  - г) дисфорического типа отношения к болезни
  - д) эргопатического типа отношения к болезни
  
9. Смысл качественного анализа в патопсихологии заключается в том, что:
  - а) необходимо соотнести показатели шкал со средне-нормативными значениями
  - б) важно проанализировать частоту встречаемости определённых ответов обследуемого
  - в) интерпретация результатов исследования должна быть полной
  - г) анализ результатов должен осуществляться высококвалифицированным специалистом

д) целесообразно анализировать ход размышлений, эмоциональные реакции, отношение к собственным ошибкам, отношение к обследованию у пациента при выполнении заданий

***Дополните определение.***

10. Область медицинской психологии, занимающая «пограничное положение» между психологией и психиатрией, изучающая изменения психической деятельности человека вследствие психических заболеваний: \_\_\_\_\_
11. Постигание эмоциональных состояний другого человека в форме сопереживания и сочувствия – это: \_\_\_\_\_
12. Чрезмерное усиление отдельных черт характера, проявляющееся в избирательной уязвимости личности по отношению к определенным психогенным воздействиям при хорошей устойчивости к другим, называется: \_\_\_\_\_

***Выберите один правильный ответ***

Проверяемые компетенции: УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4

1. Какой вирус, обладает максимальной кардиотропностью и вызывает острый миокардит:
  - а) Вирус Коксаки В3
  - б) Вирус гепатита С
  - в) Вирус Эпштейна-Барр
  - г) Парвовирус В19
2. Ведущий патогенетический механизм развития сердечных отеков это:
  - а) Гидростатический
  - б) Гипопротеинемический
  - в) Лимфогенный
  - г) Мембраногенный.

Проверяемые компетенции: УК-1.1, ПК-2.4

3. К какой группе компенсаторных механизмов относится активация симпатoadреналовой системы при хронической сердечной недостаточности:
  - а) Смешанные
  - б) Кардиальные
  - в) Эстракардиальные
  - г) Интракардиальные
4. Выберите вирус, для которого доказано наличие канцерогенной активности:
  - а) Вирус гепатита В
  - б) Вирус кори
  - в) Вирус гепатита А
  - г) Вирус полиомиелита

Проверяемые компетенции: ОПК-4.1, ПК-2.4

5. За счет каких внутриклеточных структур в основном происходит увеличение объема кардиомиоцитов при гипертрофии:
  - а) Митохондрии и саркомеры
  - б) Рибосомы
  - в) Саркоплазматический ретикулум
  - г) Ядро
6. Для доброкачественных опухолей характерно следующее:

- а) Высокая степень дифференцировки
- б) Инвазивный рост
- в) Системное действие на организм
- г) Метастазирование

7. Для злокачественных опухолей характерно следующее:

- а) Метастазирование
- б) Медленный рост
- в) Высокая степень дифференцировки
- г) Хорошее отграничение от окружающих тканей

8. Какие эндогенные вещества могут оказывать канцерогенное действие:

- а) Эстрадиол
- б) Билирубин
- в) Инсулин
- г) Фосфолипиды

Проверяемые компетенции: УК-1.1, ОПК-4.1

9. Укажите механизмы уничтожения опухолевых клеток натуральными киллерами:

- а) Индукция апоптоза
- б) Фагоцитоз
- в) Активация комплемента
- г) Стимуляция открытия кальциевых каналов плазмалеммы

10. Какое из перечисленных проявлений относится к общему действию опухоли на организм:

- а) Анемия
- б) Болевой синдром
- в) Дыхательная недостаточность
- г) Кишечная непроходимость

***Дополните определение***

Проверяемые компетенции: УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4

11. Присубэпикардальном инфаркте миокарда (ИМ) зона некроза локализуется в:

Ответ: Эпикарде

12. 1 Дополните определение. При интрамуральном инфаркте миокарда (ИМ) зона некроза локализуется в:

13. Дополните определение. Какой онкогенный вирус является РНК-содержащим:

14. Дополните определение. Какие клетки обеспечивают «экранирование» опухолевых клеток и их кластеров в кровотоке:

15. Дополните определение. Развитие гипонатриемии при паранеопластическом синдроме связано с продукцией гормона:

***Выберите один правильный ответ***

Проверяемые компетенции: УК-1.1, ОПК-10.1

1. Для предупреждения ЧС, обеспечения безопасности жизнедеятельности населения и уменьшения ущерба народному хозяйству, а в случае их возникновения – для ликвидации последствий в стране создана:

- а) система спасения на земле, воде, воздухе;
- б) Государственная система спасения при пожарах, наводнениях, смерчах и техногенных катастрофах;

- в) Единая государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций;
  - г) общая система органов управления субъектов РФ.
2. Функциональная подсистема Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций создается:
- а) общественными организациями;
  - б) федеральными органами исполнительной власти в министерствах, агентствах и службах Российской Федерации;
  - в) международными организациями;
  - г) главными руководителями лечебных учреждений.
3. Когда осуществляется постэкспедиционный медицинский осмотр лиц, принимавших участие в ликвидации последствий ЧС:
- а) на следующий день после прибытия из зоны ЧС;
  - б) не позднее 7 дней после прибытия из зоны ЧС;
  - в) плановые осмотры в течение текущего года;
  - г) не осматриваются.
4. В основе организации лечебно-эвакуационного обеспечения при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций во Всероссийской службе медицины катастроф лежит:
- а) система организации оказания медицинской помощи на месте (в зоне) ЧС;
  - б) система этапного лечения пораженных с эвакуацией по назначению;
  - в) система оказания специализированной медицинской помощи в очаге массовых санитарных потерь;
  - г) система оказания квалифицированной медицинской помощи при проведении аварийно-спасательных работ.
5. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания первичной врачебной медико-санитарной (первой врачебной) помощи, относятся:
- а) подвижные группы специалистов, врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи и врачебно-сестринские бригады.
  - б) подвижные группы специалистов.
  - в) нештатные бригады специализированной медицинской помощи.
  - г) группы эпидемической разведки (ГЭР), врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи и врачебно-сестринские бригады.
  - д) врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи и врачебно-сестринские бригады.
6. Основное мобильное лечебно-диагностическое формирование Федерального центра медицины катастроф федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации – это:
- а) отдельная медицинская бригада;
  - б) мобильный многопрофильный госпиталь;
  - в) полевой многопрофильный госпиталь;
  - г) отдельный медицинский батальон.
7. Начальником службы медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации является:
- а) Министр здравоохранения Российской Федерации;

