

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

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**

По дисциплине	<b>ПСИХОТЕРАПИЯ</b> (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	<b>Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации</b>
Специальность	<b>31. 08. 22 Психотерапия</b> (код специальности и наименование)
Направленность	<b>Психотерапия</b> (название направленности)
Факультет	<b>Лечебный факультет</b> (наименование факультета)
Кафедра	<b>Кафедра психиатрии и психотерапии с клиникой</b> (наименование кафедры)

Форма обучения	<b>очная</b>
Курс	<b>1</b>
Занятия лекционного типа	<b>36 час.</b>
Занятия семинарского типа	<b>556 час.</b>
Всего аудиторной работы	<b>592 час.</b>
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	<b>254 час.</b>
Контроль	<b>54 час.</b>
Форма промежуточной аттестации	<b>зачет с оценкой / зачет с оценкой</b>
Общая трудоемкость дисциплины	<b>900/25 (час. /зач. ед. )</b>

Санкт-Петербург  
2024

Рабочая программа дисциплины «Психотерапия» разработана в соответствии с:

- 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»;
- учебным планом по специальности 31. 08. 22 Психотерапия;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

#### Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Абриталин Евгений Юрьевич	д. м. н. профессор	Заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России
2.	Хабаров Иван Юрьевич	к. м. н.	Доцент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России
3.	Петуров Игорь Анатольевич	к. м. н.	Доцент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России
4.	Ильченко Евгений Геннадиевич		Ассистент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

#### ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа дисциплины «Психотерапия» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой «17» января 2024 г., протокол № 1.

Рабочая программа дисциплины «Психотерапия» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России «21» мая 2024 г., протокол № 05/2024.



## **Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины**

В дисциплине «Психотерапия» включены основные образовательные технологии. Рабочая программа по данной дисциплине «Психотерапия», по специальности – 31.08.22 Психотерапия направлена на усвоение знаний, приобретение профессиональных умений и формирование личностных качеств ординаторов, заданных целям обучения.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами (фундаментальными — «Анатомия», «Гистология», «Физиология», «Патологическая анатомия», «Патологическая физиология», «Микробиология», «Фармакология», клиническими — «Психиатрия», «Неврология», «Терапия», «Педиатрия») по одной из специальностей: Лечебное дело, Педиатрия. Ординатура-форма последипломной подготовки выпускника высшего профессионального медицинского образовательного учреждения. Обучение в ординатуре направлено на углубление профессиональных знаний, умений, владений практическими навыками оказания высокотехнологической помощи лицам с наркологической патологией, использование клинических протоколов и формирование клинического мышления, готовность к самостоятельной врачебной деятельности. Профессиональная подготовка предусматривает базовую и практическую подготовку.

Основным методом подготовки ординаторов является лечебно-диагностическая работа под постоянным контролем и при участии преподавателя.

Подготовка ординаторов обеспечивается преподавателями кафедр (психиатрии и психотерапии с клиникой, неврологии, патологической физиологии, патологической анатомии, организации, управления и экономики здравоохранения и т. д.) имеющими ученую степень и звание (старший преподаватель, доцент, профессор, к. м. н., д. м. н.) и опыт работы по специальности, систематически занимающихся научно-педагогической и клинической работой.

### **1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**Целью изучения дисциплины «Психотерапия»** является подготовка квалифицированного специалиста, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи; освоение теоретических основ и практических навыков, формирование у обучающихся врачебного поведения, мышления и умений, обеспечивающих решение профессиональных задач и применение ими алгоритма врачебной деятельности по профилактике, диагностике и лечению заболеваний у взрослых и детей по профилю «Психотерапия».

#### **Задачи изучения дисциплины:**

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-психотерапевта, способного успешно решать профессиональные задачи.
2. Закрепить и расширить знания по этиологии, патогенезу, диагностике, клинических проявлениях пограничных психических расстройств, изучить особенности течения невротических расстройств и расстройств, связанных со стрессом, личностных расстройств на современном этапе.
3. Сформировать необходимые знания и умения по проведению диагностики пограничных психических расстройств в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
4. Формировать, развивать и совершенствовать клиническое мышление для проведения дифференциально-диагностического поиска и принятия решений как в стандартных, так нестандартных ситуациях повышенной сложности.

5. Понимать дефиниции понятия «психотерапия», возникновение и развитие психотерапии, подходы психотерапии в отечественной психологии и медицине; понятие проблемы и контракта в психотерапии.
6. Овладеть основными понятиями психотерапии и оказания психолого-психотерапевтической помощи, связи между ними: консультирование, психокоррекция, психотерапия, восстановительное обучение. Место и роль психотерапевта в решении практических задач психогигиены, психопрофилактики, лечения и реабилитации.
7. Выделять критерии успешной психотерапии и понятия «безопасности», «безоценочности», «принятия», «конгруэнтности».
8. Идентифицировать мотивы и причины обращения за психотерапевтической помощью, стратегии поведения, обратившегося за помощью и специалистов на первых встречах.
9. Отличать психологическое содержание основных психотравмирующих ситуаций и невротических синдромов; психической травмы, внутриличностного конфликта, самооценки и самосознания.
10. Знать групповые и индивидуальные формы психотерапии, специфику индивидуальной формы работы в психотерапии и понятие конфиденциальности, уровни конфиденциальности; специфику групповых форм работы, анализ понятия «Групповая динамика», характеристики личности ведущего группы, общие формы групповой психотерапии. Виды тренинговых групп, групп встреч, групп умений. Телесно-ориентированных групп. Дискуссия как метод групповой работы.
11. Сформировать необходимые знания и умения по оказанию в полном объеме медицинской помощи по сохранению жизни и здоровья взрослому и детскому населению, включающей диагностическую, лечебную, профилактическую и реабилитационную деятельность.
12. Научить обоснованному назначению всех видов лечения в соответствии с современными стандартами оказания медицинской помощи на основе доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту.
13. Научить прогнозированию развития осложнений и неотложных состояний в разные возрастные периоды.
14. Сформировать предпосылки и мотивации для освоения новейших технологий и методик в сфере психотерапии и в смежных дисциплинах: психиатрии, психиатрично-наркологии, сексологии.
15. Обучить ведению медицинской документации и правовым аспектам дисциплины.
16. Сформировать устойчивый навык осуществления медицинской деятельности с учетом принятых в обществе моральных и этических норм и соблюдением принципов деонтологии, «аутентичности», «эмпатии», «идентичности психотерапевта».

## **2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ**

Дисциплина «Психотерапия» относится к обязательной части Блока 1. «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.22 Психотерапия.

Дисциплина изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана по специальности 31.05.01 Лечебное дело, 31.05.02 Педиатрия.

Дисциплина обеспечивает изучение последующих практик учебного плана:

- «Клиническая практика»
- «Обучающий симуляционный курс»
- «Научно-исследовательская работа»



### 3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

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

#### Универсальные компетенции

Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
<b>Наименование категории (группы) компетенции - Системное и критическое мышление</b>			
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1. 1. Определяет методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации.	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– методы получения и анализа информации о современных направлениях развития психотерапии, новых технологиях в области медицины и фармации по диагностике и лечению пациентов;</li> <li>– пациент-ориентированный, персонализированный 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>– выбрать, получить и анализировать информацию о современных направлениях развития психотерапии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации;</li> <li>– использовать приказы и другие нормативные документы Минздрава РФ в работе врача-психотерапевта;</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>	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
	УК-1. 2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– современные направления развития психотерапии, новые технологии в области медицины и фармации по диагностике и лечению пациентов;</li> <li>– возможности пациент-ориентированного, персонализированного подхода в современной медицине;</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– анализировать в профессиональном контексте полученную информацию о новых достижениях в области медицины и фармации.</li> </ul>	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
	УК-1. 3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-методы формальной логики;</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей;</li> </ul>	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u>



		-проследить возможности использования результатов исследования и применения изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патологии; -собрать, проанализировать и статистически и логически обработать информацию.	КВ, ТЗ, СЗ
<b>Наименование категории (группы) компетенции - Коммуникация</b>			
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4. 1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	<b>Знает:</b> -основы социальной психологии современные средства информационно-коммуникационных технологий; <b>Умеет:</b> -выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
	УК-4. 2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	<b>Знает:</b> -важность учета социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в профессиональных отношениях; <b>Умеет:</b> -поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
	УК-4. 3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	<b>Знает:</b> -приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов; <b>Умеет:</b> -применять приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ

\* *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, (Д) -доклады*

### Общепрофессиональные компетенции

Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
<b>Наименование категории компетенции - Медицинская деятельность</b>			
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и	ОПК-4. 1. Осуществляет сбор информации о состоянии здоровья пациента.	<b>Знает:</b> – основные жалобы при психических расстройствах и заболеваниях – особенности сбора анамнеза у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями;	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u>



обследование пациентов		<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> </ul>	КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-4. 2. Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента.	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <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 в результате;</li> <li>– диагностических процедур у пациентов при психических заболеваниях;</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <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> </ul>	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-4. 3. Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, и определяет тактику дальнейшего лечения с учётом клинических рекомендаций (протоколов лечения).	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– клинические и лабораторные проявления патологических состояний, симптомов, синдромов психических заболеваний, нозологических форм;</li> <li>– клиническую классификацию психических расстройств опросить больного и получить наиболее достоверные сведения психическом заболевании;</li> <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>	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ

		<ul style="list-style-type: none"> <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>	
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5. 1. Разрабатывает план лечения и назначает лекарственные препараты, медицинские изделия, лечебное питание и (или) не медикаментозное лечение; проводит мониторинг течения заболевания и корректирует лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	<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> </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> <li>– Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния психики, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения</li> </ul>	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-5. 2. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и (или) немедикаментозного лечения.	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <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 числе серьезные и непредвиденные;</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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).</li> </ul>	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-5. 3. Рекомендует профилактические мероприятия	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий,</li> </ul>	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ,



	или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств.	<p>нежелательных реакций, возникших при лечении пациентов при психических заболеваниях.</p> <p><b>Умеет:</b></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> <li>– 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.</li> </ul>	<u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
<p><b>ОПК-6.</b> Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов</p>	<p>ОПК-6. 1. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и реабилитации 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> </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 назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).</li> </ul>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, <u>Для промежуточной аттестации:</u> ТЗ, СЗ</p>
	<p>ОПК-6. 2. Контролирует эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации</p>	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– методы медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях;</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></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</li> </ul>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> ТЗ, СЗ</p>

	инвалидов.	рекомендациями (протоколами лечения).	
	ОПК-6. 3. Направляет пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <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>– 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; реабилитационных программ.</li> </ul>	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> ТЗ, СЗ
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК7. 1. Направляет пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или психическими расстройствами, для прохождения медико-социальной экспертизы	<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> </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, на прохождение медико-социальной экспертизы.</li> <li>– Определять признаки стойкого нарушения функции организма, обусловленного психическими заболеваниями</li> </ul>	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-7. 2. Подготавливает необходимую медицинскую документацию для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при психических расстройствах в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– требования к оформлению медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при психических заболеваниях;</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия психического заболеваний и (или) состояний нервной системы.</li> </ul>	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ



	ОПК-7. 3. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов при психических расстройствах, работать в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Порядок выдачи листков нетрудоспособности.</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Определять признаки временной нетрудоспособности, обусловленной психическим заболеванием и (или) состояниями нервной системы.</li> </ul>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ</p> <p><u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ</p>
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8. 1. Проводит санитарно-просветительную работу по сохранению здоровья пациентов, формированию здорового образа жизни, профилактике психических расстройств.	<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> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике психических заболеваний.</li> </ul>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ</p> <p><u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ</p>
	ОПК-8. 2. Способен осуществлять диспансеризацию населения с целью раннего выявления психических расстройств и основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами.	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– факторы риска развития основных психических.</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления психических расстройств, основных факторов риска их развития.</li> </ul>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ</p> <p><u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ</p>
	ОПК-8. 3. Проводит медицинские осмотры, диспансерное наблюдение за пациентами с психическими расстройствами в соответствии с нормативными правовыми актами.	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– первичную и вторичную профилактику основных психических заболеваний.</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными психическими.</li> </ul>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ</p> <p><u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ</p>

<p><b>ОПК-9.</b> Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>ОПК-9. 2. Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, сохраняя врачебную тайну в работе с персональными данными</p>	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю психиатрия.</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>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ  <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ</p>
<p><b>ОПК-10.</b> Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах</p>	<p>ОПК-10.1. Проводит оценку состояния пациента и выявляет состояния, представляющие угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме</p>	<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> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– провести психиатрический осмотр пациента.</li> </ul>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ  <u>Для промежуточной аттестации:</u> ТЗ</p>
	<p>ОПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания)</p>	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-признаки состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме;</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-оказывать медицинскую помощь в неотложной форме.</li> </ul>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ  <u>Для промежуточной аттестации:</u> ТЗ</p>
	<p>ОПК-10.3. Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме</p>	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <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>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ  <u>Для промежуточной аттестации:</u> ТЗ</p>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Применять лекарственные препараты при оказании медицинской помощи в экстренной форме при психиатрических</li> <li>– Оценить эффективность проводимых лечебных мероприятий.</li> </ul>	
--	--	--	--

\* *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, (Д) – доклады*

## Профессиональные компетенции

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикаторы достижения профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания) (описывают составители программы)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
<b>Тип задач профессиональной деятельности - Медицинская деятельность</b>			
<b>ПК-4.</b> 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-4.1. Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента.	<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> </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-инструментальных исследований;</li> <li>– провести дифференциальную диагностику психического заболевания;</li> </ul>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ</p> <p><u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ</p>

		– поставить и обосновать окончательный диагноз.	
	ПК-4.2. Направляет пациента на лабораторное и/или инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– современные критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса;</li> <li>– обоснования назначения необходимого лабораторно-инструментального исследования</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– выявить 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>– выявления характерных признаков и особенностей симптомов и синдромов психических расстройств;</li> <li>– выявления особенностей формирования психического расстройства;</li> <li>– проведения дифференциальной диагностики;</li> <li>– формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней.</li> </ul>	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
	ПК-4.3. Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <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>– выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания;</li> <li>– установить диагноз пациенту с психиатрическим заболеванием с учетом действующей МКБ</li> </ul>	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи	ПК-5.1. Разрабатывает план лечения психического расстройства или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов 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> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– общую психотерапию и частные виды психотерапии психических расстройств; современные методы лечения при психических расстройствах;</li> </ul>	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ

	<p>ПК-5.2. Осуществляет оказание психотерапевтической помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.</p>	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <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> </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> </ul>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ</p>
	<p>ПК-5.3. Организует персонализированное лечение пациентов, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, проводит оценку эффективности и безопасности лечения.</p>	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– организовать с учетом современных данных, лечение психических больных - женщин, лиц молодого и пожилого возраста;</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– провести с учетом современных данных, лечение психических больных - женщин, лиц молодого и пожилого возраста.</li> </ul>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ</p>

*\*Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи*



#### 4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

##### 4.1. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах		
	ВСЕГО	Курс 1	
		ПА № 1	ПА № 2
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	592	410	182
Из них:			
Занятия лекционного типа	36	26	10
Занятия семинарского типа	556	384	172
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	254	175	79
Промежуточная аттестация – зачет/зачет с оценкой/экзамен	54	27	27
Общая трудоемкость дисциплины	900	612	288
часы	25	17	8
зач. ед.			
Из них на практическую подготовку (в % либо в час. )*	572	395	177

ПА – промежуточная аттестация

\**Практическая подготовка (ПП) -форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

##### 4.2. Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в час. *
	Занятия лекционного типа	Практические занятия			
<b>Курс 1 __ Промежуточная аттестация № 1</b>					
Раздел 1. Организационно правовые основы психотерапии.	6	72	30	108	73
Раздел 2. Общая психопатология.	6	132	64	202	138
Раздел 3. Частная психиатрия.	14	180	81	275	184
Контроль (зачет с оценкой)				27	
<b>ВСЕГО за ПА 1</b>	<b>26</b>	<b>384</b>	<b>175</b>	<b>612</b>	<b>395</b>
<b>Курс 1 __ Промежуточная аттестация № 2</b>					
Раздел 4. Общая психотерапия. Направления и методы психотерапии.	8	116	40	164	113
Раздел 5. Специальная психотерапия.	2	56	39	97	64
Контроль (зачет с оценкой)				27	
<b>ВСЕГО за ПА 2</b>	<b>10</b>	<b>172</b>	<b>79</b>	<b>288</b>	<b>177</b>
<b>ИТОГО</b>	<b>36</b>	<b>556</b>	<b>254</b>	<b>900</b>	<b>572</b>

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает до 80 % от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа и до 50% самостоятельной работы.



### 4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия
<b>Курс 1 __ Промежуточная аттестация № 1</b>					
<b>Раздел 1. Организационно правовые основы психотерапии.</b>					
1.	Тема 1. 1. Организация психотерапевтической помощи.	2	Краткое содержание темы: 1. Основные требования нормативных документов, регламентирующих деятельность врача-психотерапевта. 2. Организация оказания психотерапевтической помощи в Российской Федерации.	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8	Мультимедийная презентация
2.	Тема 1. 2. Методы диагностики психических расстройств.	2	Краткое содержание темы: 1. Основной метод исследования – клинико-психопатологический. 2. Использование клинических диагностических шкал в диагностике психических расстройств. 3. Дополнительные методы исследования (инструментальные, лабораторные, психофизиологические).	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
3.	Тема 1. 3. Принципы терапии психических расстройств.	2	Краткое содержание темы: 1. Основы психофармакотерапии. 2. Клиническая фармакология нейролептиков, антидепрессантов и других групп психотропных препаратов. 3. Принципы оказания неотложной помощи при основных психических расстройствах. 4. Немедикаментозные методы лечения психических расстройств.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	Мультимедийная презентация
<b>Раздел 2. Общая психопатология.</b>					
4.	Тема 2. 1. Психопатология и патопсихология расстройств восприятия и внимания.	2	Краткое содержание темы: 1. Психопатология расстройств восприятия. 2. Психопатология расстройств внимания	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
5.	Тема 2. 2. Психопатология и патопсихология расстройств памяти и мышления.	2	Краткое содержание темы: 1. Психопатология расстройств памяти. 2. Психопатология расстройств мышления	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
6.	Тема 2. 3. Психопатология и патопсихология расстройств эмоций и двигательной-волевой сферы.	2	Краткое содержание темы: 1. Психопатология расстройств эмоций. 2. Психопатология расстройств двигательной-волевой сферы	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
<b>Раздел 3. Частная психиатрия.</b>					



7.	Тема 3. 1. Нозологические классификации психических заболеваний.	2	Краткое содержание темы: 1. История вопроса классификации психических заболеваний. 2. Современные нозологические классификации психических заболеваний, принятые в РФ и за рубежом. 3. Международная классификация болезней (10 и 11 пересмотры) классификация психических и поведенческих расстройств. 4. Многоосевые систематики в психиатрии (DSM-V, RDOC, НІТОР и др.).	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
8.	Тема 3. 2. Органические и симптоматические психические расстройства	2	Краткое содержание темы: 1. Данные об эпидемиологии и этиопатогенезе психических расстройств при атрофических процессах головного мозга. 2. Современные клинические классификации атрофических процессов головного мозга, принятые в РФ и за рубежом. 3. Сенильная деменция (старческое слабоумие). Болезнь Альцгеймера. Болезнь Пика. Хорея Гентингтона. Болезнь Паркинсона. 4. Современные клинические классификации психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга, принятые в РФ и за рубежом. 5. Изменения личности у больных атеросклерозом сосудов головного мозга. Интеллектуально-мнестические нарушения у больных с атеросклерозом сосудов головного мозга. Психозы при атеросклерозе сосудов головного мозга. Изменения личности при гипертонической болезни. Психотические состояния при гипертонической болезни. Неврологические и соматические нарушения при гипертонической болезни. Слабоумие при гипертонической болезни. Психические нарушения при гипотонических состояниях. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах. 6. Симптоматические психические расстройства.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
9.	Тема 3. 3. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра.	2	Краткое содержание темы: 1. История вопроса. 2. Распространенность шизофрении. 3. Этиопатогенез шизофрении. 4. Продуктивные и негативные психопатологические синдромы при шизофрении. 5. Клинические классификации шизофрении, принятые в РФ и за рубежом. 6. Формы шизофрении: простая, параноидная, кататоническая, гебефреническая. 7. Типы течения шизофрении: непрерывно-прогредиентная, приступообразно-прогредиентная, рекуррентная, злокачественная. 8. Шизотипическое расстройство. 9. Шизоаффективное расстройство. 10. Острые и хронические бредовые расстройства.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация

10.	Тема 3. 4. Аффективные расстройства.	2	Краткое содержание темы: 1. История вопроса. 2. Данные о распространенности и этиопатогенезе аффективных расстройств. 3. Клинические классификации аффективных расстройств, принятые в РФ и за рубежом. 4. Психопатологическая характеристика классического варианта депрессий. 5. Атипичные варианты депрессий. 6. Психопатологическая характеристика маний. 7. Биполярное аффективное расстройство, циклотимия. Формы течения аффективных расстройств в зависимости от их выраженности.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
11.	Тема 3. 5. Невротические, связанные со стрессом соматоформные и соматизированные расстройства. Психосоматические расстройства.	2	Краткое содержание темы: 1. История вопроса, эпидемиология невротических расстройств. 2. Этиопатогенез невротических расстройств. 3. Современные клинические классификации невротических расстройств, принятые в РФ и за рубежом. 4. Психопатологические синдромы при невротических расстройствах. 5. Фобические и тревожные расстройства. 6. Обсессивно-компульсивные расстройства. 7. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации. 8. Диссоциативные (конверсионные). 9. Соматоформные расстройства. 10. Соматизированные расстройства. 11. Психосоматические расстройства.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
12.	Тема 3. 6. Патология развития (расстройства личности, умственная отсталость).	2	Краткое содержание темы: 1. Эпидемиология расстройств личности. Этиопатогенез расстройств личности, современные клинические классификации. Специфические расстройства личности и их варианты. 2. Умственная отсталость. Этиопатогенез умственной отсталости, современные клинические классификации. Различные степени психического недоразвития при умственной отсталости.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
13.	Тема 3. 7. Общая наркология	2	Краткое содержание темы: 1. Основные направления современной наркологии. Основы законодательства в психиатрии и наркологии. 2. Основные наркологические синдромы и патогенез химической зависимости. 3. Донозологические формы употребления психоактивных веществ. 4. Основные методы лечения химической зависимости. 5. Профилактика аддиктивной патологии (алкоголизма, наркомании и других зависимостей).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация



Всего за ПА № 1 – 26 часов					
Курс 1 Промежуточная аттестация № 2					
Раздел 4. Общая психотерапия. Направления и методы психотерапии.					
14.	Тема 4. 1. Теоретико-методологические вопросы психотерапии. Интердисциплинарный характер психотерапии и её основы.	2	Краткое содержание темы: 1. Предмет и содержание психотерапии как общемедицинской дисциплины. 2. История развития отечественной и зарубежной психотерапии. 3. Философские основы психотерапии. 4. Физиологические основы психотерапии. 5. Клинические основы психотерапии. 6. Классификация основных направлений современной психотерапии. 7. Стратегии и модели психотерапии.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
15.	Тема 4. 3. Динамическое направление и методы психотерапии.	2	Краткое содержание темы: 1. Концептуальные и теоретические характеристики психодинамического направления. 2. Школы психоанализа. 3. Трансактный анализ Э. Берна 4. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (ЛОРП). 5. Современные психоаналитические концепции: Аналитическая психология и психотерапия К. Г. Юнга. Индивидуальная психология А. Адлера. Характерологический анализ В. Райха. Другие психоаналитические теории (К. Хорни, Э. Фромм, С. Салливан, М. Кляйн, А. Майер, Ю. Массерман).	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
16.	Тема 4. 4. Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии.	2	Краткое содержание темы: 1. Теоретические и концептуальные характеристики когнитивно-поведенческого направления в психотерапии. 2. Классическая и оперантная теории научения в трудах И. П. Павлова и Б. Ф. Скиннера. 2. Современная модель когнитивно-поведенческой психотерапии. 3. Когнитивная психотерапия Бека. 4. Рационально-эмоционально-поведенческая психотерапия Эллиса. 5. Нейролингвистическое программирование (НЛП). 6. Интерперсональная психотерапия Клермана и Вейссман.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
17.	Тема 4. 5. Экзистенциально-гуманистическое направление психотерапии.	2	Краткое содержание темы: 1. Основные подходы и школы экзистенциальной психотерапии. Л. Бинсвангер, В. Франкл, Р. Мей, И. Ялом, Д. Бьюдженталь и их подходы в экзистенциальной психотерапии. 2. Гештальт-терапия. Основные положения учения Ф. Перлса. Феноменологический подход в гештальт-терапии 3. Клиент-центрированная психотерапия.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация

			Логотерапия В. Франкла. 4. Психосинтез.		
<b>Раздел 5. Специальная психотерапия.</b>					
18.	Тема 5. 1. Психотерапия в клинике невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.	2	Краткое содержание темы: 1. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства: этиология, патогенез, механизмы психической травмы, особенности патогенных конфликтов. 2. Механизм действия индивидуальной и групповой психотерапии при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах. 3. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах. 4. Интегративная психотерапия невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
<b>Всего за ПА № 2</b>		<b>10</b>			
<b>ИТОГО</b>		<b>36</b>			

#### 4.4. Тематический план занятий семинарского типа – практические занятия

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП в % или в час.	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
<b>Курс 1 __ Промежуточная аттестация № 1</b>							
<b>Раздел 1. Организационно правовые основы психотерапии.</b>							
Тема 1. 1.	Практическое занятие	Организация психотерапевтической помощи.	4	80%	Краткое содержание занятия: Организация психотерапевтической службы в РФ. Структура кафедры и клиники. Организация оказания психотерапевтической помощи в Российской Федерации. Законодательная база, регламентирующая оказание психотерапевтической помощи. Основные требования нормативных документов, регламентирующих деятельность врача-психотерапевта. Маркетинг в психотерапии. <b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-6 ОПК-7, ОПК-8	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			



	Практическое занятие		4	80%	деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент). Устный или письменный опрос по теме. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях. Разбор истории болезни.		
Тема 1. 2.	Практическое занятие	Методы диагностики психических расстройств.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основной метод исследования – клинико-психопатологический. 2. Дополнительные методы исследования (инструментальные, лабораторные, психофизиологические). Инструментальные исследования в психиатрии: ЭЭГ, КТ черепа, УЗДГ, МРТ, ОФЭКТ, ПЭТ и др. <b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: изучение на практике основных, дополнительных и уточняющих методов исследования	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
Тема 1. 3.	Практическое занятие	Принципы терапии психических расстройств.	4	80%	Краткое содержание занятия: Основы психофармакотерапии. Клиническая фармакология нейролептиков, антидепрессантов и других групп психотропных препаратов. <b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением, разбор истории болезни.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%	Принципы оказания неотложной помощи при основных психических расстройствах. Немедикаментозные методы	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4,	КВ, ТЗ, СЗ

	Практическое занятие		4	80%	лечения психических расстройств <b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.	ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	
<b>Раздел 2. Общая психопатология.</b>							
Тема 2. 1.	Практическое занятие	Психопатология и патопсихология расстройств восприятия и внимания.	4	80%	Краткое содержание занятия: Психопатология расстройств восприятия. Психопатология расстройств внимания Расстройства внимания: сужение объема внимания, уменьшение глубины внимания, нарушения направленности внимания, парапрозексия, апрозексия, ослабление способности к распределению внимания <b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
Тема 2. 2.	Практическое занятие	Психопатология и патопсихология расстройств памяти и мышления.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Психопатология расстройств памяти. 2. Психопатология расстройств мышления Расстройства динамической стороны мышления. Нарушение логико-грамматической стороны мышления. Расстройство содержательной стороны мышления. <b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
Тема 2. 3.	Практическое занятие	Психопатология и патопсихология расстройств	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Психопатология расстройств эмоций. 2. Психопатология расстройств двигательного-волевой сферы. <b>Практическая подготовка:</b>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			



	Практическое занятие	эмоций и двигательной волевой сферы.	4	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.		
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
Тема 2. 4.	Практическое занятие	Классификация психопатологических синдромов. Астенический синдром, амнестический синдром, синдромы слабоумия.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Понятие о психопатологическом синдроме. 2. Современные классификации симптомов и синдромов, принятые в РФ и за рубежом. 3. Основные и дополнительные расстройства при астеническом синдроме. 4. Амнестические расстройства: прогрессирующая амнезия, парамнезии, Корсаковский синдром. 5. Врожденное и приобретенное слабоумие.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие	Аффективные и невротические синдромы.	4	80%	<b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
Тема 2. 5.	Практическое занятие	Галлюцинаторно-бредовые синдромы. Кататонический и гебефренический	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Галлюцинозы. 2. Паранойяльный, острый чувственный, резидуальный бред. 3. Сенестопатический синдром. 4. Галлюцинаторно-параноидный синдром, парафренный синдром.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			

	Практическое занятие	синдромы.	4	80%	5. Кататонический ступор и возбуждение (клинические варианты). 6. Гебефрения <b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.		
	Практическое занятие		4	80%			
Тема 2. 6.	Практическое занятие	Синдромы нарушения сознания, судорожный синдром.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Синдромы выключения сознания, помрачения сознания, нарушение самосознания. Критерии К. Ясперса. 2. Классификация пароксизмальных расстройств, клинические варианты судорожного синдрома. <b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
<b>Раздел 3. Частная психиатрия</b>							
Тема 3. 1.	Практическое занятие	Нозологические классификации психических заболеваний.	4	80%	Краткое содержание темы: 1. История вопроса классификации психических заболеваний. 2. Современные нозологические классификации психических заболеваний, принятые в РФ и за рубежом. Краткое содержание занятия: 3. Международная классификация болезней (10 и 11 пересмотры) классификация психических и поведенческих расстройств. 4. Многоосевые систематики в психиатрии (DSM-V, RDOC, НТОР и др. ). <b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			



Тема 3. 2.	Практическое занятие	Органические и симптоматические психические расстройства	4	80%	<p>Краткое содержание занятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Данные об эпидемиологии и этиопатогенезе психических расстройств при атрофических процессах головного мозга.</li> <li>2. Современные клинические классификации атрофических процессов головного мозга, принятые в РФ и за рубежом.</li> <li>3. Сенильная деменция (старческое слабоумие). Болезнь Альцгеймера. Болезнь Пика. Хорея Гентингтона. Болезнь Паркинсона.</li> <li>4. Современные клинические классификации психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга, принятые в РФ и за рубежом.</li> </ol> <p>Краткое содержание занятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Изменения личности у больных атеросклерозом сосудов головного мозга. Интеллектуально-мнестические нарушения у больных с атеросклерозом сосудов головного мозга. Психозы при атеросклерозе сосудов головного мозга. Изменения личности при гипертонической болезни. Психотические состояния при гипертонической болезни. Неврологические и соматические нарушения при гипертонической болезни. Слабоумие при гипертонической болезни. Психические нарушения при гипотонических состояниях. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах.</li> <li>6. Симптоматические психические расстройства.</li> </ol> <p>Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: письменный опрос по теме.</p> <p><b>Практическая подготовка:</b></p> <p>Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью:</p> <p>Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
Тема 3. 3.	Практическое занятие	Шизофрения и расстройства шизофренического спектра.	4	80%	<p>Краткое содержание занятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. История вопроса.</li> <li>2. Распространенность шизофрении.</li> <li>3. Этиопатогенез шизофрении.</li> <li>4. Продуктивные и негативные психопатологические синдромы при шизофрении.</li> <li>5. Клинические классификации шизофрении, принятые в РФ и за рубежом. .</li> </ol> <p>Краткое содержание занятия:</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			

	Практическое занятие		4	80%	6. Формы шизофрении: простая, параноидная, кататоническая, гебефреническая.		
	Практическое занятие		4	80%	7. Типы течения шизофрении: непрерывно-прогредиентная, приступообразно-прогредиентная, рекуррентная, злокачественная. 8. Шизотипическое расстройство. 9. Шизоаффективное расстройство. 10. Острые и хронические бредовые расстройства. <b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.		
Тема 3. 4.	Практическое занятие	Аффективные расстройства.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. История вопроса. 2. Данные о распространенности и этиопатогенезе аффективных расстройств. 3. Клинические классификации аффективных расстройств, принятые в РФ и за рубежом. . Краткое содержание занятия: 4. Психопатологическая характеристика классического варианта депрессий. 5. Атипичные варианты депрессий. 6. Психопатологическая характеристика маний. 7. Биполярное аффективное расстройство, циклотимия. Формы течения аффективных расстройств в зависимости от их выраженности. <b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
Тема 3. 5.	Практическое занятие	Невротические, связанные со стрессом	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. История вопроса, эпидемиология невротических расстройств.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ



	Практическое занятие	соматоформные и соматизированные расстройства. Психосоматические расстройства.	4	80%	2. Этиопатогенез невротических расстройств. 3. Современные клинические классификации невротических расстройств, принятые в РФ и за рубежом. 4. Психопатологические синдромы при невротических расстройствах. 5. Фобические и тревожные расстройства. <b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.		
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Обсессивно-компульсивные расстройства.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	2. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации. <b>Практическая подготовка:</b>		
	Практическое занятие		4	80%	Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.		
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Диссоциативные (конверсионные).	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	2. Соматоформные расстройства. 3. Психосоматические расстройства.		
	Практическое занятие		4	80%	<b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.		
Тема 3. 6.	Практическое занятие	Патология развития (расстройства личности, умственная отсталость).	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Эпидемиология расстройств личности. Этиопатогенез расстройств личности, современные клинические классификации. Специфические расстройства личности и их варианты.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%	2. Умственная отсталость. Этиопатогенез умственной отсталости, современные клинические классификации.		
	Практическое занятие		4	80%			

	Практическое занятие		4	80%	Различные степени психического недоразвития при умственной отсталости <b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.		
	Семинар		4	80%			
Тема 3. 7.	Практическое занятие	Общая наркология	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные направления современной наркологии. Основы законодательства в психиатрии и наркологии. 2. Основные наркологические синдромы и патогенез химической зависимости. 3. Донозологические формы употребления психоактивных веществ. 4. Основные методы лечения химической зависимости. 5. Профилактика аддиктивной патологии (алкоголизма, наркомании и других зависимостей). <b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
Тема 3. 8.	Практическое занятие	Частная наркология	4	80%	Краткое содержание занятия: Синдром зависимости от алкоголя. Эпидемиология, этиопатогенез алкоголизма. Стадии алкогольной зависимости, клинические проявления. Клинические особенности алкогольного абстинентного синдрома. Основные наркомании. Основные токсикомании. Синдром зависимости от никотина. Синдром зависимости от седативных средств. Синдром зависимости от летучих растворителей. Политоксикомании. Принципы лечения и реабилитации больных с основными формами токсикоманий.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			



	Практическое занятие		4	80%	<b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением, разбор истории болезни.		
<b>Всего за ПА № 1</b>			<b>384</b>	<b>307 час.</b>			
<b>Курс 1 Промежуточная аттестация № 2</b>							
<b>Раздел 4. Общая психотерапия. Направления и методы психотерапии.</b>							
Тема 4. 1.	Практическое занятие	Тема 4. 1. Теоретико-методологические вопросы психотерапии. Интердисциплинарный характер психотерапии и её основы	4	80%	Краткое содержание занятия: Психотерапия как дисциплина, проходящая через всю историю медицины. Междисциплинарные требования к психотерапии. Распространение психогенных нарушений среди населения. Потребность в психотерапии. Этические основы психотерапии и психологического консультирования. Этический кодекс психотерапевта. Конфиденциальность. Основные функции терапевта по отношению к клиенту. Соблюдение профессиональных рамок или границ. Профессиональные установки. Злоупотребления в психотерапии. Личностные качества и установки. Маркетинг для психотерапевта. <b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент). Устный или письменный опрос по теме. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			

Тема 4. 2.	Практическое занятие	Психологические и социально-психологические вопросы психотерапии.	4	80%	<p>Краткое содержание занятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Понятие личности. Теории личности.</li> <li>2. Социология личности.</li> <li>3. Психологическое понятие болезни, нозопсихология.</li> <li>4. Понятие внутренней картины болезни и ее структуры.</li> </ol> <p>Психологические защиты: виды и механизмы.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Понятие группы (классификация и основные психологические характеристики).</li> <li>6. Роль личности врача в психотерапевтическом процессе и характер межличностного взаимодействия. Особенности психотерапевтического мышления.</li> <li>7. Место психотерапии в системе психопрофилактики.</li> </ol> <p><b>Практическая подготовка:</b>  Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью:  Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент). Устный или письменный опрос по теме. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях.</p>	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5, ОПК-8	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
Тема 4. 3.	Практическое занятие	Динамическое направление и методы психотерапии.	4	80%	<p>Краткое содержание темы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Концептуальные и теоретические характеристики психодинамического направления.</li> <li>2. Школы психоанализа.</li> <li>3. Трансактный анализ Э. Берна</li> <li>4. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (ЛОРП).</li> <li>5. Современные психоаналитические концепции:  Аналитическая психология и психотерапия К. Г. Юнга.  Индивидуальная психология А. Адлера.  Характерологический анализ В. Райха.  Современный психоанализ Х. Спотница.</li> </ol> <p>Понятие переноса и контрпереноса и способы работы с ними в психотерапии.  Другие психоаналитические теории (К. Хорни, Э. Фромм, С. Салливан, М. Кляйн, А. Майер, Ю. Массерман).</p> <p><b>Практическая подготовка:</b>  Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью:  Отработка практических навыков в ролевой игре (врач –</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			



	Практическое занятие		4	80%	симулированный пациент). Устный или письменный опрос по теме. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях.		
Тема 4. 4	Практическое занятие	Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии.	4	80%	<p>Краткое содержание занятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Теоретические и концептуальные характеристики когнитивно-поведенческого направления в психотерапии.</li> <li>2. Классическая и оперантная теории научения в трудах И. П. Павлова и Б. Ф. Скиннера.</li> <li>3. Современная модель когнитивно-поведенческой психотерапии.</li> <li>4. Когнитивная психотерапия Бека.</li> <li>5. Рационально-эмоционально-поведенческая психотерапия Эллиса.</li> <li>6. Нейролингвистическое программирование (НЛП).</li> <li>7. Интерперсональная психотерапия Клермана и Вейсман.</li> <li>8. Терапия принятия и ответственности</li> <li>9. Схема-терапия</li> </ol> <p><b><u>Практическая подготовка:</u></b>  Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью:  Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент). Устный или письменный опрос по теме. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях.</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
Тема 4. 5.	Практическое занятие	Экзистенциально-гуманистическое направление психотерапии.	4	80%	<p>Краткое содержание занятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Основные подходы и школы экзистенциальной психотерапии. Л. Бинсвангер, В. Франкл, Р. Мей, И. Ялом, Д. Бьюдженталь и их подходы в экзистенциальной психотерапии. Философское основание экзистенциальной психотерапии.</li> <li>2. Гештальт-терапия. Основные положения учения Ф. Перлса. Феноменологический подход в гештальт-терапии</li> <li>3. Клиент-центрированная психотерапия. Логотерапия В. Франкла.</li> <li>4. Психосинтез</li> </ol> <p><b><u>Практическая подготовка:</u></b>  Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью:  Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент). Устный или письменный опрос по теме. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях.</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			

Тема 4. 6.	Практическое занятие	Основные формы психотерапии	4	80%	<p>Краткое содержание занятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Индивидуальная психотерапия</li> <li>2. Семейная психотерапия. Системная семейная психотерапия.</li> <li>3. Групповая психотерапия.</li> <li>4. Психотерапевтическая среда и психотерапевтическое сообщество</li> </ol> <p><b>Практическая подготовка:</b>  Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью:  Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент). Устный или письменный опрос по теме. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях.</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
Тема 4. 7.	Практическое занятие	Отдельные методы	4	80%	<p>Краткое содержание темы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Трансактный анализ Э. Берна</li> <li>2. Суггестивная психотерапия.</li> <li>3. Арттерапия.</li> <li>4. Телесно-ориентированная психотерапия.</li> <li>5. Психодрама.</li> <li>6. Трансперсональная психотерапия.</li> <li>7. Программно-аппаратные методы психотерапии.</li> <li>8. Десенсибилизация и переработка с помощью движений глаз.</li> </ol> <p><b>Практическая подготовка:</b>  Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью:  Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент). Устный или письменный опрос по теме. Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях.</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
	Практическое занятие		4	80%			
<b>Раздел 5. Специальная психотерапия</b>							
Тема 5. 1.	Практическое занятие	Психотерапия в клинике невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.	4	80%	<p>Краткое содержание занятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства: этиология, патогенез, механизмы психической травмы, особенности патогенных конфликтов.</li> <li>2. Механизм действия индивидуальной и групповой психотерапии при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах.</li> </ol>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			



	Практическое занятие		4	80%	3. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах. 4. Интегративная психотерапия невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств 5. Психотерапия синдрома эмоционального выгорания. 6. Психотерапия посттравматического стрессового расстройства. <b><u>Практическая подготовка:</u></b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.		
	Практическое занятие		4	80%			
Тема 5. 2	Практическое занятие	Психотерапия в клинике соматоневрологических заболеваний и психосоматических расстройств.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Концепции сомато-психического и психосоматического взаимодействия. 2. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при соматоневрологических заболеваниях. 3. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при психосоматических расстройствах. 4. Интегративная терапия соматоневрологических заболеваний и психосоматических расстройств 5. Психотерапия расстройств пищевого поведения, нарушения схемы тела, психогенное переедание. 6. Психотерапия в онкологии. <b><u>Практическая подготовка:</u></b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
Тема 5. 3.	Практическое занятие	Психотерапия в клинике патологии развития.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные мишени терапии при патологии развития. 2. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при патологии	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			

	занятие				развития. . 3. Интегративная терапия патологии развития. <b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.		
Тема 5. 4.	Практическое занятие	Психотерапия в клинике аффективных расстройств.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Особенности патогенеза и основные мишени психотерапии аффективных расстройств. 2. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при аффективных расстройствах. 3. Интегративная терапия аффективных расстройств. <b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-7, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
Тема 5. 5.	Практическое занятие	Психотерапия в клинике расстройств шизофренического круга.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Особенности патогенеза и основные мишени психотерапии расстройств шизофренического круга. 2. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при расстройствах шизофренического круга. 3. Интегративная терапия расстройств шизофренического круга. <b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
	Практическое занятие		4	80%			
Тема 5. 6.	Практическое занятие	Психотерапия в клинике сексуальных	4	80%	Краткое содержание темы: 1. Психологические механизмы развития сексуальных расстройств.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4,	КВ, ТЗ, СЗ



Практическое занятие	расстройств.	4	80%	2. Клиника сексуальных расстройств. 3. Психотерапия в клинике сексуальных расстройств. 4. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при сексуальных расстройствах. <b>Практическая подготовка:</b> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.	ПК-5	
Всего за ПА № 2 час.		172	138 час.			
<b>ИТОГО</b>		<b>536</b>	<b>429 час.</b>			

\* *Формы проведения занятий семинарского типа: семинар, практическое занятие.*

\*\*\* *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ-ситуационные Д-устный доклад*

#### 4.6 Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	Содержание самостоятельной работы	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций	Оценочные средства** для текущего контроля
1	Раздел 1. Организационно правовые основы психотерапии	30	-изучение учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе -работа с дополнительной литературой, информационными базами данных	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, Д
2	Раздел 2. Общая психопатология.	64	-изучение учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе -работа с дополнительной литературой, информационными базами данных -работа с атласами, схемами, 3D моделями -решение ситуационных задач -отработка практических навыков клинико-психопатологического обследования пациентов -запись психического статуса осмотренного пациента -оценка данных дополнительных методов исследования -подготовка докладов и презентаций по клиническим случаям	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, Д
3	Раздел 3. Частная психиатрия.	81	-изучение учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе -работа с дополнительной литературой, информационными базами данных -решение ситуационных задач -оценка данных дополнительных методов исследования -составление ситуационных задач по клиническим случаям -запись психического статуса осмотренного пациента	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, Д

			-составление плана обследования, лечения, реабилитации, осмотренного или разобранного по истории болезни пациента -подготовка докладов и презентаций -участие в подготовке проведения клинических разборов		
4	Раздел 4. Общая психотерапия.	40	-изучение учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе -работа с дополнительной литературой, информационными базами данных -решение ситуационных задач -оценка данных дополнительных методов исследования -составление ситуационных задач по клиническим случаям -запись психического статуса осмотренного пациента -составление плана обследования, лечения, реабилитации, осмотренного или разобранного по истории болезни пациента -подготовка докладов и презентаций -участие в подготовке проведения клинических разборов	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, Д
5	Раздел 5. Частная психотерапия	39	-изучение учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе -работа с дополнительной литературой, информационными базами данных -подготовка докладов и презентаций по клиническим случаям	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, Д
<b>Всего:</b>		<b>254</b>	Из них на практическую подготовку -127 час.		

\**Оценочные средства:* КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Д – подготовка к докладу

#### **Примерные темы для докладов:**

1. Концепции личности в психотерапии.
2. Психологические основы психотерапии.
3. Клинические основы психотерапии.
4. Исследование эффективности психотерапии.
5. Психотерапия, лечебная педагогика и психопрофилактика в детском и подростковом возрасте.
6. Психотерапия и психопрофилактика в клинике алкоголизма, наркоманий, токсикоманий и нехимической зависимости.
7. Теория и практика основных форм психотерапии.
8. Психотерапия и психопрофилактика в клинике неврозов, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.