- б) первый заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации;
  - в) начальник Главного военно-медицинского управления;
  - г) министр по делам ГО и ЧС.
8. Укажите основной показатель, необходимый для расчета количества медицинских бригад в чрезвычайных ситуациях:
- а) количество обслуживаемого населения поликлиникой;
  - б) количество детей;
  - в) количество пораженных;
  - г) количество медперсонала поликлиники;
  - д) количество санитарного автотранспорта.
9. Органом повседневного управления службы медицины катастроф субъекта Российской Федерации являются:
- а) областной отдел здравоохранения;
  - б) управление здравоохранения области, края;
  - в) управление социальной защиты области, края;
  - г) территориальный центр медицины катастроф;
  - д) штаб ГО ЧС территории субъекта РФ.
10. Гражданская оборона – это:
- а) формирования групп людей на объектах экономики согласно штату, оснащенные специальной техникой, имуществом и предназначенные для выполнения определенных мероприятий гражданской обороны;
  - б) формирования, создаваемые по территориально-производственному принципу, не входящие в состав Вооруженных Сил Российской Федерации, владеющие специальной техникой и имуществом и подготовленные для защиты населения и организаций от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий;
  - в) система мероприятий по подготовке к защите и по защите населения, материальных и культурных ценностей на территории Российской Федерации от опасностей, возникающих при военных конфликтах или вследствие этих конфликтов, а также при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера;
  - г) имеет своей задачей оказание медицинской помощи, осуществление лабораторного контроля, материального и технического обеспечения невоенизированных формирований и населения, проведение работ по обеззараживанию территории, сооружений, транспорта, одежды и других специальных работ при ликвидации последствий нападения противника.
11. Ведение гражданской обороны на территории Российской Федерации или в отдельных ее местностях начинается (укажите все правильные ответы):
- а) с момента объявления состояния войны, фактического начала военных действий;
  - б) с момента принятия решения о введении гражданской обороны министром по делам ГО и ЧС;
  - в) с момента введения гражданской обороны решением федеральных органов исполнительной власти субъектов РФ;
  - г) введения Президентом Российской Федерации военного положения на территории Российской Федерации или в отдельных ее местностях.
12. Химическая авария – это:
- а) непланируемый и неуправляемый (пролив, россыпь, утечка) опасных химических веществ, вызывающих отрицательное воздействие на человека и окружающую среду;

- б) внезапный взрыв химических реагентов;
  - в) утечка при утилизации химического оружия;
  - г) место где произошла катастрофа.
13. Преобладающий путь поступления ядов в организм в производственных условиях:
- а) желудочно-кишечный тракт;
  - б) дыхательные пути;
  - в) кожные покровы;
  - г) все вышеперечисленные пути поступления ядов.
14. При авариях с выбросом хлора или аммиака формируется очаг:
- а) нестойкий, быстродействующий;
  - б) стойкий, быстродействующий;
  - в) нестойкий, медленно действующий;
  - г) стойкий, медленно действующий.
15. По скорости развития патологических нарушений – формирования санитарных потерь химические вещества делятся:
- а) мгновенного и отложенного действия;
  - б) быстрого и замедленного действия;
  - в) скоротечного и медленнодействующего действия;
  - г) условно быстрые и безопасные.
16. Глубина зоны заражения аварийными химически опасными веществами определяется:
- а) агрегатным состоянием вещества, влажностью воздуха, температурой воздуха;
  - б) особенностью местности, количеством вылившегося вещества, его агрегатным состоянием;
  - в) количеством выброшенного (вылившегося) при аварии вещества, скоростью ветра, степенью вертикальной устойчивости воздуха, характером местности;
  - г) не определяется;
  - д) характером местности, стойкостью вещества, скоростью ветра, температурой воздуха.
17. Исходные данные для определения величины и структуры потерь населения в зоне заражения аварийными химически опасными веществами:
- а) площадь зоны заражения, плотность населения в зоне заражения, условия нахождения людей (открыто, в простейших укрытиях, зданиях), обеспеченность противогазами;
  - б) концентрация вещества в воздухе, наличие противогазов, метеоусловия, характер местности;
  - в) агрегатное состояние вещества в момент аварии, внезапность выброса (разлива) вещества, наличие средств защиты, метеоусловия;
  - г) токсичность вещества, масштаб аварии, метеоусловия, наличие средств защиты;
  - д) время суток, масштаб разлива вещества, наличие средств защиты, готовность здравоохранения к ликвидации последствий аварии.
18. Укажите лишнее в классификации аварий на ядерной энергетической установке:
- а) глобальная авария;
  - б) тяжелая авария;
  - в) авария с риском для окружающей среды;
  - г) авария в пределах ядерной энергетической установки;
  - д) серьезное происшествие;

- е) происшествие средней тяжести;
- ж) несерьезное происшествие;
- з) незначительное происшествие;
- и) происшествия, не имеющие значения для безопасности.

19. Какую фазу при радиационных авариях не выделяют:

- а) ранняя фаза;
- б) промежуточная фаза;
- в) средняя фаза;
- г) поздняя (восстановительная) фаза.

20. Какими радионуклидами обусловлена доза внутреннего облучения населения, в первые два месяца после аварии, проживающего на зараженной территории:

- а) радионуклидами йода;
- б) радионуклидами плутония;
- в) радионуклидами цезия;
- г) радионуклидами стронция.

21. Наиболее вероятная патология при аварии на ядерной энергетической установке:

- а) ионизирующая радиация;
- б) радиационные ожоги;
- в) механические, термические травмы, лучевые поражения, реактивные состояния;
- г) ослепление, лучевая болезнь травмы;
- д) ранения вторичными снарядами, синдром длительного сдавления, ожоги, заражение радиоактивными веществами.

22. Гематологический показатель, по которому можно судить о заболевании острой лучевой болезнью:

- а) гемоглобин;
- б) число лейкоцитов;
- в) уровень снижения количества лимфоцитов на 3-5-е сутки;
- г) тромбоцитопения, лейкопения, агранулоцитоз;
- д) тромбоцитопения.

23. Основными способами защиты населения от поражающих факторов чрезвычайной ситуации техногенного характера являются:

- а) оказание медицинской помощи;
- б) вывоз из очага катастрофы;
- в) укрытие в защитных сооружениях;
- г) прием медикаментов и эвакуация;
- д) укрытие в защитных сооружениях, использование средств индивидуальной защиты, эвакуация и рассредоточение.

24. Под лечебно-эвакуационной системой следует понимать:

- а) одну из важнейших составных частей медицинского обеспечения вооруженных сил в военное время, изменяющуюся и совершенствующуюся по мере изменения факторов, оказывающих решающее влияние на деятельность медицинской службы;
- б) совокупность взаимосвязанных принципов организации медицинской помощи раненым и больным, их лечения, эвакуации, реабилитации и предназначенных для этого сил, и средств службы медицины катастроф, свойственных определенному

историческому этапу и уровню развития медицинской науки и экстремальной медицины (медицины катастроф).

25. Лечебно-эвакуационные мероприятия включают (укажите все правильные ответы):
- а) розыск, сбор раненых;
  - б) оповещение администрации района, города о ранении гражданина;
  - в) оказание раненым и больным всех видов помощи;
  - г) эвакуацию раненых и больных;
  - д) лечение раненых и больных;
  - е) медицинскую реабилитацию;
  - ж) проведение профилактических прививок.
26. Результаты медицинской сортировки на сортировочной площадке этапа медицинской эвакуации закрепляются (укажите все правильные ответы):
- а) записью в рабочем блокноте регистратора;
  - б) сортировочной маркой;
  - в) записью в единой истории болезни;
  - г) записью в карте оказания медицинской помощи;
  - д) справкой военно-врачебной комиссии;
  - е) в сопроводительном листе (для пораженного в чрезвычайной ситуации).
27. Под этапом медицинской эвакуации понимают:
- а) медицинские формирования и медицинские организации, расположенные на путях эвакуации из очага поражения в тыл в определенной последовательности для оказания медицинской помощи раненым и больным и их лечения с целью максимального ограничения многоэтапности в лечебно-эвакуационном процессе и широкого маневра объемом и видами медицинской помощи;
  - б) формирования и медицинские организации службы медицины катастроф, а также другие медицинские организации, развернутые на путях эвакуации пораженных и обеспечивающие их прием, медицинскую сортировку, оказание регламентируемой медицинской помощи, лечение и подготовку (при необходимости) к дальнейшей эвакуации.
28. Медицинская сортировка представляет собой:
- а) медико-организационное мероприятие, осуществляющееся на каждом этапе медицинской эвакуации с целью обеспечения четкой работы по своевременному оказанию медицинской помощи раненым и больным;
  - б) распределение пораженных на группы по признакам нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями, установленным объемом помощи на данном этапе медицинской эвакуации и принятым порядком эвакуации.
29. В зависимости от задач, решаемых в процессе медицинской сортировки раненых и больных, различают следующие ее виды (укажите все правильные ответы):
- а) одномоментную;
  - б) многократную;
  - в) внутрипунктовую;
  - г) групповую;
  - д) эвакуационно-транспортную;
  - е) по предназначению.
30. Медицинская сортировка пораженных (больных) проводится по ряду критериев:



- а) по опасности для окружающих;
- б) по нуждаемости в медицинской помощи, для определения места и очередности ее оказания;
- в) по целесообразности и возможности дальнейшей эвакуации;
- г) всем критериям, перечисленным выше.

31. Оптимальный состав сортировочной бригады для носилочных больных и раненых:

- а) врач, фельдшер (медицинская сестра), медицинская сестра, два регистратора и звено носильщиков;
- б) два врача, фельдшер (медицинская сестра), медицинская сестра, два регистратора и звено носильщиков;
- в) врач, медицинская сестра, два регистратора и звено носильщиков;
- г) врач, фельдшер (медицинская сестра), медицинская сестра, два регистратора и два звена носильщиков.

*Дополните определение.*

Проверяемые компетенции: УК-1.1, ОПК-10.1

32. Мероприятия, выполняемые с помощью подручных средств, относятся к \_\_\_\_\_ помощи.
33. Предметы разового пользования (лекарственные препараты, перевязочные средства и др.), а также предметы, приходящие в негодность при кратковременном применении (перчатки, иглы и пр.). относятся к \_\_\_\_\_ имуществу.
34. Для измерения поглощённой дозы используется \_\_\_\_\_ при радиационных поражениях
35. Индивидуальный противохимический пакет используется для проведения частичной \_\_\_\_\_:
36. К простейшим средствам защиты органов дыхания относят \_\_\_\_\_:
37. Индивидуальный контроль облучения в очаге радиационного поражения осуществляется с помощью следующего типа дозиметров:
38. Н.И. Пирогов выдвинул свои организационные принципы лечебно-эвакуационных мероприятий в период \_\_\_\_\_ войны.
39. Метод работы сортировочной бригады называется \_\_\_\_\_:
40. Медицинская сортировка осуществляется в \_\_\_\_\_ отделении.
41. Диагностический алгоритм первичного осмотра, пораженного в зоне чрезвычайной ситуации, называется методикой \_\_\_\_\_.

Проверяемые компетенции: УК-3.1, ОПК-4.2

1. Достоверным рентгенологическим признаком аденомы гипофиза является \_\_\_\_\_
2. Прямым признаком опухоли головного мозга при МРТ является: \_\_\_\_\_
3. Для злокачественных новообразований костей характерно \_\_\_\_\_
4. Корень легкого при центральном раке легкого \_\_\_\_\_
5. Скрининговым методом исследования молочных желез после 40 лет является \_\_\_\_\_

Проверяемые компетенции: ОПК-4.2, ПК-2.4

1. При раннем раке желудка
  - а) симптомы представлены признаками того заболевания, на фоне которого возник рак желудка
  - б) специфические симптомы отсутствуют
  - в) имеются специфические симптомы заболевания
  - г) «синдром малых признаков» является ранним клиническим проявлением рака желудка

2. Заподозрить малигнизацию язвы желудка позволяют следующие признаки
  - а) размеры язвенной ниши более двух см в диаметре; длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей
  - б) размеры язвенной ниши более двух см в диаметре
  - в) длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей
  - г) снижение кислотности желудочного сока
3. Метастаз Крукенберга следует расценивать как:
  - а) лимфогенный
  - б) гематогенный
  - в) имплантационный
  - г) ортоградный лимфогенный
4. При раке поджелудочной железы практически любой орган может быть поражен метастазами, но обычно в первую очередь поражается
  - а) печень
  - б) легкое
  - в) кость
  - г) надпочечник
5. Экзофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке
  - а) слепой и восходящего отдела ободочной кишки
  - б) поперечно-ободочной кишки
  - в) нисходящего отдела
  - г) сигмовидной кишки
6. Токсико-анемическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли в \_\_\_\_\_ кишке:
  - а) правых отделах ободочной
  - б) поперечно-ободочной
  - в) нисходящей
  - г) Г.
7. форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли в \_\_\_\_\_ кишке:
  - а) нисходящей кишке; в сигмовидной
  - б) правых отделах ободочной
  - в) поперечно-ободочной
  - г) нисходящей
8. К группам повышенного риска развития рака толстой кишки следует относить лиц, страдающих
  - а) неспецифическим язвенным колитом; грануломатозным колитом (болезнь Крона);
  - б) полипами кишечника; семейным диффузным полипозом
  - в) семейным диффузным полипозом
  - г) неспецифическим язвенным колитом
  - д) полипами кишечника
9. Положительная реакция на а-фетопротеин чаще бывает при \_\_\_\_\_ печени:
  - а) первичном раке

- б) метастатическом очаговом поражении
  - в) доброкачественных опухолях
  - г) диффузном поражении
10. Простая киста почки при ультразвуковом исследовании визуализируется в виде \_\_\_\_\_ структуры:
- а) округлого анэхогенного образования однородной
  - б) узлового образования однородной
  - в) округлого гиперэхогенного образования неоднородной
  - г) солидного образования гетерогенной
11. Основным фактором риска развития почечно-клеточного рака является:
- а) табакокурение
  - б) потребление пищи с большим количеством животных жиров
  - в) применение антигипертензивных препаратов
  - г) радиационная терапия
12. Наиболее информативным методом диагностики снижения функции почек при почечно-клеточном раке является:
- а) нефросцинтиграфия
  - б) ультразвуковое исследование
  - в) компьютерная томография
  - г) магнитно-резонансная томография
13. К уротелиальным опухолям почечной лоханки и мочеточника относят
- а) злокачественные опухоли
  - б) врожденные аномалии развития
  - в) псевдоопухоли
  - г) доброкачественные образования
14. К клиническим симптомам переходно-клеточного рака относится:
- а) макрогематурия и боль в боку
  - б) микрогематурия
  - в) гематоспермия
  - г) лейкоцитурия
15. К инструментальному исследованию, играющему значительную роль в диагностике опухолей лоханки и мочеточника, относится:
- а) компьютерная томография с урографией
  - б) ультразвуковое исследование
  - в) обзорная рентгенография
  - г) урофлоуметрия
16. При радикальной нефроретероэктомии следует выполнить:
- а) резекцию стенки мочевого пузыря
  - б) удаление мочеточника до устья
  - в) максимально низко перевязывать мочеточник
  - г) ТУР опухоли мочевого пузыря
17. На какие 2 группы подразделяется рак мочевого пузыря
- а) мышечно-неинвазивный и мышечно-инвазивный
  - б) острый и хронический
  - в) метастатический и локально нераспространенный