#### **Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:**

1. Технологии модульного обучения
2. Технологии активного обучения (инновационные)



## 5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

### 5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего контроля:

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств для текущего контроля		
		КВ	ТЗ	СЗ
Текущий контроль	Раздел 1. Организационно правовые основы психотерапии.	18	19	4
	Раздел 2. Общая психопатология.	43	45	24
	Раздел 3. Частная психиатрия.	89	75	24
	Раздел 4. Общая психотерапия.	71	64	9
	Раздел 5. Частная психотерапия	42	46	13
<b>ИТОГО</b>		<b>263</b>	<b>249</b>	<b>74</b>

### 5.2. Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	КВ, ТЗ, СЗ, Д
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.	КВ, ТЗ, СЗ, Д
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	КВ, ТЗ, СЗ, Д
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	КВ, ТЗ, СЗ, Д
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	КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах	КВ, ТЗ
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	КВ, ТЗ, СЗ
ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи	КВ, ТЗ, СЗ

### 5.3. Организация промежуточной аттестации

#### Форма промежуточной аттестации по дисциплине:

Промежуточная аттестация № 1 - зачет с оценкой

Промежуточная аттестация № 2 - зачет с оценкой



## Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

**Отлично»** -ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.

**«Хорошо»** -ответ полный, но требует дополнений. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.

**«Удовлетворительно»** - ответ неполный, требует наводящих вопросов. Нечёткое, сбивчивое изложение ответа с ошибками.

**«Неудовлетворительно»** - при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Фрагментарные знания. Путаница в терминах и понятиях.

## Критерии оценивания при решении ситуационных задач:

**«Отлично»** -ординатор предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно.

**«Хорошо»** -ординатор решил задачу правильно, однако, при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя.

**«Удовлетворительно»** - ординатор частично справился с решением задачи, затрудняется обосновать свой ответ, делает грубые ошибки при пояснениях своего ответа.

**«Неудовлетворительно»** - ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.

## Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности 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

## Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или индикаторы
<b>Промежуточная аттестация № 1</b>			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5
2 этап	собеседование	КВ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5
3 этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5
<b>Промежуточная аттестация № 2</b>			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5
2 этап	собеседование	КВ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5
3 этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5



#### 5.4. Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Виды оценочных средств	Проверяемые компетенции или отдельные индикаторы достижения компетенции
ТЗ	<p>Что является основанием для определения депрессии как вторичной?</p> <p>а. Наличие психотравмирующей ситуации</p> <p>б. Наличие депрессии у кого-либо из родственников</p> <p>с. Наличие указаний в анамнезе на предшествующие депрессивные состояния</p> <p><b>д. Появление депрессии в связи с каким-либо другим психическим или соматическим заболеванием</b></p> <p>е. Появление депрессии в связи с угрожающим жизни событием</p>	УК-1, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-9, ПК-4, ПК-5
СЗ	<p>Пациент А., 44 года, бизнесмен, жалуется на периодические острые боли в области сердца. Боли начались остро, четыре дня назад, приехавшая скорая помощь исключила ИБС, направили на консультацию к неврологу. Невролог также исключил органический характер болей, направил к психологу и к психотерапевту. Пациент подавлен, сидит сутулившись, в глаза не смотрит, делает большие паузы перед ответом, голос тихий, монотонный, после некоторого замешательства выдохнул - «женой проблемы» - заплакал, закрыл лицо руками.</p> <p>Постепенно рассказал, что неделю назад узнал об измене жены, 35 лет, со своим охранником. Суицидальные мысли активно не высказывает, однако на вопрос об их ответ отрицательно после длительной паузы.</p> <p>1. Укажите расстройство,</p> <p>2. Варианты психотерапевтической тактики</p>	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-8, ПК-4, ПК-5
КВ	Классификация невротических расстройств по длительности. Варианты затяжного неврастенического, истерического и обсессивно-фобического расстройства.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *Приложение 1* к рабочей программе.

## 6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее -ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

### 6.1. Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

#### 1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows  
 Пакет OpenOffice  
 Пакет LibreOffice  
 Microsoft Office Standard 2016  
 NETOP Vision Classroom Management Software



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

<http://moodle.almazovcentre.ru/>

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

## **2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:**

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU»

([www.medlib.ru](http://www.medlib.ru))

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» ([www.rosmedlib.ru](http://www.rosmedlib.ru))

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

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

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

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

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

## **3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:**

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

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

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

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

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

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

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

Боль и ее лечение ([www.painstudy.ru](http://www.painstudy.ru))

US National Library of Medicine National Institutes of Health ([www.pubmed.com](http://www.pubmed.com))

Русский медицинский журнал ([www.rmj.ru](http://www.rmj.ru))

Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://minzdrav.gov.ru>)

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

Российская государственная библиотека ([www.rsl.ru](http://www.rsl.ru))

### **6.2. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:**

#### **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. Персонафицированная 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: неврозы 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>



## **7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ**

### **7.1. Учебно-методические материалы для обучающихся:**

– «Методические материалы для обучающихся по выполнению самостоятельной работы»: Методическое пособие для обучающихся в ординатуре/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова», 2022.

-Ссылка на учебно-методические материалы в системе MOODL <https://moodle.almazovcentre.ru/course/view.php?id=423>

### **7.2. Учебно-методические материалы для преподавателей:**

– Методические материалы по дисциплине «Психотерапия» для специальности 31. 08.22 Психотерапия, Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова», 2023

- Ссылка на учебно-методические материалы в системе MOODL <https://moodle.almazovcentre.ru/course/index.php?categoryid=230>

## **8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ**

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Психотерапия» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Психотерапия» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) -укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций -укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами: специализированные медицинские отделения, палаты и ординаторские, оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы



отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры.

## **9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ**

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Психотерапия» соответствует требованиям ФГОС ВО - программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 Психотерапия.

## **10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Освоение дисциплины «Психотерапия» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Психотерапия» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях

При освоении рабочей программы дисциплины «Психотерапия» обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА  
к рабочей программе по дисциплине  
«ПСИХОТЕРАПИЯ»**

Специальность ординатуры	<b>31. 08. 22 Психотерапия</b>
Направленность	<b>Психотерапия</b>
Квалификация (степень) выпускника:	<b>Врач-психотерапевт</b>
Форма обучения:	<b>очная</b>
Срок освоения ОПОП:	<b>2 года</b>



**ПАСПОРТ  
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
по дисциплине «Психотерапия»**

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства промежуточной аттестации *
Раздел 1. Организационно правовые основы психотерапии	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	КВ: № 1-14 ТЗ: № 1-52 СЗ: № 1-24
Раздел 2. Общая психопатология	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ: № 15-111 ТЗ: № 53-278 СЗ: № 25-64
Раздел 3. Частная психиатрия	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ: № 1-30 ТЗ: № 279-343 СЗ: № 65-80
Раздел 4. Общая психотерапия.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	КВ: № 31-105 ТЗ: № 344-449 СЗ: № 1-46
Раздел 5. Частная психотерапия	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ: № 106-192 ТЗ: № 450-563 СЗ: № 47-93

\* *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ-ситуационные*

**1. В результате изучения программы по дисциплине «Психотерапия» у обучающегося формируются следующие компетенции:**

**УК-1.** Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

**УК-4.** Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.

**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

**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



## 2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

### Универсальные компетенции

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК- 1.1. Определяет методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации	<b>Знает:</b> - методы получения и анализа информации о современных направлениях развития психиатрии, новых технологиях в области медицины и фармации по диагностике и лечению пациентов; - пациент- ориентированный, персонифицированный подход в современной медицине; - роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения.	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
	<b>Умеет:</b> - выбрать, получить и анализировать информацию о современных направлениях развития неврологии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации; - использовать приказы и другие нормативные документы Минздрава РФ в работе врача-психотерапевта; - излагать собственную точку зрения после анализа полученной научной информации, соблюдая морально- этические нормы аргументации, участвовать в дискуссии и проведении круглых столов.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности выбора, получения и анализа информации о современных направлениях развития психиатрии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации использования приказов и других нормативных документов Минздрава РФ в работе врача- психотерапевта; изложения собственной точки зрения после анализа полученной научной информации, с соблюдением морально- этических норм аргументации, для участия в дискуссии и проведении круглых столов. Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д  <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
УК- 1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	<b>Знает:</b> - современные направления развития психиатрии, новые технологии в области медицины и фармации по диагностике и лечению пациентов; - возможности пациент- ориентированного, персонифицированного подхода в современной медицине;	Правильность и полнота ответа о современных направлениях развития психиатрии, новых технологиях в области медицины и фармации по диагностике и лечению пациентов Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ



	<b>Умеет:</b> - анализировать в профессиональном контексте полученную информацию о новых достижениях в области медицины и фармации;	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
<b>УК- 4.1.</b> Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	<b>Знает:</b> - основы социальной психологии современные средства информационно-коммуникационных технологий	Сформированные систематические знания особенностей современной социальной психологии и методов информационно – коммуникационных технологий.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
	<b>Умеет:</b> - выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия	Успешное и систематическое умение следовать основным социокультурным нормам, принятым в профессиональных отношениях.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
<b>УК- 4.2.</b> Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	<b>Знает:</b> - важность учета социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в профессиональных отношениях	Сформированные систематические знания особенностей современной социальной психологии и методов информационно – коммуникационных технологий.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
	<b>Умеет:</b> - поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	Успешное и систематическое умение следовать основным социокультурным нормам, принятым в профессиональных отношениях.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
<b>УК-4.3.</b> Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	<b>Знает:</b> - приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Сформированные систематические знания особенностей современной социальной психологии и методов информационно – коммуникационных технологий.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
	<b>Умеет:</b> - применять приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Успешное и систематическое умение следовать основным социокультурным нормам, принятым в профессиональных отношениях.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ

*Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, Д-доклад*

## Общепрофессиональные компетенции

Индикаторы достижения общепрофессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
<p><b>ОПК-4.1.</b> Осуществляет сбор информации о состоянии здоровья пациента</p>	<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> </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> </ul>	<p>Правильность и полнота ответа о современных направлениях развития психиатрии, новых технологиях в области медицины и фармации по диагностике и лечению пациентов Шкала и критерии оценивания</p> <p>Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания</p>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ</p>
<p><b>ОПК-4 2.</b> Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента.</p>	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <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 в результате диагностических процедур у пациентов при психических заболеваниях</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- исследовать и интерпретировать психотерапевтический статус пациента, выделять неврологические синдромы 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</li> </ul>	<p>Соответствие уровня клинического критического мышления возможности выбора, получения и анализа информации о современных направлениях развития психиатрии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации использования приказов и других нормативных документов Минздрава РФ в работе врача-психотерапевта; изложения собственной точки зрения после анализа полученной научной информации, с соблюдением морально-этических норм аргументации, для участия в дискуссии и проведении круглых столов. Шкала и критерии оценивания</p> <p>Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания</p>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ</p>



	(протоколами лечения). - интерпретировать и анализировать результаты лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики		
<b>ОПК-4.3.</b> Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, и определяет тактику дальнейшего лечения с учётом клинических рекомендаций (протоколов лечения).	<b>Знает:</b> - клинические и лабораторные проявления патологических состояний, симптомов, синдромов психических заболеваний, нозологических форм; - клиническую классификацию психических расстройств опросить больного и получить наиболее достоверные сведения психическом заболевании - порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при психических заболеваниях - показания к госпитализации в психотерапевтическое отделения <b>Умеет:</b> - использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ - производить дифференциальную диагностику пациентам при заболеваниях и (или) состояниях психики Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) при психических заболеваниях	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания  Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
<b>ОПК-5.1.</b> Разрабатывает план лечения и назначает лекарственные препараты, медицинские изделия, лечебное питание и (или) немедикаментозное лечение; проводит мониторинг течения заболевания и корректирует лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по	<b>Знает:</b> - стандарты и клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи при психических заболеваниях и (или) состояниях психики - современные методы лечения основных психических заболеваний <b>Умеет:</b> - 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	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания  Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, Д <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ

вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния психики, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения	Шкала и критерии оценивания	
<b>ОПК-5.2.</b> Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и (или) немедикаментозного лечения.	<b>Знает:</b> - механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в психотерапии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции - методы немедикаментозного лечения, применяемые в психотерапии, показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные <b>Умеет:</b> - 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)	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания  Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
<b>ОПК-5.3.</b> Рекомендует профилактические мероприятия или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств.	<b>Знает:</b> - способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших при лечении пациентов при психических заболеваниях <b>Умеет:</b> - оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов при психических заболеваниях 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	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания  Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
<b>ОПК-6.1.</b> Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы	<b>Знает:</b> - медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов при психических заболеваниях - механизм воздействия реабилитационных мероприятий на	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u>



<p>реабилитации и абилитации инвалидов.</p>	<p>организм у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики  <b>Умеет:</b>  - 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)  - 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)  - определять медицинские показания для направления пациентов при психических заболеваниях к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)</p>	<p>Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации  Шкалы и критерии оценивания</p>	<p>ТЗ, СЗ</p>
<p><b>ОПК-6.2.</b> Контролирует эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов.</p>	<p><b>Знает:</b>  - методы медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях  <b>Умеет:</b>  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)</p>	<p>Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине;  Шкала и критерии оценивания    Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации  Шкала и критерии оценивания</p>	<p>Для текущего контроля:  КВ, ТЗ, СЗ  <u>Для промежуточной аттестации:</u>  ТЗ, СЗ</p>
<p><b>ОПК-6.3.</b> Направляет пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации</p>	<p><b>Знает:</b>  - способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в результате мероприятий реабилитации пациентов при психических заболеваниях  <b>Умеет:</b>  - оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях</p>	<p>Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине;  Шкала и критерии оценивания    Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и</p>	<p>Для текущего контроля:  КВ, ТЗ, СЗ  <u>Для промежуточной аттестации:</u>  ТЗ, СЗ</p>

<p>инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p>	<p>- выявлять эмоциональные расстройства и выполнять их коррекцию у пациентов при психических заболеваниях на всем протяжении выполнения реабилитационных программ</p>	<p>фармации Шкала и критерии оценивания</p>	
<p><b>ОПК7.1.</b> Направляет пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или психическими расстройствами, для прохождения медико-социальной экспертизы</p>	<p><b>Знает:</b> - 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 <b>Умеет:</b> - определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное психическими заболеваниями и (или) состояниями нервной системы, на проведение медико-социальной экспертизы Определять признаки стойкого нарушения функции организма, обусловленного психическими заболеваниями</p>	<p>Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания  Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания</p>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ</p>
<p><b>ОПК-7.2.</b> Подготавливает необходимую медицинскую документацию для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при психических расстройствах в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы</p>	<p><b>Знает:</b> - требования к оформлению медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при психических заболеваниях <b>Умеет:</b> - 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</p>	<p>Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания</p>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ</p>
<p><b>ОПК-7.3.</b> Проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов при психических расстройствах, работать в</p>	<p><b>Знает:</b> - порядок выдачи листков нетрудоспособности</p>	<p>Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического</p>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u></p>



составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности	<b>Умеет:</b> - определять признаки временной нетрудоспособности, обусловленной психическим заболеванием и (или) состояниями нервной системы	критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	КВ, ТЗ, СЗ
<b>ОПК-8.1.</b> Проводит санитарно-просветительную работу по сохранению здоровья пациентов, формированию здорового образа жизни, профилактике психических расстройств.	<b>Знает:</b> - основы здорового образа жизни, методы его формирования - формы и методы санитарно-просветительной работы среди психиатрических пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики психических заболеваний. <b>Умеет:</b> Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике психических заболеваний	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
	<b>ОПК-8.2.</b> Способен осуществлять диспансеризацию населения с целью раннего выявления психических расстройств и основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами.	<b>Знает:</b> - факторы риска развития основных психических <b>Умеет:</b> - проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления психических расстройств, основных факторов риска их развития	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания  Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания
<b>ОПК-8.3.</b> Проводит медицинские осмотры, диспансерное наблюдение за пациентами с психическими расстройствами в соответствии с нормативными правовыми актами.	<b>Знает:</b> - первичную и вторичную профилактику основных психических заболеваний <b>Умеет:</b> - проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными психическими	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
	<b>ОПК-9 2.</b> Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, сохраняя врачебную тайну в работе с персональными		

данными	- составлять план работы и отчет о своей работе Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения Использовать информационно- аналитические системы и информационно- телекоммуникационную сеть "Интернет"	критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	КВ, ТЗ, СЗ
<b>ОПК-10. 1.</b> Проводит оценку состояния пациента и выявляет состояние, представляющие угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме	<b>Знает:</b> - методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов психиатрического профиля, или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента и требующих оказания экстренной медицинской помощи <b>Умеет:</b> - провести психиатрический осмотр пациента	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания  Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u> ТЗ
<b>ОПК-10.2.</b> Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания)  <b>ОПК-10.3.</b> Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме	<b>Знает:</b> - признаки состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме <b>Умеет:</b> - оказывать медицинскую помощь в неотложной форме  <b>Знает:</b> - алгоритм оказания неотложной помощи при психиатрических заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента - перечень лекарственных препаратов, используемых при оказании экстренной помощи при психиатрических представляющих угрозу жизни пациента. <b>Умеет:</b> Применять лекарственные препараты при оказании медицинской помощи в экстренной форме при психиатрических. Оценить эффективность проводимых лечебных мероприятий	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания  Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации  Шкала и критерии оценивания Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания  Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u> ТЗ  Для текущего контроля: КВ, ТЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u> ТЗ

Оценочные средства КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, Д-доклад



## Профессиональные компетенции

Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
<p><b>ПК-4.1.</b> Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента.</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> </ul>	<p>Правильность и полнота ответа о жалобах, течении, этиологии, патогенезе, классификации, клинической картине, дифференциальном диагнозе психических заболеваний, современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики.</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи пациентам с психическими заболеваниями всех этапах оказания медицинской помощи.</p> <p>Шкалы и критерии оценивания</p>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ</p> <p><u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ</p>
	<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-инструментальных исследований;</li> </ul>	<p>Соблюдение алгоритма исследования психического статуса пациента, выделения синдромов, постановки клинического диагноза с использованием соответствующих шкал, дифференциального диагноза.</p> <p>Соответствие обоснованности и объема, запланированного лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования, организации маршрутизации пациентов с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения).</p> <p>Соблюдение технологии</p> <p>Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.</p> <p>Шкалы и критерии оценивания</p>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ</p> <p><u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- провести дифференциальную диагностику психического заболевания;</li> <li>- поставить и обосновать окончательный диагноз.</li> </ul>		
<p><b>ПК-4.2.</b> Направляет пациента на лабораторное и/или инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p>	<p><b>Знает:</b> Современные критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- обоснования назначения необходимого лабораторно-инструментального исследования.</li> </ul>	<p>Правильность и полнота ответа о жалобах, течении, этиологии, патогенезе, классификации, клинической картине, дифференциальном диагнозе психических заболеваний, современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Порядок оказания медицинской помощи пациентам с психическими заболеваниями всех этапах оказания медицинской помощи</p> <p>Шкалы и критерии оценивания</p>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ</p> <p><u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ</p>
	<p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- выявить 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>- выявления характерных признаков и особенностей симптомов и синдромов психических расстройств;</li> <li>- выявления особенностей формирования психического расстройства;</li> <li>- проведения дифференциальной диагностики;</li> <li>- формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней.</li> </ul>	<p>Соблюдение алгоритма исследования психического статуса пациента, выделения синдромов, постановки клинического диагноза с использованием соответствующих шкал, дифференциального диагноза.</p> <p>Соответствие обоснованности и объема, запланированного лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования, организации маршрутизации пациентов с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения).</p> <p>Соблюдение технологии</p> <p>Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.</p> <p>Шкалы и критерии оценивания</p>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ</p> <p><u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ</p>
<p><b>ПК-4.3.</b> Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- критерии формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней.</li> </ul>	<p>Правильность и полнота ответа о жалобах, течении, этиологии, патогенезе, классификации, клинической картине, дифференциальном диагнозе психических заболеваний, современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Порядке оказания медицинской помощи пациентам с психическими заболеваниями всех этапах оказания медицинской помощи</p> <p>Шкалы и критерии оценивания</p>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ</p> <p><u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ</p>
	<p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания;</li> <li>- установить диагноз пациенту с психиатрическим</li> </ul>	<p>Соблюдение алгоритма исследования психического статуса пациента, выделения синдромов, постановки клинического диагноза с использованием соответствующих шкал,</p>	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ</p>



	заболеванием с учетом действующей МКБ.	дифференциального диагноза. Соответствие обоснованности и объема, запланированного лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования, организации маршрутизации пациентов с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения). Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др. Шкалы и критерии оценивания	<u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
<b>ПК-5.1.</b> Разрабатывает план лечения психического расстройства или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	Знает: - как разработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии; - обосновать показания к назначению больному психотропных средств; - разработать схему обоснованного восстановительного, поддерживающего и противорецидивного лечения.	Правильность и полнота ответа о жалобах, течении, этиологии, патогенезе, классификации, клинической картине, дифференциальном диагнозе психических заболеваний, современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики Порядок оказания медицинской помощи пациентам с психическими заболеваниями всех этапах оказания медицинской помощи Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
	Умеет: общую психотерапию и частные виды психотерапии психических расстройств; современные методы лечения при психических расстройствах.	Соответствие обоснованности и объема, запланированного лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования, организации маршрутизации пациентов с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения). Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др. Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
<b>ПК-5.2.</b> Осуществляет оказание психотерапевтической помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.	<b>Знает:</b> - 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.	Правильность и полнота ответа о жалобах, течении, этиологии, патогенезе, классификации, клинической картине, дифференциальном диагнозе психических заболеваний, современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Порядке оказания медицинской помощи пациентам с психическими заболеваниями всех этапах оказания медицинской помощи	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ  <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ

		Шкалы и критерии оценивания	
	<b>Умеет:</b> - провести комплексное лечение больного психиатрического профиля с учетом психопатологического и соматического состояния пациента, психокоррекцию; - оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению срывов и рецидивов заболевания.	Соответствие обоснованности и объема, запланированного лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования, организации маршрутизации пациентов с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения). Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др. Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
<b>ПК-5 3.</b> Организует персонализированное лечение пациентов, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, проводит оценку эффективности и безопасности лечения.	<b>Знает:</b> - организовать с учетом современных данных, лечение психических больных - женщин, лиц молодого и пожилого возраста.	Правильность и полнота ответа о жалобах, течении, этиологии, патогенезе, классификации, клинической картине, дифференциальном диагнозе психических заболеваний, современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Порядке оказания медицинской помощи пациентам с психическими заболеваниями всех этапах оказания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ
	<b>Умеет:</b> провести с учетом современных данных, лечение психических больных - женщин, лиц молодого и пожилого возраста.	Соответствие обоснованности и объема, запланированного лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования, организации маршрутизации пациентов с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения). Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др. Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ <u>Для промежуточной аттестации:</u> КВ, ТЗ, СЗ

**Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи



### 3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

#### Критерии оценивания при решении тестовых заданий:

«Отлично»	Более 90%
«Хорошо»	81%-90%
«Удовлетворительно»	71%-80%
«Неудовлетворительно»	Менее 71 %

#### Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

**«Отлично»** - ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.

**«Хорошо»** - ответ полный, но требует дополнений. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.

**«Удовлетворительно»** - ответ неполный, требует наводящих вопросов. Нечёткое, сбивчивое изложение ответа с ошибками.

- при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Фрагментарные знания. Путаница в терминах и понятиях.

#### Критерии оценивания при решении ситуационных задач:

**«Отлично»** - ординатор предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно.

**«Хорошо»** - ординатор решил задачу правильно, однако, при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя.

**«Удовлетворительно»** - ординатор частично справился с решением задачи, затрудняется обосновать свой ответ, делает грубые ошибки при пояснениях своего ответа.

**«Неудовлетворительно»** - ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.

#### Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации для компетенций:

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора достижения 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

### 4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет с оценкой/ зачет с оценкой.



## 5. Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или индикаторы
<b>Промежуточная аттестация № 1</b>			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5
2 этап	собеседование	КВ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5
3 этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5
<b>Промежуточная аттестация № 2</b>			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5
2 этап	собеседование	КВ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5
3 этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

### ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

\*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

СЗ – ситуационные задачи

#### Раздел 1 Организационно правовые основы психотерапии

##### **Тема 1.1. Организация психотерапевтической помощи.**

###### **Контрольные вопросы**

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-4, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

1. Правовые основы и современная структура психической заболеваемости.
2. Особенности в оказании психотерапевтической помощи в Российской Федерации.
3. Правовые основы получения данных, необходимых ВОП, для постановки больному диагноза
4. Предмет, задачи и объект изучения в психотерапии, ее место среди других клинических дисциплин.
5. Правовые нормы психотерапии и психофармакотерапии в практической работе ВОП

###### **Тестовые задания**

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

6. 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
7. К одному из положений МЗМП РФ №294 от 30 октября 1995 года «О психиатрической и психотерапевтической помощи» относится следующее:



- a. Определение расчетной нормы обслуживания для врача психотерапевта составляют 2 посещения в час
- b. Врач психотерапевт не имеет права принимать решение об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дачу заключения для рассмотрения этого вопроса
- c. Психотерапевтический кабинет может организовываться в составе территориальной поликлиники, непосредственно обслуживающей 25 тысяч населения
- d. Должность врача психотерапевта в психиатрическом отделении устанавливается из расчета 1 должность на 25 коек

**8.** К одному из положений приказа МЗМП РФ № 294 от 30 октября 1995 года относится следующее

- a. Должность врача психотерапевта в психотерапевтическом отделении устанавливается из расчета 1 должность на 15 коек
- b. Должность медицинского психолога устанавливается в психотерапевтическом кабинете из расчета 1 должность на 50 тысяч населения
- c. Врач психотерапевт является специалистом с высшим медицинским образованием по специальности «лечебное дело», имеющий стаж практической работы врача не менее 3-х лет
- d. Врач психотерапевт повышает свою квалификацию по психиатрии не реже одного раза в 3 года

**9.** 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.

**10.** Характерным для психотерапевтического кабинета в психоневрологическом диспансере является:

- a. Тщательная дифференциальная диагностика между невротами и другими пограничными психическими состояниями и инициальными формами психических заболеваний
- b. Доминирующим видом лечения является личностно-ориентированная/реконструктивная/ психотерапия
- c. Основной контингент больных составляют пациенты с тяжелыми формами невротозов, для многих из которых социальное окружение является постоянным источником декомпенсации
- d. Лечение протекает в условиях психотерапевтического коллектива (сообщества)

**11.** Согласие на лечение необходимо получать от больного или его законного представителя:

- a. Только в начале курса терапии
- b. При каждом и любом изменении первоначальной схемы терапии

- с. В начале курса терапии, а также при смене метода терапии и таких изменениях в лечении, которые связаны с существенным возрастанием риска побочных эффектов и осложнений
- d. При недобровольной госпитализации в психиатрический стационар
- e. При проведении принудительного лечения

### **Ситуационные задачи**

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

**12.** 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.

#### **Вопрос:**

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

### **Тема 1.2. Методы диагностики психических расстройств.**

#### **Ситуационные задачи**

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

**1.** К врачу-психиатру-психотерапевту в поликлинике обратилась гражданка Н., 29 лет, с жалобами на «плохую память». При детальном расспросе выяснилось, что несколько дней назад Н. неожиданно оказалась на незнакомой улице. Последнее, что она помнила до этого, это то, как они с сотрудницей возвращались домой после работы. При последующем общении с Н. сотрудница рассказала, что попрощалась с ней на автобусной остановке, и та, по ее словам, поехала «в центр за обновками». При этом никаких странностей в поведении Н. не наблюдалось.

При беседе Н. контактна, на вопросы отвечает развернуто, обстоятельно, не всегда по существу, самостоятельно переключается на описание своих расстройств. Речь замедленна, монотонна, весьма многословна, однако словарный запас ограничен. Из собранного анамнеза стало известно, что бабушка Н. (по материнской линии) длительное время страдала эпилепсией, неоднократно находилась на лечении в неврологических, а концу жизни и в психиатрических стационарах. Сама Н. росла тихой, задумчивой девочкой, все свободное время предпочитала проводить дома в кругу семьи. С 25 лет отмечает появление головных болей, по поводу которых неоднократно обращалась к невропатологу. Кроме того, Н. сообщила, что в детстве, будучи в пионерском лагере, неоднократно дразнилась детьми за то, что, по их словам, «ходила по ночам». При этом утром Н. просыпалась в своей постели и ничего не помнила.



**Вопросы:**

1. Какие методы дополнительного обследования необходимо назначить и провести врачу?
2. Какой психопатологический синдром описан в задаче?

**Контрольные вопросы**

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5

2. Основы военно-врачебной и судебно-психиатрической экспертиз у лиц с психическими расстройствами.

3. Методы исследования IQ

4. Дополнительные инструментальные методы исследований пациентов у врача-психотерапевта-психиатра

**Тестовые задания**

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

5. Клинико-психопатологическое исследование больных осуществляется путем:

- a. Беседы с родственниками больного
- b. Наблюдения
- c. Опроса и наблюдения
- d. Сбора анамнестических сведений
- e. Анализа данных инструментального исследования

6. Наибольшую диагностическую информативность краниография имеет при:

- a. Эндогенных психических заболеваниях
- b. Психогенных расстройствах
- c. Экзогенно-органических психических заболеваниях
- d. Эндогенно-органических психических заболеваниях

7. Основным методом исследования в психиатрии является:

- a. Электроэнцефалографический
- b. Инструментальный
- c. Психологический
- d. Генетический
- e. Клинико-психопатологический
- f. Эпидемиологический
- g. Иммунологический

8. Эхо-энцефалография базируется на:

- a. Изучении электрических биопотенциалов головного мозга
- b. Ультразвуковой оценке плотности тканей черепа и головного мозга
- c. Рентгенографическом исследовании особенностей строения черепа
- d. Ультразвуковом исследовании симметричности расположения мозговых структур

9. При проведении экспертизы нетрудоспособности выделяют следующие критерии:

- a. Медицинские, социальные и профессиональные
- b. Медицинские
- c. Медицинские и социальные
- d. Медицинские, социальные, профессиональные и возрастно-половые

10. Генетические исследования имеют наибольшее значение при диагностике:

- a. Экзогенных психических заболеваний

- b. Эндогенных психических заболеваний
- c. Умственной отсталости
- d. Экзогенно-органических психических заболеваний
- e. Эндогенно-органических психических заболеваний
- f. Психогенных психических заболеваний

11. Все следующие утверждения по поводу электросудорожной терапии верны, кроме:

- a. Она получила широкое распространение в комплексной терапии обсессивно-фобического невроза
- b. Основным показанием для этого вида лечения является депрессия
- c. Она может быть эффективной в лечении больных с маниакальным возбуждением
- d. Она может вызвать нарушения памяти

### **Контрольные вопросы**

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

- 12. Методы позитивной и негативной диагностики в психотерапии
- 13. Задачи экспериментально-психологического исследования у клинического психолога
- 14. Основные показания для ЭЭГ / ЭЭГ мониторинга

### **Тема 1.3. Принципы терапии психических расстройств.**

#### **Тестовые задания**

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5

1. Амитриптилин относится к классу:

- a. Транквилизаторов
- b. Антидепрессантов
- c. Психостимуляторов
- d. Нормотимиков
- e. Ноотропов
- f. Нейролептиков

2. Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин относится к классу:

- a. Нейролептиков
- b. Антидепрессантов
- c. Психостимуляторов
- d. Транквилизаторов
- e. Нормотимиков
- f. Ноотропов

3. Имипрамин относится к классу:

- a. Транквилизаторов
- b. Нейролептиков
- c. Психостимуляторов
- d. Нормотимиков
- e. Ноотропов
- f. Антидепрессантов

4. К ингибиторам МАО относятся:

- a. Амитриптилин
- b. Ниаламид
- c. Диазепам
- d. Пимозид
- e. Ни один из перечисленных



**5** Какие из перечисленных препаратов являются нейролептиками?

- a. Диазепам
- b. Амитриптилин
- c. Галоперидол
- d. Мезокарб
- e. Левомепромазин
- f. Пирацетам
- g. Хлорпромазин
- h. Имипрамин

**6.** Какой класс препаратов требует исключения из диеты больного копченостей, сыра и творога, а также не комбинируется с другими психотропными средствами?

- a. Антидепрессанты -ингибиторы обратного захвата серотонина (Прозак)
- b. Ноотропы с ГАМК-ергическими свойствами (Пирацетам)
- c. Антидепрессанты -необратимые ингибиторы МАО (Ниаламид)
- d. Нейролептики бутерофенонового ряда (Галоперидол)
- e. Соли лития (лития карбонат)

**7.** Тригексифенидил в комплексной терапии шизофрении применяется с целью:

- a. Усиления антипсихотических эффектов нейролептиков
- b. Уменьшения выраженности побочных эффектов нейролептиков
- c. Предупреждения развития терапевтической резистентности при длительной терапии нейролептиками

#### **Ситуационные задачи**

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

#### **8. Основная часть.**

Пациент К., 24 г., доставлен в отделение психиатрического стационара специализированной бригадой скорой помощи. При поступлении жалобы, адекватные состоянию, не предъявляет. Сбор анамнестических сведений затруднен из-за негативного отношения пациента. По данным специализированной бригады скорой медицинской помощи и из беседы с родителями известно, в течение 3 месяцев изменилось поведение: стал подозрителен, заметил, что за ним «следят», «пытаются сглазить». Через некоторое время стал замкнут, нарушился ночной сон. В сновидениях «видел слова, но не мог понять их смысл», также беспокоили сны эротического содержания. Стал рисовать замысловатые геометрические фигуры, рисунки непонятного содержания. Утверждал родителям, что его мозг «как будто кто-то съедает». Последние дни и недели крайне агрессивен к родителям, угрожал им физической расправой. Ежедневно выходил на перекресток улиц рядом с домом и подолгу там стоял, свое поведение никак при этом не объяснял. Во время беседы с врачом закрывал глаза, к чему-то прислушивался, что-то шептал. При осмотре: сознание не помрачено. Продуктивному контакту не доступен. Напряжен, подозрителен. Крайне негативистичен. Ответы на вопросы формальные, односложные, часто не по существу заданного. Настроение снижено. В дальнейшем из беседы с врачом стало известно, что в течение 5-6 месяцев больной слышит 2 незнакомых «голоса», звучащие «внутри головы». Отношение к «голосам» однозначно определить не может: «да, они предупреждают меня и помогают мне, но делают это для своих целей, каких – не знаю». Своё поведение перед госпитализацией объясняет «приказами этих голосов»: «выйди на перекресток и от тебя отстанут», «ты можешь защитить себя». Уверен, что «стал жертвой какого-то эксперимента», «все это с самого начала было подстроено». Больным себя не считает, критика к своему состоянию отсутствует. На фоне проводимого лечения нейролептиками отмечено существенное редуцирование описанной симптоматики.

#### **Вопросы:**

1. Какие именно варианты антипсихотической терапии возможны в показаниях к лечению

### **9. Основная часть.**

Больной К, 34 года. При поступлении предъявлял жалобы на сниженное настроение, тревожность, нарушение сна. Анамнез: По данным из медицинских документов, со слов больного и его жены, сформировался гипертимным, общительным, педантичным, вспыльчивым. Учился на хорошо и отлично. Успешно окончил технический ВУЗ. За последние годы изменился по характеру: стал замыкаться в себе, задумываться «о смысле жизни, о мироздании». Периодически возникала беспричинная внутренняя напряженность, а вскоре появились навязчивые действия в виде стремления располагать все попавшие в поле зрения и находящиеся в своих карманах предметы в определенном порядке. Перестал уделять внимание жене, дочери, начал конфликтовать на службе и в семье, поздно возвращаться домой, заводить случайные знакомства, алкоголизироваться, в состоянии опьянения совершил кражу личных вещей. Часто жаловался на повышенную раздражительность, внутреннее напряжение, утомляемость, плохой сон, колющие боли в области сердца, снижение работоспособности. Около двух лет назад осенью ощущал выраженную путаницу мыслей, считал, что это результат воздействия спецслужб, которые организовали слежку за ним. Затем в середине зимы резко снизилось настроение, появилось чувство безысходности, «утраты цели». В дальнейшем усилились компульсивные влечения, раздражительность, конфликтность. Был госпитализирован в психиатрическую клинику. При поступлении был расторможен, импульсивен, многоречив, легко озлоблялся, бранился, стереотипно раскладывал лежащие перед ним на столе предметы правильной стопкой, наблюдались разорванность мышления и «монологи». После выписки получал поддерживающее лечение пролонгированным препаратом галоперидол-деканоат в дозе 2 мл в течение 4х месяцев. Затем самостоятельно прекратил принимать медикаменты из-за явлений нейролепсии. В течение последнего месяца изменился в поведении, стал раздражительным, конфликтным, подозрительным, скрытным. При патопсихологическом исследовании выявлены грубые выраженные расстройства структуры, мотивации, динамики мышления по эндогенному типу.

#### **Вопросы:**

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. В чем может проявляться нейролепсия и при каких препаратах?

#### **Контрольные вопросы**

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

10. Области применения антипсихотиков (нейролептиков) в психотерапии.
11. Области применения антидепрессантов в психотерапии.
12. Области применения транквилизаторов и снотворных в психотерапии.
13. Области применения ноотропов в психотерапии.
14. Этические принципы психотерапевта.
15. Общие принципы психотерапии при психозах. Сферы приложения психотерапии при психозах. Показания и противопоказания.
16. Психотерапия при психозах. Первичный осмотр врача-психотерапевта. Принципы психотерапии. Организация работы. Взаимодействие специалистов в полипрофессиональной бригаде (команде).

### **Раздел 2.**

#### **Тема 2.1. Психопатология и патопсихология расстройств восприятия и внимания.**

#### **Тестовые задания**

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



1. В «Счете по Крепелину» испытуемый показал следующую динамику продуктивности (количество арифметических операций в мин): 25, 21, 21, 15, 12, 7. это свидетельствует о:
- снижении уровня обобщения
  - нарушениях памяти
  - утомляемости
  - колебаниях внимания
  - нарушениях восприятия
2. Из 10 слов испытуемый воспроизводит 4. это свидетельствует о:
- нормальном объеме запоминания
  - высоком объеме запоминания
  - низком объеме запоминания
3. Методика «Корректирующая проба Бурдона», предназначена для исследования
- памяти
  - восприятия
  - мышления
  - внимания и умственной работоспособности
  - личности
4. «Нарушение восприятия времени» относится к:
- Галлюцинациям
  - Психосенсорным расстройствам
  - Сенсопатиям
  - Иллюзиям
5. Аффективные иллюзии относятся к:
- Патологическим иллюзиям
  - Сенсопатиям
  - Психосенсорным расстройствам
  - Функциональным галлюцинациям
6. Галлюцинации функциональные – это:
- Зрительные или слуховые галлюцинации, возникающие при засыпании или пробуждении
  - Ощущение явного присутствия в полости тела, обычно в животе, инородных предметов, живых существ
  - Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на другой анализатор
  - Ощущение ползания по телу насекомых, появления на поверхности тела или под кожей посторонних предметов
- Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на тот же анализатор
7. Прогностически благоприятными являются галлюцинации:
- Зрительные
  - Обонятельные
  - Псевдогаллюцинации
  - Истинные
  - Вкусовые
  - Тактильные

### Ситуационные задачи

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

### **8. Основная часть.**

Дежурный психиатр был вызван ночью в инфекционное отделение на консультацию больного сыпным тифом, обращавшегося ранее к психиатру по поводу умеренно выраженного невротического расстройства. Со слов медперсонала, последние 2-3 ночи больной практически не спит, выглядит встревоженным, вздрагивает от малейшего шума, пугается тени. Просит не выключать на ночь свет, боится оставаться в одиночестве. Накануне вечером больной стал возбужденным, активно стряхивал с себя воображаемых «насекомых», затем стал сооружать плот из подушек и одеял, утверждая, что надо спастись от наводнения. Позже пытался развести костер в палате, чтобы «головешками отгонять притаившихся по углам зверей».

На момент осмотра встревожен, напряжен. В контакт вступает с трудом, в месте и времени дезориентирован, однако собственное имя называет правильно. Постоянно вскакивает, размахивает руками. Речь невнятная, плохо артикулированная, обращается к воображаемым собеседникам. Внимание неустойчивое, быстро истощаемое. Громким окликом удается отвлечь от галлюцинаторного созерцания, получить один-два правильных ответа, но меньше, чем через минуту контакт снова становится невозможным, в связи с чем более детально оценить психические функции больного не удалось.

#### **Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

### **Контрольные вопросы**

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

9. Что свойственно истинным галлюцинациям, что характерно для псевдогаллюцинаций?
10. Особенности псевдогаллюцинаций при шизофрении.
11. Чем характеризуются иллюзии?
12. Методы исследования внимания
13. Астения и внимание

### **Ситуационные задачи**

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

**14. Основная часть.** Больной Ш., 20 лет. В течение последних 3-х лет постепенно стал меняться круг интересов, утратил прежних друзей, время проводил за чтением оккультной литературы, по ночам просматривал «мистические» видеофильмы. Постоянно рассуждал о каком-то «сатанизме» и строил малопонятные для окружающих отвлеченные философические концепции «демонического начала» мироздания. Обратил на себя внимание внешней отчужденностью и беспричинными перепадами настроения. Не мог «найти общий язык» с товарищами, держался замкнуто, в свободное время разрисовывал листы бумаги какими-то символами. Состояние особенно ухудшилось, когда на фоне нарастающей тревоги, стало казаться что «непознанные демонические силы» осуществляют «наблюдение» за ним и «считывают» его мысли. Чувствовал чей-то «преследующий взгляд», испытывал «необычные» ощущения «жжения» кожи и твердил о влиянии на него «черных ангелов». Для обследования родителями был госпитализирован в неврологическую клинику, откуда под влиянием императивных галлюцинаций сбежал, всю ночь где-то прятался, затем самостоятельно вернулся, после чего был направлен на обследование в психиатрическую клинику. При поступлении напряжен и подозрителен, свои переживания не раскрывал. Рисует абстрактно-символические картинки.

#### **Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

## **Тема 2.2. Психопатология и патопсихология расстройств памяти и мышления**



## Тестовые задания

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

1. При сравнении понятий испытуемый находит общее между собакой и кошкой в том, что «у них по четыре ноги». Данный ответ можно интерпретировать как проявление:

- a. снижения уровня обобщения
- b. искажения процесса обобщения
- c. ригидности мышления
- d. нарушения динамики мыслительной деятельности
- e. нарушения внимания

2. Атаксия интрапсихическая:

- a. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
- b. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
- c. Разобщенность и расщепление психических процессов (мышления, чувств, поступков), их мимического и речевого выражения Повышенное настроение с беспечным удовольствием, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации)
- d. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья

3. Бессвязность и разорванность мышления относятся к:

- a. Бредовым идеям
- b. Расстройствам мышления по стройности ассоциативного процесса
- c. Расстройствам мышления по темпу ассоциативного процесса
- d. Обсессиям
- e. Сверхценным идеям

4. Закупорка мышления (шперрунг) – это:

- a. Ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненным представлением
- b. Неожиданная, произвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
- c. Застойность, малая подвижность, замедленность смены психических процессов
- d. Высшая степень бессвязности мышления, когда речь представляет собой беспорядочный, бессмысленный набор слов
- e. Патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития, с сохранением черт присущих детскому или подростковому возрасту

5. Методика Леонтьева предназначена для исследования

- a. восприятия
- b. внимания и умственной работоспособности
- c. мышления
- d. личности
- e. памяти

## Контрольные вопросы

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

6. Какие нарушения памяти наблюдаются при парафрении?
7. Назовите основные симптомы расстройств памяти.
8. Что относится к расстройствам процесса мышления?
9. Чем характеризуются бредовые идеи?

10. Что свойственно интерпретативному бреду, что свойственно чувственному (образному) бреду?

### Ситуационные задачи

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

**11. Основная часть.** Больной Ш., 26 лет, инженер. Заболевание началось довольно остро. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свои рубашки и носовые платки. В отделении психиатрической больницы напряжен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену какие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недоверчиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует выписки. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, больных - за артистов русского народного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!» В словах окружающих слышит «намек», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка – дорога на кладбище («Это значит -скоро умру!»); олени, изображенные на картине, означают «лень» -следовательно его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом.

#### Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром

**12. Основная часть.** Больной К., 33 лет, цеховой мастер. Заболевание началось в связи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на своих сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что его жена до брака была в связи с директором предприятия. Ее влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведенных на другую работу. Во время обхода цеха директор подошел к нему и пожал руку. Все это, по убеждению больного, свидетельствует о связи директора с его женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать больного с завода. По его приказу сотрудники «намекают» больному на увольнение, соседи записывают все его разговоры с женой и доносят о них директору, лечащего врача специально неправильно информировали и т. д. Больной весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намекает на «влиятельных друзей», без которых он «давно бы был на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить кого следует».

#### Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы
2. Назовите синдром

**13. Основная часть.** Больной Р., 23 лет. Три года тому назад стал ощущать постоянный неприятный запах от своих ног и из подмышечной области. Затем ему стало казаться, что запах кала, мочи и гнили исходит из половых органов и заднего прохода. Замечал, что будто бы находящиеся рядом с ним люди «поводят носами», отворачиваются. В разговорах окружающих слышались слова: «Запах. . . Свинья. . . » Чувствовал себя виноватым, по несколько раз в день мылся, менял белье, но «запах» не исчезал. В связи с этим не мог находиться среди людей, старался быть в одиночестве. Появились мысли о самоубийстве. Все попытки врача убедить больного в том, что никто из окружающих не ощущает неприятного запаха, больной встречает с полным недоверием, утверждая, что запах чувствуют все, но хотят это от него скрыть.