г) локальный или распространенный

18. Основным клиническим признаком при раке мочевого пузыря является:

- а) примесь крови в моче
- б) примесь крови в моче
- в) учащенное, малыми порциями мочеиспускание
- г) боль в боку

19. «Золотой» стандарт диагностики рака мочевого пузыря:

- а) трансуретральная резекция мочевого пузыря с биопсией
- б) цитологическое исследование мочи
- в) двухстаканная проба
- г) посев мочи

20. Основным способом скрининга рака простаты является:

- а) определение уровня ПСА в крови
- б) трансабдоминальное ультразвуковое исследование
- в) трансректальное ультразвуковое исследование
- г) магнитно-резонансная томография органов малого таза

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Проверяемые компетенции

(УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

### 1. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

#### Основная часть

Больной 68 лет. Заболевание развивалось постепенно. Стал вялым, потерял интерес к семейным делам. Утратил такт и приличие: будучи в гостях, полез рукой в кастрюлю, пытаясь извлечь кусок мяса. У родных и знакомых таскал всё без разбору (мыло, крупу и т.д.). Не мылся и не брился, отличался непомерной прожорливостью, съедал еду, оставленную для внучки. Почти не разговаривал. На вопросы отвечал или повторением вопроса или “Убегу в Америку”.

#### Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

### 2. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

#### Основная часть

Больная К. в 40-летнем возрасте перенесла травму головного мозга, после чего ухудшилась память, часто беспокоила головная боль. Продолжала работать инженером. С 64 лет ещё более начала ухудшаться память. Забывала, куда положила посуду, какую покупку надо сделать. К 66 годам стала ворчливой, раздражительной, обидчивой. Обвиняла сестру в пропаже вещей. Перестала ходить в магазин, т.к. путалась в ценах. Иногда по ночам искала

“пропавшие” вещи. Далее стала тревожной, суетливой. Речь была сбивчивой, состоящей из обрывков фраз. Потеряла ориентировку во времени, путалась в месте пребывания.

**Вопросы:**

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

**3. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

**Основная часть**

Больная Т. Заболела в возрасте 48 лет. Наблюдалось нарастающее снижение памяти, больная теряла или не находила различные вещи. Испытывала затруднения в счёте денег. Постепенно нарастала беспомощность, не могла самостоятельно мыться и одеваться. Потеряла способность самостоятельно питаться: не знала, куда девать ложку. При попытке что-то написать изображала беспорядочные каракули.

**Вопросы:**

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Имеется ли логоклония?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

**4. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

**Основная часть**

Больная 72 лет. При экспериментально-психологическом исследовании узнаёт геометрические фигуры, правильно их называет «треугольником» или «квадратом», но не может их нарисовать. Не может скопировать фигуры, сложенные из спичек. Смотрит на образец, делает грубые ошибки, одну из трёх сторон треугольника помещает внутри него, а четвёртую сторону квадрата пропускает совсем. При этом испытывает неуверенность, спрашивает: «Так надо?». Просит помочь.

**Вопросы:**

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

**5. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

**Основная часть**

Больной М., слесарь. Заболевание началось исподволь в 45 лет. Стал невнимательным, халатным и безучастным. Раздавал и растерял все нужные инструменты. Не справлялся со своими обязанностями. Был уволен. На увольнение и смерть брата проявлял равнодушие. Целыми днями лежал дома и смотрел в потолок. Иногда во время еды вдруг вставал и начинал ходить «взад-вперёд». Иногда часами напевал одну и ту же мелодию. Был абсолютно равнодушен к окружающему. Речь всё более оскудевала, постепенно превратилась в

стереотипно повторяющиеся отрывки одной и той же фразы.

**Вопросы:**

1. Назовите описанный синдром.
2. При каких расстройствах он наблюдается?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Какова врачебная тактика при возникновении этого синдрома?
5. Каковы лечебные рекомендации?

**6. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

**Основная часть**

Больной 44 года врач, наблюдается у психиатра с 28 лет по поводу периодически повторяющихся депрессивных состояний, длящихся в среднем от 1,5 до 2 месяцев, преимущественно в осенний период. Пациент обходился амбулаторным лечением, принимал amitriptyline доза 50 мг. в сутки. Перенёс острый инфаркт миокарда 4 месяца назад. После выписки из стационара у больного развилось очередное депрессивное состояние, которое выражалось в снижении настроения, подавленности, чувстве тоски, апатии в первой половине дня, нарушении сна, потере аппетита, снижением работоспособности (сильно уставал, испытывал трудности в сосредоточении внимания).

**Вопросы:**

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендованное лечение.

**7. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Пациентка 30 лет перенесла плановую операцию на щитовидной железе. Послеоперационный период протекал благополучно, но больная не встает с постели, отмечает резкую слабость, повышенную утомляемость. После выписки, несмотря на то, что эндокринолог не находил столь выраженной патологии, продолжала чувствовать себя больной. В течение последующих 4 месяцев целыми днями лежала в постели, не могла себя заставить сделать что-нибудь, почти не общалась с родственниками, никого не хотела видеть. Консультирована врачами разного профиля, с диагнозом: «Нейроциркуляторная дистония» наблюдалась неврологом. Данное состояние продолжается на протяжении 2 лет. Вынуждена оставить работу. Прекратила общение с подругами. При осмотре жалобы на слабость, утомляемость, чувство бессилия, непереносимости нагрузок. Считает состояние прямым следствием физического недомогания.

**Вопросы:**

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

**8. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

### **Основная часть**

Пациентка 25 лет педагог обратилась к психиатру. Начиная, с подросткового периода у неё бывают эпизоды состояния грусти, временами она чувствовала себя хорошо, но эти периоды редко длились более 2 недель. Говоря про свои жалобы, она фиксирует больше внимания на повторных разочарованиях в жизни и низкой самооценке, чем на конкретных депрессивных симптомах. Она трудоспособна, но думает, что делает работу не настолько хорошо, как следовало бы.

#### **Вопросы:**

1. Назовите описанный синдром.
2. При каких расстройствах он наблюдается?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Какова врачебная тактика при возникновении этого синдрома?
5. Рекомендуемое лечение.

### **9. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Пациентка 25 лет обратилась к психиатру для решения вопроса обследования по поводу своего состояния. Месяц назад у пациентки умерла мать от хронического сердечного заболевания. Психическими заболеваниями родственники не страдали.

Пациентку беспокоят: сниженное настроение, тревога, беспокойство. Больная с трудом справляется с ситуацией утраты, не может приспособиться к новому состоянию, стала раздражительной испытывает трудности концентрации внимания не может выполнять ранее привычные обязанности, появились внезапные приступы плача и трудность засыпания.

#### **Вопросы:**

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Какое вероятное состояние испытывает пациент?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

### **10. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

#### **Основная часть**

Пациент 40 лет менеджер, обратился к терапевту с жалобой на частые эпизоды затрудненного дыхания и сердцебиения, сопровождающиеся обильным потоотделением и тошнотой. Эти симптомы не связаны с ситуацией и исчезают через несколько минут. Во время таких эпизодов пациент испытывает страх и опасается, что у него сердечный приступ. На осмотре выглядит осунувшимся, уставшим и беспокойным (ажитированным). На фоне возрастающих нагрузок на работе сон стал прерывистым, снизилась способность концентрировать внимание. Пациент жалуется на сниженное настроение и тревогу по поводу приступов, суицидальных идей нет, но иногда приходят мысли о том, что его семье будет легче без него.