#### Вопросы:

1. Охарактеризуйте психопатологическое состояние

**14. Основная часть.** Больной Г., 78 лет, пенсионер. В течение двух месяцев находится в



психиатрической клинике. Требуется за собой постоянного ухода. Сам не может найти свою палату, садится на чужие койки, при еде неряшлив, неопрятен. Временами бывает благодушен, смеется, глядя на других больных. Однако чаще раздражителен, гневлив, ругается, замахивается на санитарок, медсестер. За время пребывания в больнице не смог запомнить ни своего врача, ни соседей по палате. Приходящих к нему на свидание родственников также не узнает, не хочет разговаривать с ними, цинично бранится и уходит из столовой, забрав с собой принесенные продукты. Иногда больной становится тревожным, что-то ищет под кроватью, связывает постельное белье в узел и садится на него. Со злобой отталкивает от себя врача, заявляет, что все кругом воры, разбойники, он только что снял с себя сапоги, а их украли. Требуется, чтобы позвали «милицию», возбуждается, кричит: «Караул!»

Однажды больной был продемонстрирован на лекции студентам. Вот отрывок из записи разговора с ним.

— Иван Тимофеевич, сколько Вам лет?

— 40, или, может быть, 30.

— Так Вы еще молодой человек?

— Какой я тебе молодой, отстань, все вы воры, жулики! . . .

— А какой сейчас у нас год?

— Наверное, 1961. . .

— Сколько будет, если к 12 прибавить 8?

— Наверное, 10.

— Иван Тимофеевич, а где Вы сейчас находитесь?

— Я дома, у себя в избе.

— Как Вас здесь кормят?

— Какое кормят! Трое суток не ел. Весь хлеб украли. Вот только сейчас под лавку положил!.

#### **Вопрос:**

1. Охарактеризуйте психопатологическое состояние

**15. Основная часть.** Больной С., 59 лет, находится в психиатрическом стационаре в связи со стойким снижением умственных способностей. Из анамнеза известно, что С. в прошлом высокообразованный и интеллигентный человек. Мать больного страдала маниакально-депрессивным психозом, что проявлялось в периодически возникающих депрессивных настроениях с суицидальными тенденциями. Сам С. всегда отличался подвижным характером и хорошо развитыми организаторскими способностями. С отличием окончил политехнический институт, в юности был редактором студенческой газеты.

Последние несколько лет наблюдается снижение интеллекта, «уплощение» юмора, мнестические нарушения. В настоящее время у С. наряду с полным отсутствием критической оценки своего состояния нарушена способность приобретать знания и навыки. Не понимает смысла предлагаемых пословиц и поговорок. Суждения и умозаключения непоследовательны, поверхностны, память грубо нарушена: не помнит дат своей жизни, известных исторических событий. При этом наблюдается расторможение инстинктивных влечений: больной ходит голым по палате, цинично пристает с сексуальными притязаниями к медперсоналу, ест руками, не стесняется доедать за другими больными.

При исследовании компьютерной томографией обнаружилась обширная атрофия коры головного мозга.

#### **Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**16. Основная часть.** «Голоса – это взаимное понятие дорожки в воде. Голоса мы сопоставляем как связки своих рук с руками руковых рук. Надо беречь правую руку, так как там находятся сплетения пишущих устройств, которые всех слышат и разговаривают. Без

отопления голоса будут замкнуты, получится звезда, которая будет закрыта танковым шлемом, как у вас в атаке. Это и требовалось доказать Софронову на мусорной раме прибором Эстонии на столе. Она была на потолке и шла гулять как бы за анютиными глазками. Смирнов очень хороший зверь. Причина и явление электрических следов, нарисованных на нашем предмете страны, является выходом на работу воздуха руки без понимания цилиндра...»

**Вопрос:**

1. К какому виду расстройства мышления относится данный клинический пример речи больного?

**Тема 2.3. Психопатология и патопсихология расстройств эмоций и двигательнo-волевой сферы.**

**Тестовые задания**

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

1. Отрицательные эмоции возникают оттого, что имеющаяся информация:

- a. Избыточна
- b. Недостаточна
- c. Достаточна
- d. Почти достаточна

2. Парабулия – это:

- a. Объединение несопоставимых, противоречивых идей, обстоятельств, положений, с произвольной подменой одних идей другими
- b. Извращение волевой активности, проявляющееся неадекватным поведением в виде негативизма, импульсивности, вычурности движений
- c. Ответы на поставленные вопросы невпопад, не по существу, возникающие у больных с кататоническими расстройствами
- d. Ложные воспоминания, возникающие в результате слияния актуального восприятия, впечатления с мнимым, бывшим якобы в прошлом
- e. Аффект качественно и количественно не соответствующий его причине

3. Способность к активной, сознательной и целенаправленной деятельности определяется как:

- a. Влечение
- b. Память
- c. Воля
- d. Мышление
- e. Внимание

4. Что является сенсорной основой эмоций?

- a. Ощущение
- b. Мышление
- c. Речь

5. Эйфория – это:

- a. Незначительный подъем настроения, сочетающийся с расторможенностью примитивных влечений, беспечностью, дурашливым поведением
- b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
- c. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья
- d. Повышенное настроение с беспечным довольством, благодушием, пассивной радостью



е. Недостаточность или утрата аффективной откликаемости, бедность эмоциональных проявлений, душевная холодность, равнодушие

6. Эмоциональная тупость наблюдается при:

- a. Алкоголизме
- b. Невротических расстройствах
- c. Шизофрении
- d. Органическом поражении головного мозга с психическими нарушениями
- e. Расстройствах личности
- f. Эпилепсии

7. Эретическое возбуждение – это:

- a. Повторение увиденных действий
- b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
- c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
- d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением (вплоть до персеверации)
- e. Двигательное возбуждение больных олигофренией, проявляющееся в бессмысленных, порой разрушительных действиях и сопровождающееся криками, а в редких случаях нанесением себе самоповреждений

8. Трема – это:

- a. Общее двигательное беспокойство (ажитация) в сочетании с тревогой и страхом
- b. Выраженная замедленность, затрудненность мышления. Затрудненными, замедленными становятся также речь и действия больных
- c. Двигательное возбуждение больных олигофренией, проявляющееся в бессмысленных, порой разрушительных действиях и сопровождающееся криками, а в редких случаях нанесением себе повреждений
- d. Нарастающее чувство напряженности, тревоги, таящейся угрозы, страха
- e. Оpozнaвание психически больным неизвестных лиц как своих знакомых, родных. Или наоборот - знакомых как чужих людей, но принявших их облик

### **Контрольные вопросы**

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

- 9. Основные этиологические концепции аффективных расстройств.
- 10. Основные патогенетические теории аффективных расстройств.
- 11. Классификация аффективных расстройств по МКБ-10.
- 12. Обязательные симптомы депрессий.
- 13. Клиническая характеристика типичных вариантов депрессий.
- 14. Дифференциальная диагностика типичных и атипичных вариантов депрессий.
- 15. Клиническая характеристика атипичных вариантов депрессий.
- 16. Отличия кататонического возбуждения от депрессивного и от тревожного?
- 17. Какие стереотипы наблюдаются при кататоническом возбуждении?
- 18. Какие двигательно-волевые нарушения наблюдаются при кататоническом возбуждении?
- 19. Чем проявляется гебефреническое возбуждение

### **Ситуационные задачи**

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

**20. Основная часть.** Больной 54 года, домашняя хозяйка. Анамнез: мать умерла от болезни сердца, отец жив, ему сейчас 80 лет, здоров. Психически больных в семье не было. В школу пошла в 7 лет, училась хорошо, но в связи с материальными трудностями в семье после окончания 9-ти классов начала работать, сначала ученицей в швейной мастерской, потом швеей, последние 10 лет не работает, занимается домашним хозяйством. В молодости болела дизентерией, была оперирована по поводу аппендицита. По характеру мнительная, склонна к тревоге по любому поводу; особенно ее волновали заботы о близких, об их здоровье, материальном благополучии. Отличалась правдивостью, педантизмом, обидчивостью, сентиментальностью. Вышла замуж в 20 лет, родила 2-х детей. Семейные отношения были хорошими. В 50 лет у больной наступил климакс, были ощущения «приливов», потливость. Когда больной было 52 года, в автокатастрофе погиб муж. Переживала его смерть, много плакала, не могла находиться одна дома и перешла жить в семью сына, заботилась о внуках, к которым очень привязана, выполняла домашнюю работу. Почти постоянно было пониженное настроение, грусть, отмечала вялость, жаловалась на недомогания. В дальнейшем появилась тревога, которая постепенно нарастала, всевозможные опасения, предчувствия беды, ожидания нехороших событий, нарушился сон, а последние 7 месяцев постепенно нарастает тоска, страх, с трудом справляется с привычными делами, пропал аппетит. Возникали мысли о самоубийстве. Психический статус: У больной тоскливое, напряженное выражение лица, не может сидеть в одной позе, кисти рук в постоянном движении. Испытывает страх и тревогу за семью, кажется, что с нею и с родными может что-то случиться, во всем видит дурное предзнаменование, ничем не может заняться, все «валится из рук, нет ни к чему интереса, все потеряло смысл; у сына болезнь печени, он может умереть, тогда они останутся без средств, т. к. она не может работать в таком состоянии». Не верит, что она поправится, без конца просит врачей подтвердить, что она будет здорова, что они не скрывают от нее неизлечимой болезни. Видела, пришедших навестить ее внуков в окне, они показались ей бледными, худыми, решила, что им нечего есть, что они больны туберкулезом. Когда сын не пришел, а прислал невестку, у нее появилось убеждение, что он не встает с постели от слабости, что он тяжело болен. Заявила, что люди будут проклинать ее за эгоизм, думать, что она уморила сына своей жадностью, «экономией», уверяет врача, что это не так. В отделении беспокойна, стонет, заламывает руки, ходит из угла в угол, не находя себе места. Глаза сухие, говорит, что слез у нее нет, хотела бы плакать, но не может. Отказывается от еды, говорит, что лучше ей не есть, от этого она скорее умрет. Ориентирована правильно, корректна, опрятна, сообщает необходимые сведения о прошлой жизни, хорошо их помнит. На предъявленные ей вопросы отвечает по существу, информативно, суждения, не касающиеся ее болезни, не нарушены.

Заключение психолога: на первый план выступает эмоциональная неустойчивость, повышенная ранимость, тревожность (личностная и ситуационная), трудности социальной адаптации; во всех сферах психической деятельности использует неадаптивные стратегии поведения. Психические процессы достаточно устойчивые, равномерные. К концу исследования проявляется утомление. Аттентивно-мнестические функции снижены. Мыслительные операции проводит преимущественно на категориальном уровне, отмечаются отдельные соскальзывания при обобщении на конкретно-ситуационные и несущественные признаки. Преобладает абстрактный уровень мышления. Продуктивность деятельности снижена. Направляющую и организующую помощь экспериментатора практически не принимает. Критика к результатам собственной деятельности частично сохранена.

Соматическое состояние: истощена, запах ацетона изо рта. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Неврологическое состояние без отклонений.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия,



особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания? 8) Как вы оцениваете такой симптом, как запах ацетона изо рта? 9) Какие меры необходимы для того, чтобы установить причину, выявившую этот симптом? Как питать больную? 10) Какие указания о наблюдении за больной должны быть сделаны персоналу отделения?

**21. Основная часть.** Больной мужчина 53 года. Анамнез: наследственность психопатологически не отягощена. Средний из трёх детей. Воспитывался в полной семье. Мать по характеру властная, была в семье лидером, отец терпеливый, спокойный, уравновешенный, несколько тревожный. Раннее развитие без особенностей. До 10-летнего возраста страдал ночным недержанием мочи, к врачам не обращался. В детстве переболел паротитом без осложнений, в 12-летнем возрасте - аппендэктомия. В школу пошёл с 7 лет, учился неплохо, в основном на «хорошо». После окончания 7 классов поступил в железнодорожный техникум, проучившись год, оставил учёбу, образование продолжил в вечерней школе, окончил 11 классов. В 1966-1969 годы проходил срочную службу в танковых войсках, отмечает некоторые трудности первые 6 мес. установления контактов в силу своей тревожности, но в дальнейшем проблем по службе не возникало. После армии работал около 5 лет электриком, техником-механиком, затем вернулся на военную службу и 11 лет служил авиатехником, после чего уволился из армии в 37 летнем возрасте. Устроился работать мастером в локомотивное депо, параллельно окончил заочно железнодорожный техникум, затем вечернее отделение политехнического института и в 46 лет перешёл на работу на локомотиворемонтный завод на должность инженера-энергетика; работает по настоящее время. Женат с 23 лет, жена младше на 3 года. Жену характеризует как лидера в семье, властной женщиной, из-за чего часто возникают внутрисемейные конфликты, отношения с ней считает «несколько напряжёнными», но речь о разводе никогда не возникала; объясняет, что образование получил поздно, в силу того, что жена требовала зарабатывать деньги, а когда «стали жить более стабильно», пошёл учиться. От брака имеет одного сына, который в настоящее время проживает отдельно.

С детства отмечает такие черты, как мнительность, тревожность, впечатлительность, подверженность колебаниям настроения, неуверенность при выполнении какой-либо деятельности, особенно связанной с высокой личной ответственностью, при этом нуждается в поддержке, всегда старается предусмотреть возможные неудачи, вследствие чего предъявляет высокие требования к себе и к окружающим. Также отмечает в характере педантизм. Если предполагает, что не справится с предлагаемой работой, старается её избегать, в то же время не всегда может отказать в просьбе, долго колеблется при выборе решения, даже приняв его, постоянно испытывает неуверенность в правильности выбора. Отмечает, что даже при незначительных неприятных событиях часто «в мыслях предвидит наиболее худшие последствия», чтобы «быть к ним готовым». Именно этим объясняет уход из техникума до армии, когда возник незначительный, по словам ретроспективной оценки пациентом, конфликт на бытовой почве с одним из преподавателей, но в силу своей тревожности, «чтобы предотвратить возможные последствия (неудачи на экзаменах) и не быть отчисленным за неуспеваемость», оставил учёбу. Считает, что проявления, отдалённо напоминающие происходящие болезненные нарушения в текущем заболевании, возникали при усиленной психической нагрузке, особенно когда приходилось совмещать сдачу сессий при заочной учёбе с работой. Всегда усиленно готовился к сдаче зачётов и экзаменов. Особенно выделяет год, когда защищал дипломный проект, мало спал, становился раздражительным, вспыльчивым, конфликтовал с женой, беспокоили головные боли стягивающего характера, нередко на высоте тревоги отмечал слабые тупые боли в области сердца. После получения диплома около месяца ощущал некоторое опустошение, упадок сил, но продолжал работать, за медпомощью не обращался.

В течение 5 лет занимал должность заместителя начальника цеха локомотиво-ремонтного завода. Отмечает, что с первых дней работы ощущал неприятие со стороны начальника. Когда пришёл на новое место работы, оценил обстановку в цехе, как запущенную, где «никому нет никакого дела, кто и как работает». Несмотря на окружающую обстановку, старался выполнять



свои обязанности в полном объёме, делал реальные шаги по улучшению работы в цехе, организации дисциплины, что было замечено главным инженером завода. За 1, 5 года до поступления в стационар при поддержке главного инженера был повышен в должности (стал его заместителем, курирует энергетическое обеспечение завода). Предложение о повышении воспринял с тревогой, сразу же возникла неуверенность -справится ли с новыми обязанностями, так как данное подразделение, по его оценке, находилось в крайне запущенном состоянии (предшественник был уволен по статье за прогулы и употребление алкоголя), но, обдумав предложение и обсудив его с женой (получил её поддержку, так как появлялись перспективы дальнейшего роста и повышалась заработная плата), дал согласие. На протяжении 4 месяцев активно изучал хозяйство, старался выполнение распоряжений держать под личным контролем, работал по личной инициативе сверхурочно, часто выходил на работу в выходные дни. Сразу же столкнулся с неприятием его подхода к организации работы со стороны подчинённых, которые, по его мнению, «совсем отвыкли от работы», в силу чего возникали частые конфликтные ситуации. В своём поведении отмечал раздражительность, вспыльчивость, несдержанность, что в дальнейшем проявлялось не только на работе, но и дома. За 2 месяца до госпитализации нагрузка ещё более возросла, так как надо было сдавать отчёт о проделанной работе, а реальных сдвигов в положительном направлении не отмечалось: «почти всё, что ни делал, наталкивалось как будто на стену». Появилась неуверенность, сомнения в правильности принятого решения о согласии на новую должность. Стал раздражительным, возникло чувство опустошённости, огромной усталости, которые ещё усилились после сдачи отчёта и неудовлетворительной оценки проделанной работы со стороны начальства, после чего присоединился страх перед увольнением, понижением в должности. Представлял, что «все будут относиться как к неудачнику, не справившемуся со своими обязанностями». В течение месяца снизилось настроение, выглядел несколько подавленным. На работе стал менее активным, неожиданно раздражался на подчинённых, с последующей опустошёностью, укором себя за несдержанность. Стали беспокоить головные боли тупого диффузного стягивающего характера, бессонница. По совету жены обратился в поликлинику к психотерапевту, который направил его на стационарное лечение в отделении неврозов и психотерапии.

Психический статус: доступен контакту, полностью ориентирован в месте, времени собственной личности. В начале беседы держится неуверенно, иногда несколько сумбурно излагает данные анамнеза, при этом достаточно откровенен, неусидчив, часто меняет позу, потирает при волнении лоб, голос тихий, негромкий, речь тороплива, порою сбивчива. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость, раздражительность, периодически беспокоящую тупую головную боль диффузного, стягивающего характера, бессонницу, слегка сниженный аппетит, рассеянность внимания, забывчивость. Эмоциональные реакции подвижные, мимика живая, выразительная. При рассказе о возникшей ситуации на работе волнение усиливается, старается оправдать свои неудачи на новой должности запущенностью хозяйства, несложившимися отношениями с подчинёнными, нехваткой времени: «...нужно только около года, чтобы ознакомиться со всеми тонкостями», беспокоится о своей дальнейшей карьере, считая, что может быть понижен в должности, так как «не справился с обязанностями». Тем не менее, замечает, что может быть «это будет и к лучшему». Настроение несколько снижено. Мышление последовательное, доступно проведение основных мыслительных операций с использованием абстрактно-логических связей. Бреда, галлюцинаций не выявляется.

Соматический статус: нормостенического телосложения. В лёгких дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 76 уд/мин, АД -125/80 мм. рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отёков нет, стул и мочеиспускание не нарушены.

Неврологический статус: глазодвижения в полном объёме. OD=OS. Сухожильные рефлексy D=S. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет уверенно. Менингеальных, патологических знаков нет.



Заключение психолога: выявляется сформированный интрапсихический конфликт, характеризующийся завышенными требованиями к себе, без учёта своих физиологических и психологических ресурсов. Развитию неврастенического конфликта способствовали и личностные особенности испытуемого (сочетание педантичного характера и тревожно-эмотивного темперамента). Невозможность его рационального разрешения обусловлена, помимо указанных личностных особенностей, патопротекторной структурой защитных механизмов: низкая дифференцированность Эго-защиты с ведущими – вытеснение, реактивные образования, регрессия – механизмами; слабо адаптивный вариант копинга в когнитивной сфере – относительность – в данной ситуации выступает, как дезадаптивный (патопротекторный), препятствуя активному сознательному разрешению ситуации. Психические процессы в обычном темпе, мнестико-интеллектуальные показатели в пределах нормативных.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

**22. Основная часть.** Девочка 12 лет по физическому развитию напоминает ребенка 4 лет. У нее резко выраженное сходящееся косоглазие, маленьких размеров голова с явным преобладанием лицевого черепа над мозговым. Выражение лица бессмысленное, рот полуоткрыт с почти постоянно вытекающей слюной. Целыми днями сидит в постели, стереотипно раскачиваясь взад-вперед. Порой делает попытки встать, держась за край кровати, но чаще всего при этом не удерживается, садится и вновь начинает стереотипно раскачиваться. Никак не реагирует на окружающее, например, даже не повернула головы при резком звуке падающего таза. Не понимает не только речи, но и жесты и интонаций. Обычно издает только мычание, но иногда, главным образом при запаздывающем кормлении, начинает дико кричать и царапать себе лицо. Ест только с помощью нянечки, на которую никак не реагирует, неопрятна при мочеиспускании и дефекации.

**Вопросы:**

1. Опишите основные расстройства
2. Ваш диагноз?

**Тема 2.4. Классификация психопатологических синдромов. Астенический синдром, амнестический синдром, синдромы слабоумия. Аффективные и невротические синдромы.**

**Контрольные вопросы**

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

1. Уровни врожденного слабоумия?
2. Чем характеризуется астенический синдром как следствие черепно-мозговой травмы?
3. В чем разница между тотальным и лакунарным слабоумием?
4. Что характерно для астенического синдрома после соматического заболевания?
5. Клинические варианты невротического синдрома.
6. Характеристики амнестического синдрома
7. Назовите этапы развития астенического синдрома.
8. Опишите клинику Корсаковского синдрома.

**Ситуационные задачи**

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

**9. Основная часть.** Больная В., 42 лет. Наследственность психическими заболеваниями не

отягощена. Раннее развитие без особенностей. Перенесенные в детстве заболевания не помнит. Окончила 8 классов, работала в колхозе. В 29 лет перенесла черепно-мозговую травму, после которой около года не могла говорить. В дальнейшем начала ухудшаться память: забывала о назначенной встрече, дни рождения родственников и т. д. У больной появилось слабодушие, нередко беспричинно плакала, перестала понимать шутки и анекдоты. Кроме того, стала быстро уставать при физической нагрузке, плохо адаптироваться к новой обстановке. Трижды находилась на лечении в психиатрическом стационаре, последний раз с диагнозом «отдаленные последствия травмы головного мозга с умеренно выраженным слабоумием».

При обследовании больной отмечалось расширение зон и оживление сухожильных и периостальных рефлексов, неустойчивость в позе Ромберга. Поведение адинамичное: подолгу лежит на кровати или бесцельно смотрит в окно. Настроение неустойчивое, легко переходит от слез к улыбке и наоборот. Контакт доступен. Имя и фамилию называет правильно, но считает, что находится в обыкновенной больнице по поводу простудного заболевания. С трудом ориентируется во времени. Анамнестические сведения давала скудные. Не помнит жизненно важных событий, возраста своих детей. Интеллект снижен. С трудом и ошибками проводит элементарные счетные операции, не понимает переносный смысл пословиц.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**10. Основная часть.** Больная женщина 48 лет. Анамнез: поступает впервые. Родилась в пос. А-к О-ой области от нормально протекавшей беременности, первых срочных родов. Сведений об отце не имеет, так как мать развелась с ним практически сразу после ее рождения (якобы он злоупотреблял алкоголем). Затем мать повторно вышла замуж и отдала пациентку на воспитание бабушкой и дедушкой, к которым была очень привязана. В школу пошла с 7 лет. Учеба в школе давалась легко. Была «любопытной, шустрой, энергичной, общительной», вместе с тем отмечает в дальнейшем черты тревожной мнительности, неуверенности в выборе окончательного решения, неумение настоять на своей точке зрения. В школьные годы занималась спортом, посещала кружки. После окончания школы поступила по желанию деда в О-ий медицинский институт, училась хорошо. По окончании института работала в А-ой ЦРБ вначале врачом-ординатором, затем -заведующей терапевтическим отделением и заместителем главного врача по лечебной работе в течение 18 лет. В 22 года вышла замуж, родила дочь, в этом браке прожила 5 лет, в связи с алкоголизацией мужа по инициативе пациентки брак был расторгнут. Вышла замуж повторно и через 2 года с семьёй переехала на постоянное место жительства в О., где работала участковым терапевтом, затем терапевтом в студенческой поликлинике. Муж старше пациентки на 18 лет, по характеру властный, «суровый», порою деспотичный. К моменту достижения дочерью 17-летнего возраста значительно повысил требования к ней: был очень строг, наказывал по мелочам, «морально унижал». Однажды применил к дочери физическое наказание, чему пациентка попыталась противодействовать, тогда муж ответил ей угрозами и впервые ударил её. После этой ссоры дочь сняла квартиру и ушла из дома. В день ухода дочери у пациентки впервые развился приступ с ощущением удушья, прилива жара к голове, с онемением конечностей, сердцебиением. Отношения мужа с дочерью не восстанавливались, а попытки больной указывать ему на несправедливое отношение к дочери заканчивались очередным скандалом. Обследуемая помогала дочери, не решалась на развод, так как зависела от мужа материально и «боялась одиночества», ежедневно после работы тайно от мужа навещала дочь, приносила ей продукты, оплачивала коммунальные услуги. На фоне эмоционального напряжения и после безрезультатных попыток примирить мужа и дочь вновь стали возникать приступы удушья, к которым присоединилась выраженная тревога за состояние своего здоровья, со страхом смерти, либо паралича вследствие инсульта; боялась развития приступа на улице, в транспорте. Продолжала работать, со своими профессиональными обязанностями справлялась. Однажды дочь из-за финансовых затруднений обратилась к матери с просьбой о возвращении в ее квартиру, на что муж отреагировал



негативно, поставив выбор между ним и дочерью. С этого времени у пациентки приступы участились и возникали уже практически ежедневно. По совету знакомого врача принимала феназепам, стала нарастать утомляемость, на фоне переживаний за дочь нарушился сон, снизился аппетит, была вынуждена сократить продолжительность рабочего дня. Несмотря на то, что дочь нашла выход из создавшейся ситуации (она приняла предложение о замужестве), приступы не прекратились. Кроме того, после вступления в брак дочь сообщила о решении переехать в С-рг на постоянное место жительства мужа и предложила матери уехать с ней. С этого момента ещё в большей степени выросла частота приступов до трёх-четырёх раз в сутки. Неоднократно после работы возвращалась домой в сопровождении дочери. После консультации психотерапевта поликлиники госпитализирована в отделение неврозов и психотерапии.

Психический статус: вступает в беседу с заметным волнением. Довольно подробно рассказывает о своих переживаниях, при затрагивании темы семейных отношений, обстоятельств возникновения приступов на глазах появляются слезы, которые пытается сдерживать, успокаивается самостоятельно. Эмоциональные реакции подвижны, с оттенком лабильности. Настроение снижено, отмечает приступы дискомфорта при общении с коллегами и с мужем, приступы «паники с потерей ориентировки в местах скопления народа», избегает поездок в общественном транспорте, большую часть пути на работу проходит пешком. Довольно чётко проводит параллели между возникновением приступов и конфликтами с мужем. Обращает внимание на то, что не может смириться с тем, что «самый близкий человек (дочь) собирается уехать от неё». В то же время замечает, что «муж даже слышать не хочет о переезде: так и сказал – либо я, либо дочь». Замечает, что стала реже выходить из дома: «только по необходимости», передвигается по улице либо в сопровождении мужа, либо дочери. Мышление в обычном темпе, последовательное, способна к выполнению абстрактно-логических операций, разграничениям и обобщениям на основе категориальных признаков. Память не нарушена. Бреда и галлюцинаций не обнаруживает.

Соматический статус: Гиперстенического телосложения. Кожный покров и видимые слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс -79 уд/мин., АД -110/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот округлой формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Неврологический статус: глазные щели равные, нистагмоз, ослаблена конвергенция. Рефлексы симметричные. Чувствительность не нарушена. Координаторные пробы удовлетворительные, тремор век. Тазовых нарушений нет. Заключение специалистов: терапевт: синдром вегетативной дистонии по смешанному типу; невролог: синдром вегетативной дистонии по смешанному типу с склонностью к синкопальным состояниям; окулист: миопия слабой степени обоих глаз, сосуды глазного дна не изменены; гинеколог: миома матки, эндометриоз матки.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: выявляется актуализированный внутриличностный конфликт с проблемой выбора между желаниями и чувством долга, моральной ответственностью. Актуализации данного конфликта способствовала стрессогенная ситуация, а также дисгармоничное сочетание в структуре личности черт демонстративного и психастенического радикала. Также имеет место патопротекторная структура антистрессовых механизмов (Эго-защиты: слабо дифференцирована, преобладает её регрессивная направленность, ведущие МПЗ -регрессия, реактивные образования, отрицание, подавление; копинги дезадаптивный в эмоциональной сфере (подавление эмоций) и относительно адаптивный – проблемный анализ – в поведенческой сфере). Психические процессы в обычном темпе. Мнестико-интеллектуальных нарушений не выявлено.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы, 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки

указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

**11. Основная часть.** Больной К., 23 года. До недавнего времени – практически здоров, закончил школу, прошел службу в Вооруженных Силах по призыву. После увольнения с военной службы вернулся домой, работает водителем. В прошлом году попал в дорожно-транспортное происшествие, имела место черепно-мозговая травма средней степени, лечился амбулаторно. В последующем беспокоили периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости, повышенная утомляемость, тем не менее успешно справлялся с производственными нагрузками, но к врачам не обращался.

Поводом для обращения за медицинской помощью явились жалобы, появившиеся на протяжении последнего месяца. Субъективно обратил внимание на непереносимость обычных звуковых раздражителей («прошу дома телевизор и радио сделать тише, все звуки кажутся чрезмерно громкими»), изменилось ощущение восприятия света («такое впечатление, что снег ослепляет, дома не могу смотреть на включенную настольную лампу»), раздражает прикосновение одежды к телу, обычная пища кажется «чрезмерно горячей». Критически оценивает свои жалобы, просит излечить его от «острой чувствительности».

**Вопрос:**

1. Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?

**Тестовые задания**

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

**12.** Назовите синдромы невротического уровня:

- a. Астенический
- b. Психоорганический
- c. Нарушения сознания
- d. Истерический
- e. Ипохондрический
- f. Обсессивно-фобический
- g. Параноидный
- h. Маниакальный

**13.** Триада основных компонентов аффективных синдромов включает в себя:

- a. Моторный
- b. Аффективный
- c. Сенсорный
- d. Галлюцинаторный
- e. Идеаторный
- f. Параноидный
- g. Астенический

**14.** Растерянность, недопонимание, недоосмысление, снижение синтетических способностей, выраженный астенический фон наблюдается при:

- a. Ипохондрическом синдроме
- b. Онейроиде
- c. Паранойальном синдроме
- d. Аменции
- e. Кататоническом возбуждении
- f. Нигде из перечисленных состояний

**15.** Астенический синдром при неврозе может проявляться в виде:



- a. Гипостенического и гиперстенического синдромов
- b. Гипостенического синдрома
- c. Гиперстенического синдрома

**16.** Ажитированная депрессия относится к группе аффективных синдромов

- a. Простых
- b. Сложных
- c. Смешанных

**17.** Аффективные синдромы доминируют в клинической картине:

- a. Психопатий
- b. Шизофрении
- c. Алкогольного делирия
- d. Аффективных расстройств
- e. Деменции

**18.** Депрессивный ступор встречается при:

- a. Невротической депрессии
- b. Аффективных расстройствах
- c. Патохарактерологических реакциях
- d. Расстройствах личности
- e. Обсессивно-компульсивных расстройствах

**19.** Триада основных компонентов аффективных синдромов включает в себя:

- a. Моторный
- b. Сенсорный
- c. Галлюцинаторный
- d. Идеаторный
- e. Аффективный
- f. Параноидный
- g. Астенический

**20.** На прием пришли мальчик 12 лет и его мать. Жалобы: затруднение контакта со сверстниками. В 3, 5 года после помещения в д/сад при обращении к нему заикался, не разговаривал с детьми. О каком нарушении идет речь?

- a. Психоз
- b. Умственное недоразвитие
- c. Селективный мутизм (невротическое расстройство)
- d. Аффективная патология

**Тема 2.5. Галлюцинаторно-бредовые синдромы. Кататонический и гебефренический синдромы.**

#### **Тестовые задания**

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

**1.** Паранойяльный синдром относится к группе синдромов:

- a. Аффективных
- b. Галлюцинаторно-бредовых
- c. Нарушенного сознания
- d. Невротических
- e. Астенических

2. Интерпретативный систематизированный паралогичный бред определяет синдром:
  - a. Психического автоматизма
  - b. Парафренный
  - c. Паранойяльный
  - d. Корсаковский
  - e. Делириозный
  
3. Манерно-дурашливое поведение, безмотивные действия, мория определяют синдром:
  - a. Истерический
  - b. Гебефренический
  - c. Маниакальный
  - d. Кататонический
  - e. Паранойяльный
  
4. Выделяются следующие варианты кататонического ступора:
  - a. Растерянно-патетический
  - b. С негативизмом
  - c. С «восковой гибкостью»
  - d. Импульсивный
  - e. Немой
  - f. Кататоно-гебефренный
  
5. Гебефренический синдром встречается при:
  - a. Аффективных расстройствах
  - b. Расстройствах личности
  - c. Умственной отсталости
  - d. Шизофрении
  - e. Невротических расстройствах
  - f. Алкоголизме
  
6. Гебефренический синдром характеризуется:
  - a. Галлюцинациями
  - b. Манерно-дурашливым поведением
  - c. Навязчивостями
  - d. Сенсопатиями
  - e. Безмотивными действиями
  - f. Морией
  - g. Депрессией
  
7. Кататонический ступор наблюдается при:
  - a. Невротических расстройствах
  - b. Умственной отсталости
  - c. Шизофрении
  - d. Аффективных расстройствах
  - e. Расстройствах личности

### **Контрольные вопросы**

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

8. Чем проявляется гебефреническое возбуждение?
9. Особенности аффективного фона при гебефрении, двигательные-волевые нарушения при гебефрении.
10. Что относят к депрессивному бреду?



11. Что характерно для резидуального бреда?
12. Что характерно для бреда метаморфозы, бреда инсценировки?
13. Виды психических автоматизмов.
14. Чем характеризуются бредовые идеи?
15. Чем характеризуется интерпретативный бред (бред толкования)?

### Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

**16. Основная часть.** Больной С., 59 лет, находится в психиатрическом стационаре в связи со стойким снижением умственных способностей. Из анамнеза известно, что С. в прошлом высокообразованный и интеллигентный человек. Мать больного страдала маниакально-депрессивным психозом, что проявлялось в периодически возникающих депрессивных настроениях с суицидальными тенденциями. Сам С. всегда отличался подвижным характером и хорошо развитыми организаторскими способностями. С отличием окончил политехнический институт, в юности был редактором студенческой газеты.

Последние несколько лет наблюдается снижение интеллекта, «уплощение» юмора, мнестические нарушения. В настоящее время у С. наряду с полным отсутствием критической оценки своего состояния нарушена способность приобретать знания и навыки. Не понимает смысла предлагаемых пословиц и поговорок. Суждения и умозаключения непоследовательны, поверхностны, память грубо нарушена: не помнит дат своей жизни, известных исторических событий. При этом наблюдается расторможение инстинктивных влечений: больной ходит голым по палате, цинично пристаёт с сексуальными притязаниями к медперсоналу, ест руками, не стесняется доедать за другими больными.

При исследовании компьютерной томографией обнаружилась обширная атрофия коры головного мозга.

#### Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**17. Основная часть.** Больной Ш., 26 лет, инженер. Заболевание началось довольно остро. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свои рубашки и носовые платки. В отделении психиатрической больницы напряжен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену какие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недоверчиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует выписки. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, больных - за артистов русского народного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!» В словах окружающих слышит «намёки», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка – дорога на кладбище («Это значит - скоро умру!»); олени, изображенные на картине, означают «лень» - следовательно его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом.

#### Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром

**18. Основная часть.** Больной Б., 50 лет. В отделении психиатрического стационара держится самоуверенно, говорит с апломбом, гневлив, бывает агрессивен. Себя называет «фельдмаршалом», «властителем Мира». Слышит «голоса», доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что он свободно может переноситься на Луну, Юпитер, другие планеты, откуда он управляет Вселенной, движением небесных тел. Часто ощущает запах бензина, спирта, которые ему «подпускают в нос с помощью особой техники». При этом

раздражается, требует, чтобы «немедленно прекратили это безобразие». Чувствует, как с помощью аппарата на него действуют «протонами», создают «превратные мысли», «наматывают на мозг», из Лондона действуют с помощью «электронов». При закрытых глазах видит различных животных – рака, скорпиона и т. п. Требует немедленной выписки; хочет ехать в Москву, где ему «дадут столько денег, сколько он захочет». Вместе с тем, при беседе на отвлеченные темы обнаруживает достаточную рассудительность, дает меткие оценки своим сотрудникам, больным в отделении, хорошо разбирается в существе текущих политических событий и т. п.

**Вопросы:**

1. Определите ведущие симптомы.
2. Назовите синдром.

**19. Основная часть.** В психиатрическое отделение была доставлена гражданка В., 27 лет, после того как она пыталась выброситься из окна. Позже С. объяснила свой поступок тем, что это не она стремилась совершить суицидную попытку, а ее «принуждали» к этому: «двигали» ее ногами, «открывали» окно ее руками и ее «действиями» хотели ее выбросить. Кроме того, С. заявила, что ей «подсовывают» мысли в голову, «управляют» ее настроением, чувствами тепла и холода, голода и сытости и т. д. Помимо этого в голове «звучат» голоса, чаще неопределенного характера, которые комментируют все ее действия. Больная уверена, что эти голоса – тоже «дело рук» тех, кто так ловко ею «манипулирует», «они» ее полностью подчинили и теперь «используют» в своих целях. С. также утверждает, что обладает способностью узнавать мысли окружающих, правда и сама она полностью «открыта», поэтому ее мысли известны всем вокруг.

В анамнезе у больной неоднократные обращения к психиатру по поводу обсессивно-фобического невроза. Кроме того, отец С. стоял на учете в психоневрологическом диспансере с диагнозом «патологическое развитие личности», поставленном ему при комиссации из рядов ВС в период прохождения срочной службы.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**20. Основная часть.** Больная К., 17 лет. Болеет с подросткового возраста. Неоднократно лечилась в психиатрической больнице. Данное поступление вновь связано с неправильным поведением, расторможенностью. В отделении больная в присутствии других людей и, особенно врачей мужского пола, ложится в кровать, задирает халат, голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? У меня попка хорошая... Пусть ее все видят!». Постоянно гримасничает, морщит лоб, закрывает глаза, хмурит брови. Внезапно, без видимой причины, раздражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные ими продукты тут же съедает, кроме того, пытается выхватить пищу у других больных.

При беседе с врачом неоткровенна, на вопросы отвечает формально и уклончиво. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационарирования. Не беспокоится из-за прерывания учебы в колледже: «Ничего нет особенного. Все равно переведут на другой курс». При свидании с родственниками не проявляет никакой радости.

**Вопросы:**

1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром

**Тема 2.6. Синдромы нарушения сознания, судорожный синдром.**



## Контрольные вопросы

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

1. Критерии помрачения сознания Ясперса.
2. Особенности ориентировки при разных видах помрачения сознания.
3. Диффдиагностика делирия и онейроида.
4. Отличия истинного (эндогенного) онейроида от экзогенно-органического онейроида.
5. Диффдиагностика аменции и сумеречного помрачения сознания.
6. Виды припадков.

## Ситуационные задачи

**7. Основная часть.** Больной М., 36 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Мать больного 72 лет, здорова, по характеру добрая, покладистая Отец погиб на войне. Старшая сестра больного здорова. Больной родился от первой беременности в срок. Роды были затяжные, с наложением акушерских щипцов. Раннее детство без особенностей. От сверстников в развитии не отставал, однако был несколько вялым, пассивным, часто наблюдалась рвота. Посещал дошкольные учреждения. Учился ровно по всем предметам. С товарищами был общителен, дружелюбен. Из заболеваний в детском возрасте отмечаются детские инфекции, до 13 лет страдал ночным энурезом, во сне был беспокоен, часто просыпался. В дальнейшем эти явления исчезли. После окончания начальной средней школы работал токарем. К работе относился серьезно, замечаний и взысканий не имел. От службы в армии освобожден в связи с появлением судорожных припадков. Окончил вечерний техникум при заводе. С 21 года работал мастером. Всегда был старательным и добросовестным. Алкогольные напитки не употребляет, следуя рекомендациям врачей. В возрасте 30 лет установлена II группа инвалидности по психическому заболеванию. Не работает.

В 18 лет впервые возник большой судорожный припадок, когда, по рассказам коллег, по дороге с работы внезапно упал, начались судороги во всем теле, сопровождавшиеся мочеиспусканием и дефекацией. В дальнейшем припадки повторялись 1-2 раза в полгода,

В возрасте 22 лет припадки участились и стали ежемесячными. Лечился амбулаторно. Пароксизмы стали редкими (1-2 раза в год), но родные стали отмечать периодически возникающие расстройства сознания, во время которых больной на несколько секунд прерывал начатое действие, совершал бесцельные движения руками, а затем, как бы очнувшись, продолжал начатое. Подобные явления отмечались 2-3 раза в неделю.

С 28 лет у больного появились головные боли. Стал медлителен. Перешел на работу в отдел кадров. Был старательным, требовательным к сотрудникам. Участились головные боли. Стал конфликтовать с женой и дочерью. На работе был медлителен, болезненно реагировал на замечания в свой адрес, стали возникать конфликты с сослуживцами. В 32-летнем возрасте в связи с заметным снижением профессионального уровня и значительными изменениями личности установлена II группа инвалидности. Неоднократно лечился в различных психиатрических больницах. В настоящее время не работает, примерно 1 раз в неделю бывают пароксизмы по типу амбулаторного автоматизма.

Психическое состояние: больной ориентирован в месте, собственной личности, однако затрудняется назвать точную дату, хотя правильно называет месяц и год. Контактен. На вопросы отвечает развернуто, обстоятельно, не всегда по существу, самостоятельно переключается на описание своих расстройств. Речь больного замедленна, монотонна, весьма многословна, однако словарный запас ограничен. Он опрятен, поза несколько скованная.

Больной жалуется на периоды потери сознания и непроизвольные движения во время этого с полной амнезией в последующем, головные боли, слабость. Галлюцинаторные и бредовые расстройства отсутствуют. Все внимание больного сосредоточено на собственном заболевании. В значительной степени изменена память. Настроение подвержено колебаниям. На фоне благодушия и благожелательности часто возникают приступы раздражительности. Конфликтует с персоналом и больными по поводу соблюдения режима. Злопамятен. Критического отношения к своему состоянию нет. Основной целью жизни считает заботу о

собственном здоровье.

При электроэнцефалографическом исследовании установлены признаки очаговой билатеральной пароксизмальной активности, явления ареактивности и десинхронизации.

На рентгенограммах черепа патологических изменений нет.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Укажите принципы лечения

**Тестовые задания**

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

**8. Автоматизм амбулаторный:**

a. Состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема (введения) веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами

b. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность.

c. Потеря способности запоминать текущие события

d. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций

e. Помрачение сознания без бреда, галлюцинаций и выраженных аффективных расстройств, проявляющееся блужданием с внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных действий и последующей амнезией

**9. Аффект патологический:**

a. Кратковременное состояние, возникающее в ответ на интенсивную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, помрачением сознания и искаженным восприятием окружающего, за чем следует общая расслабленность, безразличие и часто глубокий сон; сопровождается частичной или полной ретроградной амнезией

b. Кратковременное состояние, возникающее в ответ на интенсивную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом на фоне аффектогенного сужения сознания, за чем следует общая расслабленность, безразличие; не сопровождается амнезией

c. Внезапно возникающее, обычно кратковременное состояние, характеризующееся глубокой дезориентировкой в окружающем, часто сопровождающееся галлюцинозом, острым образным бредом, аффектом тоски, злобы и страха, неправильным поведением

d. Ощущение облегчения, иногда опустошенности, наступающее в результате вызванных аффектом действий

e. Необоснованное, чрезмерное преувеличение своих духовных и физических сил, социального положения и связанных с этим возможностей

**10. К синдромам помрачения сознания относятся:**

- a. Галлюциноз
- b. Сумеречное нарушение сознания
- c. Психоорганический синдром
- d. Аменция
- e. Депрессивный синдром
- f. Делирий
- g. Деперсонализация
- h. Онейроид

**11 Обнубиляция -это:**

- a. Ослабление, вплоть до полного исчезновения различий между "я" и "не я", между



- миром внутренним и внешним, между реальностью и образом, созданным аутистическим миром больного
- b. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения
  - c. Исчезновение ощущения течения времени, его непрерывности и последовательности. Время для больного может идти необычно медленно или быстро
  - d. Нарушение осознания себя как единого целого, сопровождающееся переживанием внутреннего распада, раздвоения, паническим страхом
- 12** Обнубиляция относится к синдромам:
- a. Помрачения сознания
  - b. Нарушения самосознания
  - c. Галлюцинаторно-бредовым
  - d. Выключения сознания
  - e. Аффективным
- 13.** Отсутствие словесного контакта и рефлексов характерны для:
- a. Сопора
  - b. Оглушенности
  - c. Комы
  - d. Ступора
- 14.** Сумеречное помрачение сознания характерно для:
- a. Шизофрении
  - b. Аффективных расстройств
  - c. Эпилепсии
  - d. Расстройств личности
  - e. Алкоголизма
- 15.** Для аменции характерно:
- a. Пароксизмальность возникновения и окончания
  - b. Наличие длительных истощающих соматических заболеваний
  - c. Развернутые галлюцинаторно-бредовые переживания
  - d. Аффект недоумения, растерянности
  - e. Полная амнезия пережитого
  - f. Эйфория
  - g. Наличие психических автоматизмов
- 16.** Дерезализация характеризуется:
- a. Нарушением ориентировки в месте и времени
  - b. Искаженным восприятием окружающей реальности
  - c. Галлюцинациями
  - d. Мнестическими расстройствами
  - e. Эйфорией

#### **Ситуационные задачи**

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5

**17. Основная часть.** Больной О., 50 лет, директор торгового предприятия. Жалобы: на прерывистый, поверхностный сон, сопровождающийся кошмарными сновидениями, чувство тревоги, тремор рук и всего тела, устрашающие зрительные видения в виде преследующих его людей со страшными лицами, угрожающие голоса. Со слов жены наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Образование

высшее, окончил гуманитарный институт. Алкоголь употребляет с 18 лет – вначале легкие спиртные напитки, к 25 годам употреблял преимущественно крепкие. Длительное время употреблял алкоголь 2-3 раза в неделю, без очевидных признаков похмелья. Дозы могли быть различными, в зависимости от ситуации. Отмечает, что всегда хорошо переносил алкоголь. В возрасте 42 лет начались трудности экономического и социального характера. По не зависящим от больного обстоятельствам, вынужден был менять место работы. На фоне психогенных нагрузок стал употреблять алкоголь практически ежедневно. Спустя два года сформировался абстинентный синдром. Вынужден похмеляться, «иначе не работоспособен». Толерантность до 1, 5 л водки в сутки. Высокая толерантность сохраняется в настоящее время. Последние три года отмечаются амнестические формы опьянения. В настоящее время употребление алкоголя ежедневное, перемежающееся от 0, 2 до 1, 5 л в сутки. Имеют место периоды до трех недель резкого увеличения потребления алкоголя (по выражению жены «запой»), после чего количество выпиваемого в день несколько снижается. Последний «запой» на протяжении двух недель. Состояние резко изменилось накануне вечером, когда на фоне бессонницы стала нарастать тревога. Быстро и пугливо озирался на обращенную речь и любой внезапный звуковой раздражитель. Наблюдались двигательное беспокойство, возбуждение. Отмечались выраженный тремор, озноб, гипергидроз. Больной в страхе прятался под кровать, спорил с несуществующими людьми. Сообщил, что «слышит голоса». Утром случился судорожный припадок эпилептиформного типа. Доставлен машиной скорой помощи в клинику.