#### **Вопросы:**

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

## 11. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

### Основная часть

Больной Р., 38 лет, служащий, не имевший эмоциональных нарушений в анамнезе, обратился с жалобой на страх авиаполётов. После серии авиакатастроф, больному стал бояться летать. Перед полётом у него развивается выраженная тревога, сопровождающаяся «нехваткой воздуха». Появляется бессонница, пациент не может выполнять служебные обязанности. После полёта состояние быстро стабилизируется.

### Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

## 12. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

### Основная часть

Больная Л., 29 лет, служащая, после развода с мужем, испытывала сниженное настроение, тоску, подавленность. Для облегчения состояния начала регулярный приём спиртных напитков. Примерно, через три месяца в состоянии алкогольной абстиненции, внезапно развился приступ, который сопровождался страхом, ощущением дурноты и слабости, онемением ног. Окружающее показалось чуждым и непривычным. Было желание бежать. Данные симптомы достигли своего пика за 10 минут и постепенно угасли в пределах часа. После данного эпизода перестала употреблять спиртное, решила заняться спортом. На фоне гипервентиляции развился аналогичный приступ с выраженным страхом. В течение месяца таких атак отмечалось до 4. Вне приступов испытывает страх возникновения новых приступов, критична, детально описывает свои состояния, активно ищет помощи.

### Вопросы:

1. Назовите описанный синдром.
2. При каких расстройствах он наблюдается?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Какова врачебная тактика при возникновении этого синдрома?
5. Рекомендуемое лечение.

## 13. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

### Основная часть

Больная 37 лет. Больна в течение многих лет. С 12-летнего возраста стали нарастать изменения личности: стала пассивной, безразличной и холодной к матери, перестала учиться в школе, ничем не занималась. Живёт с матерью, которая полностью её обслуживает, ни к чему не проявляет интереса. Целыми часами стереотипно раскачивается сидя на стуле, речь разорванная, иногда становится жестокой к матери, бьёт её, прожорлива, контакт с больной затруднён.



**Вопросы:**

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

**14. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

**Основная часть**

Больная 29 лет. Впервые заболела в 17 лет: ухудшилось настроение, появилась вялость, апатия. Перед засыпанием внезапно услышала «голос». «Голос» звучал прямо в голове, отзывался, как «эхо». Не спала ночь, стала ощущать на себе какое-то влияние «как волны», считала, что это влияние исходит от бога, который таким образом наставляет её в жизни. Казалось, что её мысли знают окружающие, понимала это по их выражению лица. Была задумчивой, рассеянной, не сразу понимала смысл вопроса.

**Вопросы:**

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Как лечить расстройства, при которых наблюдается этот синдром?

**15. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

**Основная часть**

У больного ежедневно употребляющего психоактивное вещество, через несколько месяцев применения, при отмене в числе прочего появились насморк, слезо- и слюнотечение, чихание.

**Вопросы:**

1. Какие симптомы описаны?
2. Какими синдромами определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

**16. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

**Основная часть**

После первой консультации у врача-психотерапевта, пациентка согласилась на краткосрочную психотерапию. На первой консультации врачу-психотерапевту удалось сфокусировать локальный конфликт пациентки, связанный с расставанием с мужчиной 6 месяцев назад, и сформировать мотивацию к психотерапии. Жалобы на тревогу и

беспокойство в течение всего дня, не связанные с внешними актуальными обстоятельствами, мышечное напряжение мышц спины и плечевого пояса, покалывание и ощущение мурашек в конечностях, ощущение внутренней дрожи, неприятные ощущения в желудке, урчание в животе, учащенное и усиленное сердцебиение, повышенную потливость, прерывистый сон, с затрудненным засыпанием из-за тревожных мыслей, частыми пробуждениями, без чувства отдыха утром, трудность сосредоточения. Пациентке 32 года. Описанные жалобы развились постепенно, около 8 месяцев назад, без связи с актуальными жизненными обстоятельствами. Пациентка испытывает тревогу и беспокойство неопределенного характера, беспокоится по мелочам, по поводам, на которые ранее не обратила бы внимания и которые не носят значимого характера. Отмечает напряжение мышц шеи, спины и плечевого пояса, вегетативную гиперактивность в виде потливости, сердцебиения, эпигастрального дискомфорта, дурноты, внутренней дрожи, ознобы. В течение этого периода имеется затрудненное засыпание из-за тревожных мыслей, поверхностный, чуткий сон, без чувства отдыха утром.

На работе отмечает рассеянность внимания, трудности в сосредоточении.

Пациентка контактна, в ходе беседы желает понравиться, старается внимательно слушать интервенции психотерапевта. Проявляет тревогу при конфронтации психотерапевта, но приняла пробную интерпретацию психотерапевта. Хорошо выражает свои мысли в терминах чувств.

#### **Вопросы:**

1. На чём основана концепция психопатологии в динамической терапии?
2. Какая функция «Я» предупреждает об опасности?
3. Что у данной пациентки является основной чертой?
4. Какую можно рекомендовать психотерапию пациентке? Какие критерии отбора?

#### **17. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

#### **Основная часть**

#### **Ситуация**

Мужчина 19 лет, первичное обращение. Жалобы на отсутствие интереса к занятиям, трудности концентрации внимания, проблемы в подготовке к занятиям и сессии, конфликт с родителями из-за снижения успеваемости и лени, тревожность. Из анамнеза известно, что с начала учебного года не чувствует интереса к учебе, испытывает трудности концентрации внимания, проблемы в подготовке к занятиям, тревогу, когда думает о ВУЗе. С утра нет желания ехать на занятия, «пинаю себя». Вечером не может сконцентрироваться на подготовке, стал рассеян, невнимателен. Боится, что не сдаст сессию и будет отчислен из ВУЗа. Начались конфликты с родителями из-за снижения успеваемости, отсутствия мотивации к учебе, лени. Родители считают, что надо больше заниматься и «выкинуть дурь из головы». Обратился на консультацию к психотерапевту для решения проблем с учебой. Анамнез жизни: наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена. Родился в срок, раннее развитие без особенностей. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо, с подросткового возраста не складывались отношения с одноклассниками, была пара старых друзей, время в основном проводил дома, много читал, увлекался компьютерными играми. Школу окончил с медалью. Поступил в МГУ на исторический факультет, студент 2-го курса. Живет с родителями, родители-педагоги, всегда уделяли много внимания учебе, оценкам, мотивировали на поступление в МГУ, аспирантуру, научную деятельность. Отношения в

семье ближе к формальным. Психический статус: во всех видах ориентирован верно. В беседу вступает не охотно. Напряжен, говорит кратко без подробностей, избегает длительного зрительного контакта, полностью характер своих переживаний не раскрывает, сообщает только о проблемах с учебой, страхе не сдать сессию и быть отчисленным из ВУЗа. Мимика живая, адекватна переживаниям, голос хорошо модулирован. Мышление последовательное, логическое. Отмечает снижение концентрации внимания, рассеянность, погруженность в собственные мысли. Расстройств восприятия и суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет.