При осмотре: состояние средней тяжести. Запах алкоголя изо рта. Лицо с трех-пятидневной щетиной, отечно, кожа и склеры гиперемированы. Температура тела 37, 3 град. С. Пульс 110 уд/мин., ритмичный. АД 160/100. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Дыхание везикулярное, частое. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Отсутствие мочи на протяжении 12 часов. Зрачки одинаковой формы, расширены. Легкий горизонтальный нистагм. Мышечный тонус повышен. Сухожильные рефлексы вялые. Сознание помрачено. Оглушен. Растерян, с выражением страха на лице, пугливо озирается по сторонам. Дезориентирован во времени: не может назвать, день и время суток. При настойчивом обращении удается временно установить контакт. Выраженный тремор верхних конечностей. Обильный гипергидроз. Речь смазана, неразборчива. Во время беседы постоянно вскакивает, движения плохо координированы, беспорядочны, хаотичны. Нецензурно бранится, спорит с «голосами». Положительный симптом Липпмана.

#### **Вопросы:**

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

**18. Основная часть.** Дежурный психиатр был вызван ночью в инфекционное отделение на консультацию больного сыпным тифом, обращавшегося ранее к психиатру по поводу умеренно выраженного невротического расстройства. Со слов медперсонала, последние 2-3 ночи больной практически не спит, выглядит встревоженным, вздрагивает от малейшего шума, пугается тени. Просит не выключать на ночь свет, боится оставаться в одиночестве. Накануне вечером больной стал возбужденным, активно стряхивал с себя воображаемых «насекомых», затем стал сооружать плот из подушек и одеял, утверждая, что надо спастись от наводнения. Позже пытался развести костер в палате, чтобы «головешками отгонять притаившихся по углам зверей».

На момент осмотра встревожен, напряжен. В контакт вступает с трудом, в месте и времени дезориентирован, однако собственное имя называет правильно. Постоянно вскакивает, размахивает руками. Речь невнятная, плохо артикулированная, обращается к воображаемым собеседникам. Внимание неустойчивое, быстро истощаемое. Громким окликом удается отвлечь от галлюцинаторного созерцания, получить один-два правильных ответа, но меньше, чем через



минутой контакт снова становится невозможным, в связи с чем более детально оценить психические функции больного не удалось.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**19.** Больной П., 40 лет. Образование высшее. Жалобы на пароксизмы с потерей сознания, сопровождающиеся причмокиванием, снижение памяти. Частота – 1 раз в месяц, продолжительность – 1-2 мин. Считает себя больным с 37 лет, когда после перенесенного токсического гриппа возникли пароксизмы с потерей сознания и причмокиванием. После них ощущал сладкий вкус, как после приема сладкой пищи. В анамнезе грипп, паротит, воспаление легких. Наследственность здоровая.

Объективно: со стороны соматического состояния патологических изменений не обнаружено. Неврологическое обследование патологии не выявило. Психических отклонений от нормы не имеется.

КГ: признаки гипертензии отсутствуют. Турецкое седло с ровными контурами. Частичное обызвествление.

ПЭГ: давление ликвора в положении сидя 410 мм вод. ст., воздух заполнил ликворосодержащие пути. Топография и размеры желудочков не изменены. В щелях субарахноидального пространства головного мозга мало воздуха, заполнившиеся щели не изменены. Цистерны основания не расширены.

ЭЭГ: фоновая активность во всех областях коры головного мозга представлена достаточно выраженными, с отчетливыми региональными отличиями альфа ритмом частотой 9, 5-10 кол/с и амплитудой 15-20 мкВ, беспорядочными полиморфными медленными тета-и дельта волнами умеренной амплитуды и низко амплитудными быстрыми бета-и сигма колебаниями. Быстрые колебания чаще в правой височной области. Иногда отчетливо прослеживается небольшое преобладание медленных волн по длительности и амплитуде в областях правого полушария, более выраженное в теменной, нижней теменной и височной областях. Эпизодически регистрируются генерализованные периоды резкого подавления альфа активности и замены ее на беспорядочные полиморфные медленные и быстрые колебания, а также генерализованные билатерально синхронные вспышки медленных волн повышенной амплитуды, иногда с небольшим правосторонним акцентом. Выявляются умеренно диффузные изменения электрической активности коры головного мозга с небольшим акцентом в областях правого полушария. Признаки заинтересованности срединных отделов. Четких эпилептиформных комплексов и пароксизмов не зарегистрировано, однако отмеченные внезапные изменения фоновой активности свидетельствуют о склонности к резким изменениям функционального состояния головного мозга.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Рекомендации по лечению.

### **Раздел 3. Частная психиатрия**

#### **Тема 3.1. Нозологические классификации психических заболеваний**

##### **Контрольные вопросы**

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

1. Какие признаки являются классифицирующими в этиопатогенетической классификации психических заболеваний?
2. В чем разница классификаций МКБ-10 и DSM-5?

3. Современные нозологические классификации психических заболеваний, принятые в РФ и за рубежом.
4. Особенности национальной классификации психических расстройств.
5. Международная классификация болезней (10 пересмотр) классификация психических и поведенческих расстройств.
6. Многоосевые систематики в психиатрии.

### **Тестовые задания**

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

7. Общая психиатрия является:
  - a. Разделом физиологии высшей нервной деятельности
  - b. Разделом общей патологии
  - c. Разделом медицинской психологии
  - d. Самостоятельной философской дисциплиной
  
8. Общая психопатология является:
  - a. Самостоятельным разделом клинической психиатрии
  - b. Включает в себя раздел «Общая психиатрия»
  - c. Частью раздела «Общая психиатрия»
  - d. Частью медицинской психологии
  
9. В настоящее время в России здравоохранение относится к системе:
  - a. Государственной
  - b. Бюджетно-страховой
  - c. Страховой
  - d. Добровольной
  
10. Единицей наблюдения при изучении общей заболеваемости населения является:
  - a. Посещение больного по поводу заболевания
  - b. Каждое заболевание, зарегистрированное при медицинском осмотре
  - c. Первичное обращение больного по поводу заболевания
  - d. Больной, впервые обратившийся по поводу заболевания
  - e. Первичное обращение больного по поводу обострения хронического заболевания
  
11. Каковы терминологические отличия новой формулы медицинского критерия недееспособности от старой:
  - a. Определение «душевная болезнь или слабоумие» изменено на единый термин «психическое расстройство»
  - b. Стали разграничиваться хроническое и временное психическое расстройство
  - c. Термин «психоз» изменен на термин «расстройство»
  - d. В формулу введено «иное болезненное состояние»
  - e. Нет терминологических отличий
  
12. Основанием для госпитализации пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке является его тяжелое психическое состояние, которое обуславливает:
  - a. Его непосредственную опасность для себя или окружающих
  - b. Его непосредственную опасность для себя
  - c. Его непосредственную опасность для окружающих
  - d. Его беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности



е. Существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи

**13.** Право на отказ от лечения психических расстройств имеют:

- а. Все лица без исключения
- б. Все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера, а также тех, кто госпитализируется в недобровольном порядке
- в. Только лица, не состоящие под диспансерным наблюдением
- г. Только госпитализированные в недобровольном порядке
- е. Все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера

### Ситуационные задачи

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

**14. Основная часть.** Пациент, 18 лет. Согласно анамнезу: отец больного страдал алкоголизмом. По словам матери, с раннего детства отставал в психомоторном развитии - только к 3, 5 годам начал ходить и говорить. Перенес: корь, скарлатину, до 17 лет страдал ночным энурезом. В школу пошел с 8 лет, два года учился в 1 классе, но не смог усвоить программу. Был переведен в коррекционную школу, с трудом окончил 6 классов. Профессии приобрести не смог. Работал на стройке разнорабочим, иногда помогал в домашнем хозяйстве.

Мать пациента жалуется на плохую сообразительность сына, инертность. При осмотре: пациент не может назвать текущего года, путает месяцы, вообще не знает сколько в году месяцев, путает их названия. Устный счет производит по пальцам, с ошибками. Читает по слогам медленно, многосложные слова произносит неправильно. Пишет только простые слова и только печатными буквами. После того, как врач дважды прочитал ему басню "Лиса и Журавль", не смог передать ее содержание, не понял смысла. Не может

Формы текущего контроля успеваемости: оценка уровня сформированности компетенций осуществляется на клинических практических занятиях по результатам собеседования по контрольным вопросам, решения ситуационных задач, тестирования, написание психического статуса пациента психиатрического профиля. Оценка самостоятельной работы студента проводится по результатам тестирования, выполненного на

ЭИОП elearning. volgmed. ru. Результаты выше обозначенных форм текущего контроля успеваемости отражаются в журнале академической успеваемости групп.

перечислить стороны света, из городов знает только Москву. Запас слов мал. Интересы к чему-либо не проявляет, бродит без дела по отделению, много смеется, иногда листает журнал и рассматривает картинки. В соматическом состоянии отклонений не выявлено. При экспериментально-психологическом исследовании: IQ = 52.

Вопросы к задаче:

1. Перечислите симптомы, описанные в задаче.
2. Укажите ведущий психопатологический синдром.
3. Установите и обоснуйте диагноз.

**15. Основная часть.** Пациентка, 23 года, студентка педагогического института. По характеру застенчивая, обидчивая, любит уединение. Учится хорошо; много занимается. Живет на частной квартире с хозяйкой. В течение последних 2-х месяцев у девушки конфликт с хозяйкой: та обвинила ее в краже денег. Пациентка чувствовала себя оскорбленной, хотела уйти на другую квартиру, но побоялась, что уход будет расценен как бегство и признание в воровстве; отношения усложнились, не разговаривала с хозяйкой. В тоже время много занималась в связи с экзаменами, не досыпала, плохо питалась. Накануне последнего экзамена совсем не спала, пошла сдавать экзамен с сильной головной болью. Взяв билет, решила, что ничего не знает, отвечать отказалась. Дома испытывала общее недомогание, усталость. Не

давали покоя мысли о тяжелой болезни сердца, часто щупала пульс: казалось, что сердце останавливается. Несколько дней лежала в постели, думала о болезни, отмечалась бессонница. Терапевтом направлена в психоневрологический диспансер. На приеме у врача-психиатра: правильно ориентирована, подробно рассказывает о своей болезни. Переживает, что не сдала экзамен; боится, что не сможет больше учиться. Жалуется, что при чтении книг не может сосредоточиться, не может переносить яркого света в комнате, звуков телевизора, при занятиях быстро устает. Все время говорит о болезни сердца, щупает у себя пульс. Предъявляет жалобы на нарушение сна, снижение аппетита, плаксивость и раздражительность. В соматическом состоянии отклонений не выявлено.

Вопросы к задаче:

1. Перечислите симптомы, описанные в задаче.
2. Укажите ведущий психопатологический синдром, особенности личности пациента.
3. Предположите диагноз.
4. Особенности взаимодействия с пациентом.
5. Ваши рекомендации.

### **Тема 3.2. Органические и симптоматические психические расстройства**

#### **Контрольные вопросы**

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

1. Сенильная деменция (старческое слабоумие). Болезнь Альцгеймера. Болезнь Пика. Хорея Гентингтона. Болезнь Паркинсона.
2. Основные симптомы сенильной деменции.
3. Дифференциальная диагностика болезни Альцгеймера и болезни Пика.
4. Основные симптомы болезни Паркинсона.
5. Клиническая характеристика хореи Гентингтона.
6. Общая клиническая характеристика сосудистых заболеваний головного мозга.
7. Классификации сосудистых заболеваний головного мозга по МКБ-10.
8. Клиническая динамика сосудистых заболеваний головного мозга.
9. Особенности личностных изменений у больных атеросклерозом сосудов головного мозга.

#### **Тестовые задания**

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

**10.** Апрозексия – это:

- a. Неспособность к длительному сосредоточению
- b. Полное отсутствие («выпадение») внимания
- c. Повышенная переключаемость внимания
- d. Сужение «поля внимания»

**11.** Обстоятельность является:

- a. нарушением уровня обобщения
- b. нарушением процесса обобщения
- c. мотивационным нарушением мышления
- d. динамическим нарушением мышления
- e. нарушением логики суждений

**12.** Амнезия антероградная:

- a. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
- b. Выпадение из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию или другим психическим расстройствам



- c. Утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, вначале на время, затем на недавние события, позднее и на давно прошедшее. При этом вначале забываются факты, затем чувства, последней разрушается память привычек
- d. Потеря способности запоминать текущие события
- e. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, как непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию (или другому расстройству психики), так и после него

**13. Астазия-абазия:**

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

**14. Выраженные расстройства памяти характерны для:**

- a. Маниакально-депрессивного психоза
- b. Расстройств личности
- c. Невротических расстройств
- d. Шизофрении
- e. Органического поражения головного мозга с психическими нарушениями

**15. Закон Рибо – это:**

- a. Застойность, малая подвижность, замедленность смены психических процессов
- b. Искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными
- c. Принцип наследования эндогенных психозов, которые являются полигенно детерминированными наследственными болезнями и не подчиняются основным законам Менделя
- d. Закономерность развития амнезии, «закон обратного хода памяти». Утрата материала памяти происходит в последовательности, обратной ее накоплению
- e. Патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением черт, присущих детскому или подростковому возрасту

**16. Нарастающие расстройства памяти наблюдаются при:**

- a. Невротических расстройств
- b. Аффективных расстройств
- c. Реактивных психозах
- d. Расстройствах личности
- e. Шизофрении
- f. Органическом поражении головного мозга

**17. Пожилые люди:**

- a. Обладают лучшей, чем у молодых, памятью на давние события
- b. Сохраняют способность очень легко организовывать запоминаемый материал
- c. Легче вспоминают что-то, чем узнают

d. Все ответы неверны: Обладают лучшей, чем у молодых, памятью на давние события; Сохраняют способность очень легко организовывать запоминаемый материал; Легче вспоминают что-то, чем узнают.

**18. Растерянность (аффект недоумения) – это:**

- a. Чрезмерная подвижность внимания, постоянный переход от одного объекта и вида деятельности к другому
- b. Расстройства восприятия в виде ощущений и образов непроизвольно возникающих без реального раздражителя (объекта)
- c. Нарушение внутренних логических связей, соединение разнородных, не связанных по смыслу элементов или разрыв цельности мыслей и цепи ассоциаций с неологизмами. При внешней упорядоченности речь лишена содержания
- d. Неистовое возбуждение, внезапно сменяющееся заторможенностью или ступор
- e. Мучительное непонимание больным своего состояния, которое осознается как необычное, необъяснимое

### **Ситуационные задачи**

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

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

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

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

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

#### **Вопросы:**

1. Ваше представление о больном?



2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

**20. Основная часть.** Больной М. Поступил в многопрофильную клинику с подозрением на опухоль головного мозга. В день поступления жалобы не предъявляет, безучастно лежит в постели с отрешенным видом, на вопросы отвечает односложно, после нескольких повторений вопроса, в основном фразами «Да» или «Нет». К контактам не стремится, к окружающему безразличен. Правильно называет свою фамилию, имя и отчество. Назвать сегодняшнее число и день недели затрудняется. К вечеру перестал отвечать на вопросы, реагировал на обращение к нему и выполнял простейшие команды (открыть глаза, высунуть язык).

На следующий день в контакт не вступает, на обращение к нему не реагирует. В ответ на болевое раздражение морщится и отводит руку. Сухожильные и корнеальные рефлексы сохранены.

На третий день лежит в постели, в контакт не вступает, на болевые раздражители не реагирует, сухожильные и корнеальные рефлексы не вызываются.

**Вопросы:**

1. Какие синдромы наблюдались у пациента в 1, 2 и 3 день поступления в госпиталь?
2. К какой группе синдромов они относятся?

**21. Основная часть.** Больная С., 60 лет, пенсионерка. Около 5 лет тому назад однажды поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей. Появился страх, не могла оставаться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор, в течении 5 лет, почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выброситься из окна, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стены, из-за окна, и воспринимаются больной как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одними и теми же модуляциями голоса. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт с ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усилении голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может им помочь. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Охотно соглашается, что голоса эти имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить.

**Вопрос:**

1. Определите ведущие симптомы
2. Назовите синдром

**22. Основная часть.** Больной Н., 32 года, преподаватель физкультуры, с высшим образованием. До травмы – физически и психически полноценный человек. 3 года назад упал во время упражнения вниз головой. Долго был без сознания. Лежал несколько месяцев в психиатрической больнице (возбуждение с нарушением сознания). При выписке получил инвалидность I группы. Ничего не помнил о случившемся, перестал работать по специальности, стал апатичным, беспомощным. В последнее время устроился на работу грузчиком. На работу водила жена: сам не мог найти дорогу, изредка бывали состояния возбуждения, сопровождающиеся бессмысленным разрушением вещей и агрессией; после ничего не помнил о случившемся.

Физически крепкий, прекрасно сложенный, с развитой мускулатурой. Охотно занимается простым физическим трудом; инициативы не проявляет; делает, что прикажут. Предоставленный самому себе, молчалив, апатичен. На работе неуютим. Никаких жалоб на головные боли, головокружение и пр. не высказывает. Вегетативные и вазомоторные

нарушения не наблюдаются. Отмечается нерезко выраженный окулостагический феномен. Охотно делает стойку, может долго стоять на руках без всякой вазомоторной реакции. Имеет несколько растерянный вид, не сразу понимает вопросы. Отвечает односложно, короткими фразами, не всегда грамматически правильными. Слова выговаривает отчетливо; повторяет слова правильно. Названий некоторых предметов не помнит. Считает очень плохо – в пределах первого десятка. Пишет короткими фразами, читает медленно. В месте приблизительно ориентируется, во времени не ориентирован. Тяжелое поражение памяти: не помнит ни ближайших, ни отдаленных событий и дат, не помнит, когда получил травму, давно ли не работает по специальности; не помнит имен близких людей. Запоминание нового особенно нарушено. Внимание фиксируется с трудом. Сообразительность резко снижена. К абстрактному мышлению совершенно не способен. Эмоционально в известной мере сохранен; стремится домой. На вопросы о физическом состоянии всегда отвечает, что чувствует себя хорошо, но если в разговоре подчеркнуть его недостатки (неспособность к счету и т. д.), то на глазах появляются слезы. В спинномозговой жидкости 0,5‰ белка.

**Вопрос:**

1. Укажите ведущий синдром.
2. Ваш диагноз?

**Тема 3.3. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра**

**Контрольные вопросы**

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

1. Отличие взглядов на шизофрению Э. Крепелина и Е. Блейлера.
2. Основные этиологические концепции шизофрении.
3. Характеристика продуктивных и негативных синдромов при шизофрении.
4. Клинические классификации шизофрении, принятые в РФ и за рубежом. Формы шизофрении: простая, параноидная, кататоническая, гебефреническая.
5. Клиника параноидной формы шизофрении.
6. Клиника простой формы шизофрении.
7. Типы течения шизофрении: непрерывно-прогредиентная, приступообразно-прогредиентная, рекуррентная, злокачественная.
8. Понятие «шизотипии» в психиатрии.
9. Клинические особенности шизотипических расстройств.
10. Клинические разновидности шизоаффективных психозов.

**Тестовые задания**

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

11. Основными клиническими вариантами малопрогрессирующей /вялотекущей/ шизофрении являются: малопрогрессирующая шизофрения с явлениями деперсонализации (1); малопрогрессирующая шизофрения с явлениями навязчивости (2); ипохондрическая шизофрения (3); галлюцинаторно-параноидный вариант (4); бедная симптомами шизофрения (5); малопрогрессирующая шизофрения с истерическими проявлениями (6). Выберите правильное сочетание

- a. 1, 2, 3, 4, 5
- b. 1, 2, 3, 5, 6
- c. 1, 2, 4, 5, 6

12. Основными клиническими вариантами малопрогрессирующей (вялотекущей) шизофрении являются: малопрогрессирующая шизофрения с явлениями навязчивости (1); Галлюцинаторно-параноидный вариант (2); кататонический тип (3); малопрогрессирующая шизофрения с



явлениями деперсонализации (4); ипохондрическая шизофрения (5); малопрогрессирующая шизофрения с истерическими проявлениями (6); бедная симптомами шизофрения (7)

Выберите правильное сочетание

- a. 1, 3, 4, 5, 6
- b. 1, 2, 3, 4, 5
- c. **1, 4, 5, 6, 7**

**13.** Резонерство, разноплановость и разорванность мышления характерны для:

- a. Психопатий
- b. Маниакально-депрессивного психоза
- c. Эпилепсии
- d. Невротических состояний
- e. Шизофрении
- f. Олигофрении

**14.** Абулия характерна для:

- a. Психопатий
- b. Шизофреническом дефекте
- c. Алкогольных психозов
- d. Органического поражения лобных долей головного мозга
- e. Циклофрении

**15.** Бессвязность (инкогеренция) мышления – это:

- a. Утрата способности к образованию ассоциативных связей, отражению действительности в ее связях и отношениях
- b. Непроизвольно возникающий, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний
- c. Затрудненность последовательного течения мыслей, сопровождаемая замедленностью, крайней тягучестью
- d. Неточность, нецеленаправленность мышления, не сопровождающаяся, однако, ускорением течения ассоциаций
- e. Неожиданная остановка, перерыв мысли, ее внезапная блокада

### Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5

**16. Основная часть.** Больная С., 30 лет. Поступила в психиатрическую больницу вскоре после родов. Выглядит бледной, истощенной, губы сухие, запекшиеся. Психическое состояние крайне изменчиво. Временами возбуждена, мечется в постели, срывает с себя белье, принимает страстные позы. Выражение лица тревожное, растерянное, внимание фиксируется на случайных предметах. Речь бессвязна: «Вы отняли у меня крошку... Стыдно... Вы думаете с Ваней жить, а нужно с богом... Я черт, а не бог... Вы все с ума сойдете... У меня торможение... Хлорпромазин, а потом в магазин...» и т. д. Из отдельных отрывочных высказываний можно понять, что больная слышит голоса родственников, идущие откуда-то снизу, крики и плач детей. Настроение меняется: от глубоко угнетенного до восторженно-эйфорического. Вместе с тем, легко озлобляется, угрожает выколоть глаза. Состояние возбуждения неожиданно сменяется глубокой прострацией. Больная умолкает, бессильно опускает голову на подушку, с тоской и растерянностью осматривается по сторонам. В это время удается вступить с ней в контакт, получить ответ на простые вопросы. При этом оказывается, что больная не знает, где она находится, не может назвать текущую дату, месяц, путает время года, не может дать почти никаких сведений о себе и о своей семье. При кратковременной беседе быстро истощается и перестает отвечать на вопросы.