#### **Вопросы:**

1. Какой метод психотерапии был предложен? В чём суть метода?
2. Основные понятия клиент-центрированного метода?
3. Какие методы Роджерсовской психотехники применялись у данного пациента?
4. Постепенно пациент стал свободнее выражать свои чувства.

П: «Я много думал со времени нашей последней встречи. Когда я приходил к вам в прошлый раз, мы обсуждали мою учебу и отсутствие интереса к занятиям. Родители говорят, что мне надо больше заниматься и выкинуть дурь из головы. Скоро экзамены, а у меня все валится из рук, ни на чем не могу сосредоточиться».

Т: «Вы бы хотели, но что-то мешает».

Какой прием использовал психотерапевт и в чём его суть?

### **18. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

#### **Основная часть**

Женщина 35 лет амбулаторно обратилась к врачу-психотерапевту. Жалобы на периодические приступы тревоги, страха, паники, с ощущением сердцебиения, чувством дурноты, нехватки воздуха, потливостью, внутренней дрожью, страхом смерти, страх находиться в больших торговых центрах. Впервые подобный приступ возник 6 месяцев назад, в торговом центре, без видимых причин. Длился около 20 минут, сопровождался повышением артериального давления до 150/110 мм.рт.ст., учащением пульса до 135 уд в мин., которые по окончании приступа пришли в норму. Приступы в дальнейшем стали возникать спонтанно, не предсказуемо, не сопровождалась аурой. Вне приступов АД и ЧСС в пределах нормы. До этого подобных приступов не возникало. Хронические заболевания отрицает. К врачам не обращалась. В дальнейшем приступы повторялись 1-2 раза в неделю, за последние 4 недели 6 приступов. Приступы заканчивались самостоятельно.

Несколько приступов также развились в людных местах, торговых центрах, после чего появился страх посещения больших торговых центров и магазинов. Сформировалось ограничительное поведение – перестала посещать магазины. Сформировалась устойчивая тревога, страх повторения приступа, танатофобия. Психический статус: сознание ясное. Ориентирована в месте, времени, собственной личности верно. Без бреда, галлюцинаций, опасных (в т.ч. суицидальных) тенденций. Тревожна. Напряжена, фиксирована на симптоматике, высказывает страхи, в том числе страх смерти во время приступа. Критика полностью сохранна. Вегетативно лабильна. Настроение неустойчивое, ситуационно обусловленное, без выраженного снижения и тоскливого аффекта. Суточные колебания аффекта отсутствуют. Сохраняется ограничительное поведение: большие торговые центры и места с большим скоплением людей не посещает, опасается, что во время приступа ей не смогут своевременно оказать помощь. Сон не нарушен, аппетит не снижен.

**Вопросы:**

1. Какой основной диагноз?
2. Какое немедикаментозное лечение показано в данном случае?
3. Какие психотерапевтические методы эффективны в данном случае?

**19. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

**Основная часть**

Женщина 27 лет, первичное обращение. Жалобы на подавленность, тревожность, страх негативного оценивания, сложности в общении, в принятии решений, склонность к «самокопанию», избегание ответственности, склонность к перееданию. Сообщает, что хотела обратиться за психологической помощью еще 10 лет назад, но боялась, что «отругают». До 20 лет жила под жестким контролем и гиперопекой со стороны матери, не научилась ставить себе цели, принимать самостоятельно решения, сложно что-то говорить, делать, сама не может объяснить себе, что она чувствует, что хочет, какую эмоцию испытывает, «я запуталась». Когда начала работать, появилась склонность к перееданию, с трудом справлялась с интенсивной нагрузкой, с общением в рабочем коллективе. Постепенно набрала вес с 80 кг до 103 кг. На работе чувствовала постоянное напряжение, усталость, выгорание. Зимой 2022г. появилось безразличие к работе и социальным контактам, усилилась тревожность и самобичевание, склонность к заеданию, повысился аппетит, испытывала сонливость, не было сил и желания работать. С помощью подруги сменила место работы на более комфортное, с меньшей нагрузкой, самочувствие улучшилось, снизилась тревожность, постепенно привыкла к новому месту работы, справляется с поставленными задачами, работа перестала вызывать напряжение, усталость, нормализовался сон. По рекомендации друзей решилась обратиться на консультацию к психотерапевту. Клиентка говорила о потребности быть принятой, страхе перед приемом психотерапевта, представлением, что будут «отчитывать, учить», страхе не справиться. Ей была предложена клиент-центрированная психотерапия.

Наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена. Родители в разводе с раннего детства пациентки, однако отец всегда присутствовал в жизни дочери, значимая фигура, сохраняются теплые отношения с отцом и родней по линии отца. Жила с мамой, которая всегда опекала и жестко контролировала. Раннее развитие без особенностей. Росла и развивалась, не отставая от сверстников. Посещала детский сад. В школу пошла с 7 лет, училась на «отлично». По характеру всегда была открытой, общительной, бесхитростной. Образование высшее, по специальности – графический дизайнер. Работает в издательстве. Живет с молодым человеком, детей нет.

Психический статус: во всех видах ориентирована верно. В беседу вступает охотно, о себе, страхах говорит откровенно, по-существу. Открыта, приветлива. В начале беседы несколько напряжена и напугана, постепенно расслабилась, стала эмоционально реагировать, жестикулировать. Голос дрожит, на глазах наворачиваются слезы. Настроение лабильное, мимика соответствует переживаниям, выражение лица печальное. Мышление последовательное, логическое, грамотная речь. Однако сначала затруднялась сформулировать свои жалобы, говорит, что не понимает, что «нравится лично ей», «как уговорить себя что-то делать», «подружить голову с телом», игнорирует свои телесные ощущения и образ. Сообщает, что привыкла подстраиваться под родителей, молодого человека, друзей и коллег, они «лучше знают», «боюсь конфликтов». Критика полная. Расстройств восприятия,

суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет.

**Вопросы:**

1. Кем был разработан клиент-центрированный подход?
2. Какие основные условия психотерапевтического процесса были предложены основателем клиент-центрированного подхода?
3. С каким стремлением связаны желания пациентки понять, что «нравится лично ей», «подружить голову с телом»?
4. Как определяется система представлений индивида?

**20. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

**Основная часть**

Девочка А., 10 лет. Диагноз: бронхиальная астма. Ни на шаг не отпускает свою маму. Боится, что как только она останется одна, с ней случится приступ. Постоянно думает о своем заболевании. Постоянный страх девочки перед приступами мешает ей нормально учиться, общаться с друзьями.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте его характеристику.

**21. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Пациентка Р., 26 лет, по специальности врач. Поступила в больницу с приступом аппендицита. После операции, прошедшей успешно, больная стала требовать введения больших доз активных антибиотиков, хотя объективных показателей для их назначения не было. Неприятные ощущения в организме, связанные с периодом восстановления в послеоперационный период, больная восприняла как признаки инфицирования.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте его характеристику.

**22. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

**Основная часть**

В клинику скорой помощи поступил К., 42 лет, доктор физико-математических наук, заведующий лабораторией, с острыми болями в эпигастральной области. Врачам быстро удалось купировать приступ. К. рассказал, что боли стали его беспокоить 2 месяца назад, но он не придавал им особого значения, поэтому не обращался к врачу, справлялся доступными способами сам. Однако стал читать специальную медицинскую литературу, пытался понять, что происходит. После медицинского обследования К. поставили диагноз – язва желудка. Врач сказал, что необходимо оперативное вмешательство. Эту информацию К. воспринял спокойно, без каких-либо эмоциональных проявлений. Через 2 дня он стал аргументировано объяснять врачу, что сейчас не может себе позволить ложиться на операцию, лучше ее

перенести, а в это время попробовать просто полечиться (об этом он читал в литературе).

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данного больного.
2. Дайте его характеристику.

**23. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

**Основная часть**

Больные обычно держаться внешне спокойно, но высказывают много жалоб и часто импульсивны. Хотя они открыто гнева не выражают, у них может потенциально накапливаться ярость. Их поведение в целом описывается как чрезмерно адаптивное, уступчивое, ориентированное на социальный успех со стремлением сдерживания как положительных, так и отрицательных аффектов.

**Вопросы:**

1. О каком психосоматическом заболевании идет речь.
2. К какому типу психосоматических расстройств по М. Блейеру оно относится?
3. Дайте характеристику внутриличностного конфликта при этом заболевании.

**24. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

**Основная часть**

Считается, что для этих больных характерна повышенная потребность в зависимости. По мнению Ф. Александер, у них выражена сильная бессознательная потребность в защите и ласке со стороны матери (или лица, ее заменяющего). Приступы болезни развиваются при фрустрации этой потребности. Больные находятся в состоянии внутреннего конфликта между желанием завоевывать доверие и страхом перед этим.

**Вопросы:**

1. О каком психосоматическом заболевании идет речь?
2. Какие особенности личности могут способствовать возникновению заболевания?

**25. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

**Основная часть**

Врач просит лечащего врача сообщить ему сведения о прогнозе серьезного заболевания одного пожилого больного, живущего по соседству с ним и в настоящее время попавшего в больницу. При дальнейшем разговоре оказалось, что врач, просивший информацию, лично не знает этого больного, не лечит его, но его соседи настаивают, чтобы он узнал о состоянии больного, так как у них имеются определенные планы и притязания на его квартиру.

**Вопросы:**

1. Может ли лечащий врач сообщить коллеге интересующую его информацию?
2. Какой принцип нарушается?
3. Дайте определение этого принципа.

**26. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

### **Основная часть**

Метод групповой психотерапии, представляющий собой ролевую игру, в ходе которой создаются необходимые условия для спонтанного выражения чувств, связанных с наиболее важными для пациента проблемами. Человек, исполняя различные роли, получает возможность экспериментировать с реалистичными и нереалистичными жизненными ролями, творчески работать над собственными проблемами и конфликтами. В ходе разыгрывания ситуаций возникают спонтанность, креативность, подлинная эмоциональная связь между участниками ситуации, катарсис, способствующие развитию творческой активности и достижению инсайта. Все это создает благоприятную основу для творческого переосмысления собственных проблем и конфликтов, выработки более глубокого и адекватного самопонимания, преодоления неконструктивных поведенческих стереотипов и способов эмоционального реагирования, формирования нового, адекватного поведения и новых способов эмоционального реагирования.

### **Вопросы:**

1. Определите, о каком методе психотерапии идет речь.
2. К какому направлению психотерапии он относится?

## **27. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

### **Основная часть**

Согласно концепции, лежащей в основе этого метода психотерапии, человек запрограммирован «ранними решениями» в отношении жизненной позиции. Он проживает свою жизнь по «сценарию», написанному при самом активном участии его близких, прежде всего родителей, принимает решения в настоящем, основанные на стереотипах, которые когда-то были необходимы для его психологического выживания, но теперь чаще всего бесполезны. Основная цель психотерапевтического процесса — реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций, осознания непродуктивных стереотипов поведения, мешающих принятию адекватных настоящему моменту решений, формирование новой системы ценностей исходя из собственных потребностей и возможностей.

### **Вопросы:**

1. Определите, о каком методе психотерапии идет речь.
2. Какие этапы он в себя включает?

## **28. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

### **Основная часть**

В основе этого метода психотерапии лежит предположение о том, что человеческий организм, мозг подобны компьютеру, имеющему набор программ. Помимо генетического программирования, формирование «программ» стереотипов поведения и жизнедеятельности в целом осуществляется путем закрепления внушений значимых лиц, самопрограммирования и стрессовых переживаний, сопровождающихся трансовыми состояниями сознания. Большая часть «программы» не осознается и не предьявляется в речи, но отражена в глубинных речевых структурах. Важную информацию «программы»

подготовленный наблюдатель может считывать, задавая целенаправленно сформулированные вопросы и ориентируясь на специфические (формальные) языковые структуры и индивидуальные невербальные проявления в ответе человека.

### **Вопросы:**

1. Определите, о каком методе психотерапии идет речь.
2. Какие техники здесь используются?

## **29. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Женщина 21 года пришла на прием к врачу-психотерапевту. Жалобы на снижение энергии, повышенную утомляемость, снижение интересов и удовольствия от деятельности, уменьшение уверенности в себе, ухудшение работоспособности. С подросткового возраста отмечалась некоторая нестабильность эмоционального состояния. Бывали периоды, когда чувствовала себя эмоционально подавленной, снижалась работоспособность, нарастали чувства слабости, повышенной утомляемости. Вместе с тем присутствовали эпизоды повышенной энергичности, бодрости, хорошего настроения, когда «все получалось». Повышалась уверенность в себе, в такие периоды могла быть настойчивой, эмоционально отстаивала свои интересы. Не придавала значения этим колебаниям настроения, так как они не оказывали сильного влияния на жизнь, самостоятельно проходили.

В середине текущего года ездила на 4 месяца в зарубежную поездку (с июня по сентябрь) по специальной программе, с рабочей целью, а также «посмотреть страну». Там, в течение всего времени, чувствовала себя на эмоциональном подъеме, находилась в эйфории, ощущала прилив энергии, сил. Была очень активной, много работала, хватало время и на отдых. Строила многочисленные оптимистичные планы на будущее. Сократилась потребность во сне, могла спать по 3 часа в сутки и чувствовать себя бодрой целый день. В сентябре вернулась обратно в Россию. Возобновились учеба в университете. Вырос уровень стресса в связи с повышенными учебными нагрузками. Приходилось мало спать, готовиться к передаче зачетов и одновременно к текущим занятиям и контрольным. В связи с этим возникло чувство загнанности, усилилась раздражительность. С октября психическое состояние начало меняться. Стали снижаться настроение, уменьшаться интересы, нарастать чувство слабости, повышенной утомляемости, чувство оптимизма сменилось пессимизмом, безрадостностью. К декабрю состояние стало существенным, сильно ухудшилась работоспособность. Не успевала со всем справляться, вырос уровень стресса. Решила обратиться за помощью к врачу-психотерапевту. Единственный ребенок в семье. Раннее развитие без особенностей. Росла и развивалась своевременно, в соответствии с возрастом. Мать и отца характеризует как «обычных, без заметных нарушений». Посещала детский сад, хорошо адаптировалась в детском коллективе. В школу пошла с 7 лет. Период обучения в школе описывает как «нормальный», имела несколько подруг и друзей, была активной, общительной. Училась хорошо по тем предметам, которые нравились. Больше любила гуманитарные науки. Отмечает, что с подросткового возраста была некоторая нестабильность эмоционального состояния, которой не придавала значение. После окончания школы поступила в институт иностранных языков. Хорошо адаптировалась в коллективе сверстников, учиться нравилось, до октября текущего года училась хорошо, преподаватели отмечали ее успехи. В настоящий момент учится на 4 курсе. Проживает совместно с родителями. Обычно алкоголь употребляет редко, однако летом был период, когда часто ходила в ночные клубы, где могла выпить 2-3 алкогольных коктейля. Употребление



наркотических веществ отрицает. Профессиональных вредностей не имела. Аллергических реакций не было. Психический статус: сознание ясное. Верно ориентирована во времени, месте и собственной личности. В поведении упорядочена. Движения заторможенные. На вопросы отвечает по существу, с небольшими задержками. Выражение лица грустное. Сообщает о том, что приблизительно 2 месяца находится в эмоционально подавленном состоянии. Не находит этому особой причины. В настоящее время отмечает безразличие, равнодушие к окружающему и происходящему вокруг, снижение интересов к привычным занятиям и способности получать удовольствие от чего-либо. Отмечает повышенную утомляемость, слабость, особо расстраивающее чувство тяжести в руках и ногах. Пытается соблюдать распорядок дня, но это не помогает. Снижена уверенность в себе, считает себя неспособной к учебе и нормальной жизни. Снижены желание общаться с кем-либо и работоспособность. В связи с этим испытывает затруднения в учебе. Накопившиеся проблемы «еще больше подавляют». Имеет представление что надо делать, но «силы и мотивация отсутствуют». Сохраняет критику, считает, что находится в нездоровом состоянии, ищет помощи. Мышление замедленное, аффективное. Выраженные мнестико-интеллектуальные нарушения отсутствуют. Суицидальные мысли не высказывает. Психотические симптомы не выявляются. Аппетит в норме. Ночью спит по 9 часов. Испытывает дневную сонливость.

**Вопросы:**

1. Какой клинический диагноз у данной пациентки?
2. Принцип психотерапевтического лечения при данном расстройстве?
3. Какой метод психотерапевтического воздействия предпочтителен? На что будет направлено основная работа?
4. Основная задача психообразования в данном случае?
5. Какая основная профилактическая цель психотерапевтического вмешательства для данной пациентки?

**30. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, УК-2; ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

**Основная часть**

Женщина 29 лет, ранее обращалась к психиатру, психологу. Жалобы на пониженный фон настроения, нервозность, тревожность, скрежет зубами, отсутствие сил и желания что-либо делать, утрату прежних интересов, сонливость, снижение концентрации внимания и памяти, склонность к заеданию, ощущение дистанцированности от собственной жизни. Известно, что около 10 лет находилась в абьюзивных личных отношениях, отношения были яркие, эмоциональные, однако молодой человек сразу заявил, что не планирует брак с пациенткой, при этом был требователен к ее внешнему виду и поведению, часто унижал, сравнивал с другими девушками, ухаживал за ними в присутствии пациентки, восхищался, регулярно изменял пациентке, прекращал отношения, потом вновь возобновлял их, когда ему это было удобно. Пациентка ждала, когда её вновь позвонят, каждый раз надеялась, что в этот раз «все будет по-другому», оценят её любовь и преданность. 2 г назад отношения закончились, что совпало с проблемами на работе, на этом фоне нарушился сон, была тревожна, плаксива, подавлена, ажитирована, не могла водить машину, резко ухудшилась кратковременная память и концентрация внимания. Обратилась к психиатру, была назначена Элицея и курс ноотропов, с положительным эффектом. Через год повторно обратилась к психиатру с запросом на прекращение терапии. Сообщает, что «проработала проблему с психологом»,

однако до настоящего времени испытывает болезненную привязанность, надежду, боль. Около 2-х лет жила с другим молодым человеком, отношения хорошие, но «эмоционально не вовлекалась, просто подстраивалась, было удобно», продолжала предаваться воспоминаниям, обвинять себя. Мало внимания уделяла внешности, повысился аппетит, тяга к сладостям, поправилась на 10 кг. Прекратила занятия музыкой, хотя увлекалась вокалом и мечтала участвовать в проекте «Голос». Редко неформально общалась с коллегами и друзьями, «сливалась». Постоянно переживала из-за работы, нуждалась в поддержке и помощи, особенно после повышения в должности. Появился ночной скрежет зубами, по рекомендации стоматолога применяла капу. Три месяца назад прекратила отношения по собственной инициативе, что вызвало усиление тревожности, страх будущего, одиночества, плаксивость и подавленность, вновь обратилась на консультацию. Принимает эсциталопрам 10 мг в сутки (торговая марка – Элицея). Наследственная отягощенность по психическим расстройствам не выявлена. Родилась в срок. Роды естественные. Единственный ребенок в семье. Раннее развитие в соответствии с нормой. Семья родителей полная; отношения пациентки с родителями теплые. С детства страдала заболеванием почек, была опекаема матерью, которая строго следила за одеждой, питанием дочери, ограждала от домашних дел. Отец – музыкант, был погружен в творчество, чтобы заслужить внимание отца и проводить с ним больше времени, пациентка поступила в музыкальную школу, стала увлекаться футболом. Детский сад не посещала, в школу пошла в 7 лет, училась отлично. В 8 лет смена школы и переезд в Москву, в новом классе не смогла адаптироваться, была не уверена в себе, старалась «быть незаметной», из активного ребенка превратилась в "серую мышку". В ВУЗе влюбилась, 10 лет находилась в абьюзивных личных отношениях. Образование высшее. Работает менеджер проектов на телевидении. На работе переживает постоянно и "из-за всего", испытывает страх ошибки, не справиться с задачей, получила повышение и свою команду, не считает себя компетентной для руководства коллегами. В настоящее время живет одна, самостоятельно, снимает квартиру. Психический статус: \*Во всех видах ориентирована верно. Сотрудничество во время обследования полное. Внешний вид опрятный. В основном одевается в черные, свободные, мешковатые вещи. Поведение адекватное. В беседу вступает охотно, о себе и своих переживаниях говорит откровенно, признается, что продолжает наблюдать в соцсетях за жизнью бывшего молодого человека, который успешен в карьере, женился, его супруга ждет ребенка. Начала задумываться о том, что сама она ничего не добилась, потеряла 10 лет, одинока, тоскует, жалеет себя. Старается постоянно думать о работе, "чтобы не думать ни о чем другом", испытывает выраженную неуверенность в себе, считает себя неинтересной, глупой, бесполезной, некрасивой. Голос тихий, мягкий, хорошо модулирован. Мимика соответствует переживаниям, на глазах периодически наворачиваются слезы. Жалуется на увеличение аппетита и веса, склонность к заеданию, повышенную потребность в углеводах. Мышление последовательное, логическое. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Критика полная. Расстройств восприятия, суицидальных мыслей на момент осмотра не выявляет.

### **Вопросы:**

1. Какой метод психотерапии лучше всего предложить клиентке?
2. В чём суть выбранного метода? На чём делается акцент?
3. Основные ключевые понятия выбранного подхода?
4. На чём концентрируется выбранный метод психотерапии?

<b>ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России</b>	
Сертификат	00FD35568D6E44A682C5AE0E82D9AC2C35
Владелец	Пармон Елена Валерьевна
Действителен	с 26.06.2024 по 19.09.2025