**Вопросы:**

1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром?
3. Вариант диагноза

**17. Основная часть.** Больной Б., 21 год. Жалобы на чувство открытости мыслей, звучание голосов внутри головы. Анамнез: (со слов больного, его письма матери) данных о психопатологически отягощенной наследственности нет. От сверстников в развитии не отставал, воспитывался в условиях гипоопеки, по характеру сформировался скромным, малообщительным, обидчивым, ранимым, застенчивым. В школьные годы, а затем и период учебы в ПТУ отличался стремлением к одиночеству, малозаметностью, шумных компаний сверстников избегал, предпочитая держаться в тени. После окончания ПТУ поступил в технический ВУЗ. Заболел остро около года назад: в августе отметил появление беспричинно приподнятого настроения, возникновение ощущения способности «предсказывать будущее». Тогда же стал считать, что ВУЗ, в котором он учится – прикрытия для подготовки сотрудников ФСБ, полагал, что им вдруг заинтересовалась контрразведка из-за его способности «предсказывать будущее». Несколько позже отметил появление ощущения того, что на него «воздействуют» с помощью какой-то аппаратуры для того, чтобы «улучшить», при этом окружающим «открывают» содержание мыслей больного, считал, что этой же аппаратурой у него «вызывали» позывы на мочеиспускание, управляли аппетитом, эмоциями, мыслями. В то же время отмечал, что стали возникать голоса, как правило, комментирующего характера, звучащие внутри головы. Обращал на себя внимание командования малопонятными поступками: «без какой-либо команды наводил порядок, отказывался от приема пищи...». По бредовым мотивам написал заявление на отчисление, считая, что после этого на него перестанут воздействовать. В октябре того же года состояние еще более ухудшилось: стойко снизилось настроение, появились мысли о собственной непригодности к чему бы то ни было, на этом фоне с суицидной целью нанес самопорез левого предплечья. Был направлен психиатрическую клинику. При поступлении предъявлял жалобы на чувство открытости мыслей, вкладывание мыслей, ощущения остановок и наплывов мыслей, звучание голосов в голове, обсуждающих его. Пребыванием в отделении тяготился. Несмотря на проводимую терапию нейрорептиками, состояние без существенного улучшения. Критика не сформировалась.

В неврологическом статусе без очаговой симптоматики.

Психический статус: Сознание не помрачено. Основные виды ориентировки сохранены. Контакт формальный. Отмечает наличие слуховых галлюцинаций в виде недифференцированных голосов в голове нелепого содержания с нередкими неологизмами: «заяц, драный заяц гедал..., полканеешь, полканеешь». Временами подозрителен, эпизодически к чему-то прислушивается. Высказывает несистематизированные бредовые идеи воздействия. Мышление с элементами соскальзывания, паралогичности: так, заявляет, что он «должен быть выписан», потому что больше находиться на отделении он не может, а книги читать он не хочет. Свои переживания раскрывает неохотно. Эмоционально тускл, однообразен, мимические реакции неадекватные. Память, интеллект грубо не нарушены. Критика отсутствует. В отделении малозаметен, замкнут, общения избегает, свободное время преимущественно в пределах постели.

ЭЭГ недельной давности – легкие нарушения биоэлектрической активности головного мозга, свидетельствующие о дисфункции дизэнцефальных структур, на фоне начальных проявлений цереброваскулярной недостаточности, без выраженных нарушений общего функционального состояния.

Заключение психологического исследования: нарушения мыслительной деятельности – снижение уровня обобщения, соскальзывания, паралогические, расплывчатые суждения, разноплановость, актуализация латентных признаков. Эмоционально однообразен, амбивалентен. Умеренно выраженное снижение психической работоспособности на фоне



сохранности мнестических процессов.

**Вопросы:**

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

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

Психический статус: Правильно ориентирован в месте времени и собственной личности. В беседе на вопросы отвечает после паузы, отрывистыми фразами. Затрудняется описать свои ощущения: «мозг накрыт бумагой», «мысли трудно собрать, невозможно сосредоточиться». Считает, что его мысли известны окружающим, а он может знать мысли других. Предъявляет жалобы на неприятные ощущения внутри позвоночника «труба внутри кости». Мышление аморфное, непоследовательное. Эмоционально тускл, однообразен, периодически на лице застывшая улыбка. Фон настроения неустойчив. Без критики.

**Вопросы:**

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

**Тема 3.4. Аффективные расстройства.**

**Ситуационные задачи**

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

**1. Основная часть.** Больной В., 18 лет, предъявил жалобы на вспыльчивость, раздражительность, конфликтность, неустойчивое настроение. Воспитывался по типу гиперопеки. Отец злоупотреблял алкоголем, был жестоким, властным, часто конфликтовал в семье. Обследуемый с детства был вспыльчив, груб, не мог себя сдерживать. В школе часто

нарушал дисциплину, имел неудовлетворительные оценки по поведению. Рано начал курить, употреблять алкоголь, часто убегал из дома, время проводил в уличных компаниях, участвовал в драках, попадал в милицию. На работе с трудом адаптировался к регламентируемым условиям, тяготился требованиями начальства, грубил и пререкался, считал, что к нему предвзято относятся. На замечания реагировал болезненно, угрожал расправой. Во время стационарного обследования не уживался с больными, не подчинялся медицинскому персоналу, был эмоционально лабилен, на замечания отвечал аффективными вспышками. Заявлял, что если его выпишут в часть, то он что-нибудь с собой сделает. Рассказал, что дома во время ссоры ударил брата отверткой в лицо. Психотических расстройств не обнаруживал, коррекции поддавался с трудом.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Клинические симптомы и синдромы опишите
- 3.

**Контрольные вопросы**

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

2. Основные этиологические концепции аффективных расстройств.
3. Основные патогенетические теории аффективных расстройств.
4. Классификация аффективных расстройств по МКБ-10.
5. Облигатные симптомы депрессий.
6. Клиническая характеристика типичных вариантов депрессий.
7. Дифференциальная диагностика типичных и атипичных вариантов депрессий.
8. Клиническая характеристика атипичных вариантов депрессий.
9. Психопатологическая характеристика маний. Формы течения аффективных расстройств в зависимости от их выраженности.
10. Облигатные признаки маниакальных состояний.
11. Клинические разновидности маний.
12. Клинические варианты маниакальных состояний.

**Тестовые задания**

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

13. Аффективные иллюзии относятся к:

- a. Психосенсорным расстройствам
- b. Функциональным галлюцинациям
- c. Сенсопатиям
- d. Патологическим иллюзиям

14 «Тоска», «тревога» относятся к группам симптомов:

- a. Неустойчивости эмоциональной сферы
- b. Снижения настроения
- c. Качественного искажения эмоций

15 «Тоскливо-злой» характер настроения обозначается как:

- a. Дисфория
- b. Дистимия
- c. Гипотимия

16 Аффективная диссоциация:

- a. Утрата эмоциональных реакций на все окружающее, с мучительным переживанием полной душевной опустошенности



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

**17.** Гипертимия характерна для следующего психопатологического синдрома:

- a. Маниакального
- b. Параноидного
- c. Кататонического
- d. Астенического

**18.** Какие из перечисленных симптомов не относятся к основным признакам депрессии

- a. Сниженное настроение
- b. Идеаторная заторможенность
- c. Моторная заторможенность
- d. Бредовые идеи самообвинения

**19.** Какие структуры мозга принимают наибольшее участие в формировании эмоций у человека?

- a. Затылочная кора
- b. Продолговатый мозг
- c. Лимбическая система
- d. Ретикулярная формация

**20.** Каковы основные функции эмоций

- a. Сигнальная
- b. Энергетическая
- c. Приспособительная
- d. Регуляторная
- e. Сигнальная, Энергетическая, Приспособительная, Регуляторная

### **Ситуационные задачи**

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

**21. Основная часть.** Больной М., 22 года, артист оперного театра. В отделении психиатрического стационара находится в непрерывном возбуждении, кривляется, дурачится, строит рожи, громко хохочет. Залезает на подоконник, на стол и с громким воинственным криком прыгает оттуда на койки, залезает под кровать, рычит, пытается ухватить проходящих людей за ноги. Себя называет «Тарзаном», говорит, что он «изображает охотника в диком лесу и прыгает с ветки на ветку». Оставленный без присмотра ведет себя непредсказуемым образом: может сдернуть с больного одеяло, разбить окно; однажды отвинтил пробки от грелок и спустил их в унитаз. Временами возбуждение достигает степени неистовства. Больной становится злобным, нецензурно выражается (но тут же извиняется), пытается пить свою мочу, мазаться калом, нападает на окружающих. Громко кричит: «привяжите меня, не могу, я сейчас начну окна бить!». Злобность, гневливость держатся недолго и вновь сменяются повышенным настроением.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**22. Основная часть.** Больная Г., 51 г., обратилась в клинику психиатрии с жалобами на «потерю интереса к жизни», нарушение сна, «нежелание, что-либо делать», особенно в первой половине дня.

Заболела пять месяцев назад, когда после перенесенного стресса на работе у больной появились вышеперечисленные жалобы, лечилась амбулаторно, выраженного клинического эффекта не наблюдалось.

Наследственность психопатологически не отягощена, является единственным ребенком в семье, родилась от нормальной беременности и родов. Окончила школу, педагогический институт, работает по специальности – учителем начальных классов в гимназии. Замужем, отношения в семье ровные, имеет двух дочерей – 21 и 25 лет.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, настроение сниженное, больная не проявляет заинтересованности в беседе, речь замедленная, больная немногословна. Расстройств восприятия нет, мышление последовательное с выраженным замедлением темпа ассоциативного процесса, продуктивных расстройств мышления нет, суицидальных намерений нет.

**Вопросы:**

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Каковы этиопатогенетические механизмы наблюдаемых у больной психических нарушений?

**Тема 3.5. Невротические, связанные со стрессом соматоформные и соматизированные расстройства. Психосоматические расстройства.**

**Тестовые задания**

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5

1. Невротическая астения в отличие от органической отражает:
  - a. Постоянство клинической картины
  - b. Четкую зависимость обострений от влияния физиогенных факторов
  - c. Ситуативную обусловленность
  - d. Стойкость симптоматики
2. Агарофобия является страхом:
  - a. Высоты
  - b. Сумасшествия
  - c. Заражения
  - d. Открытых пространств
3. Наиболее частым нарушением сердечного ритма при неврозах является:
  - a. Миграция источника ритма
  - b. Бигемения
  - c. Предсердная экстрасистолия
  - d. Синусовая тахикардия
4. Для невротической кардиалгии типично:
  - a. Боли в области верхушки сердца, левого соска, прекардиальной области без постоянной фиксации иррадиации
  - b. Сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, в левое плечо, в левую челюсть, в 4 и 5 пальцы левой кисти



- c. Сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в шею
- d. Сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в верхнюю половину живота

**5.** Для невротической рвоты, возникающей по механизму индукции, характерны следующие клинические проявления:

- a. Приступы рвоты носят возвратный характер без всяких признаков болезни между приступами
- b. Рвота сопровождается вегетативными реакциями, выводится большое количество пищевой массы
- c. Рвота носит характер срыгивания, вегетативные компоненты не выражены
- d. Приступ рвоты сопровождается болями в животе, вздутием, громким урчанием и саливацией

**6.** Синдром нервной анорексии при неврозах включает в себя следующие характеристики:

- a. Дистрофическую астению
- b. Астению с явлениями раздражительной слабости и соматоэндокринные расстройства
- c. Астению с явлениями раздражительной слабости, соматоэндокринные расстройства, кахексию и дистрофические переживания
- d. Астению с явлениями раздражительной слабости, соматоэндокринные расстройства и кахексию

**7.** К числу наиболее частых проявлений при истерии относится:

- a. Большие истерические припадки
- b. Соматоформные расстройства
- c. Двигательные нарушения
- d. Депрессия

**8.** Основным признаком соматизированного расстройства считается:

- a. Наличие множественных, повторно возникающих и часто видоизменяющихся соматических симптомов
- b. Появление панических атак
- c. Длительное снижение настроения
- d. Обнаружение злоупотребления лекарствами

**9.** Синонимом психастении является:

- a. Фобический раптус
- b. Ананкастное расстройство личности
- c. Навязчивые сомнения
- d. Тревожно-мнительная акцентуация личности

**10.** Синонимом кардиофобии является:

- a. Синдром да Коста
- b. Психовегетативный синдром
- c. Пропалс митрального клапана
- d. Пароксизмальная тахикардия

**11.** Основным отличием невротического развития от психопатического развития является:

- a. Хорошая реакция на проведение психотерапии
- b. Менее выраженные признаки социальной дезадаптации
- c. Эго-дистонность

- d. Обратимость расстройств

### Контрольные вопросы

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

12. Основные этио-патогенетические концепции невротических расстройств.
13. Психопатологические синдромы при невротических расстройствах.
14. Дифференциальная диагностика невротических и невротоподобных расстройств.
15. Клиническая динамика основных психопатологических синдромов при невротических расстройствах.
16. Проблема коморбидности невротических расстройств.
17. Клинические исходы невротических расстройств.
18. Фобические тревожные расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации.
19. Клиническая характеристика тревожно – фобических расстройств.
20. Клиническая характеристика обсессивно-компульсивных расстройств.
21. Клиническая характеристика реакций на тяжелый стресс.
22. Диссоциативные (конверсионные), соматоформные расстройства.
23. Клинические разновидности диссоциативные расстройств.
24. Клинические разновидности соматоформных расстройств.
25. Клиническая картина ипохондрического расстройства.
26. Клиническая характеристика неврастении.

### Ситуационные задачи

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

27. **Основная часть.** Пациент А., 45 лет, бывший военнослужащий, бизнесмен. Обратился по рекомендации гастроэнтеролога, по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Болен в течении 15 лет, после инцидента на службе. Отмечает, что обострения связаны с психоэмоциональным перенапряжением, как на работе, так и дома. Женат, имеет двух дочерей. Жена относится с пониманием к болезни, однако периодически, вскользь упоминает о постоянной нехватке денег. Сам переживает это, так как бизнес идет с трудом, сейчас испытывает большие затруднения в работе. О себе говорит скупно, считает проявлением слабости обращение к психотерапевту.

Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

28. **Основная часть.** Пациентка 43г., была направлена к психотерапевту кардиологом. Обратилась с жалобами на тревогу, страх смерти, приступы паники, сопровождающиеся сердцебиением, головокружением, кратковременным подъемом АД до 160/100 мм. рт ст., приливами жара, нарушением дыхания с ощущением «кома в горле», полиурией. Впервые приступ паники возник накануне очередной командировки мужа, внезапно, стало трудно дышать, поднялось давление, возник острый страх смерти от сердечного приступа, вызвала скорую. Врач скорой помощи зафиксировал синусовую тахикардию, увидев врача, пациентка успокоилась, почувствовала облегчение. В дальнейшем из-за опасения развития приступа стала бояться выходить одна из дома, ночевать одной в квартире. Предъявляет жалобы в демонстративной манере, склонна преувеличивать тяжесть своего состояния, инфантильна, незрела в суждениях, отношения с мужем описывает как идеальные.

1. Установите диагноз заболевания
2. Какие признаки указывают на данное расстройство
3. Определите лечебную тактику



**29. Основная часть.** Пациент 36 лет пришел на прием к неврологу с жалобами на нарушения сна, головные боли напряжения, утомляемость, трудности сосредоточения, проблемы с усвоением новой информации снижением работоспособности, которые развились в течении последних 3 мес, после того как пациента повысили по службе. Из анамнеза известно, что всегда был ответственным, целеустремленным, ориентированным на карьерный рост, на работе брал на себя основную нагрузку, считая, что коллеги могут допустить ошибки. Работает в офисе, должен быстро реагировать на изменение рабочей ситуации, удерживать в поле внимания большое количество меняющейся информации. До начала заболевания были эпизоды бессонницы и головных болей, когда нервничал в период сдачи экзаменов, в остальном считает себя здоровым, женат, профессионально успешен, имеет широкий круг друзей

1. Установите диагноз заболевания
2. Какие признаки указывают на данное расстройство
3. Определите лечебную тактику

### **Тема 3.6. Патология развития (расстройства личности, умственная отсталость)**

#### **Контрольные вопросы**

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

1. Общие представления о «личности», структура личности.
2. Основные этиологические концепции личностных расстройств.
3. Критерии психопатий по П. Б. Ганушкину.
4. Отечественная классификация расстройств личности.
5. Классификация личностных расстройств по МКБ-10.
6. Клиника истерического расстройства личности
7. Клиника эмоционально-неустойчивого расстройства личности
8. Общие представления об акцентуантах
9. Дифференциальная диагностика акцентуаций и психопатий.
10. Клинические проявления параноидного, шизоидного, сенситивного расстройств личности.
11. Клинические проявления эмоционально-лабильного, диссоциального, эпилептоидного расстройства личности
12. Клинические проявления истерического, циклотимического, неустойчивого, ананкастного расстройства личности.
13. Клинические критерии умственной отсталости.
14. Отечественная классификация умственной отсталости.
15. Классификация умственной отсталости по МКБ-10.
16. Клинические проявления различных степеней психического недоразвития при умственной отсталости.
17. Дифференциальная диагностика умственной отсталости и деменции.

#### **Тестовые задания**

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

18. Какие расстройства относятся к патологии развития:
  - a. Шизофрения
  - b. Умственная отсталость
  - c. Алкоголизм
  - d. Реактивные состояния
  - e. Расстройство личности
  - f. Травматические психозы
19. Какова величина коэффициента интеллекта (IQ) при легкой степени умственной отсталости (дебильности):

- a. 0-19
- b. 35-49
- c. 50-69
- d. 70-79

- 20.** Категория годности к военной службе военнослужащих по призыву с расстройствами личности:
- a. Годен к военной службе
  - b. Годен к военной службе с незначительными ограничениями
  - c. Ограниченно годен к военной службе
  - d. Временно не годен к военной службе
  - e. Не годен к военной службе
- 21.** Наиболее распространенными клиническими формами расстройств личности:
- a. Возбудимая
  - b. Истерическая
  - c. Смешанная
  - d. Парафреническая
  - e. Астеническая
  - f. Неустойчивая
  - g. Гебефреническая
  - h. Импульсивная
- 22.** Основная причина декомпенсации расстройств личности:
- a. Конфликтная ситуация
  - b. Перенесенная простуда
  - c. Употребление алкоголя
  - d. Смена стереотипа
  - e. Повышение нагрузок
- 23.** Основной признак психопатической реакции:
- a. Продолжительность
  - b. Несоответствие ответа силе раздражителя
  - c. Наличие судорог
  - d. Амнезия
  - e. Категоричность
  - f. Эгоистичность
- 24.** Патология развития включает в себя:
- a. Невротические расстройства
  - b. Аномалии развития характера
  - c. Эпилептические изменения личности
  - d. Изменения личности при наркоманиях
  - e. Умственное недоразвитие
  - f. Патологию личности при алкоголизме
- 25.** По этиологическому признаку умственная отсталость подразделяется на:
- a. Дифференцированную
  - b. Смешанную
  - c. Наследственную
  - d. Недифференцированную
  - e. Отдельные формы



f. Истинную

**26.** Кто из отечественных психиатров внес большой вклад в развитие учения о расстройствах личности:

- a. Балинский И. М.
- b. Кербинов О. В.
- c. Осипов В. П.
- d. Ганнушкин П. Б.
- e. Снежневский А. В.

**27.** Стадии динамики расстройств личности:

- a. Компенсация
- b. Деадаптация
- c. Неустойчивая компенсация
- d. Дезинтеграция
- e. Ремиссия
- f. Декомпенсация

**28** К методам предназначенным для исследования уровня интеллекта относится

- a. Тест Спилберга
- b. ММРІ
- c. Методика Роттера
- d. Тест Векслера

#### **Ситуационные задачи**

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5

**29. Основная часть.** У больного Н. 23 лет наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родители здоровы. Беременность у матери протекала без осложнений. Родился в состоянии асфиксии. С первых дней жизни отставал в развитии, ходить начал к 2 годам, первые слова начал произносить в возрасте 7 лет. Из детских инфекций перенес корь, краснуху. До 8-летнего возраста отмечался ночной энурез. Больного пытались научить читать и писать, но безуспешно. Не мог учиться даже по программе вспомогательной школы. Дома элементарно себя обслуживал, под присмотром родителей выполнял простые трудовые процессы, помогал по хозяйству. С 16-летнего возраста является инвалидом I группы. До этого времени рос спокойным, вялым, малоподвижным. С начала пубертатного периода стали отмечаться состояния резко выраженного психомоторного возбуждения, становился злобным, агрессивным, проявлял нелепое эротическое возбуждение по отношению к матери. В связи с неправильным поведением неоднократно стационарировался в психиатрические больницы, получал хлорпромазин, перициазин.

Психическое состояние: стоит в своеобразной позе, выпятив живот, постоянно совершает однообразные движения согнутыми руками и пальцами рук. Инструкции выполняет с трудом, только простейшие. Не тяготится госпитализацией. Спокоен, несколько благодушен, дает односложные ответы, причем только на элементарные вопросы. Рассказать о себе ничего не может. Просьбы не высказывает, жалобы не предъявляет, речь олигофазичная, мышление конкретное. Больному не удаются даже элементарные обобщения. Не умеет читать и писать, считает в пределах десяти, но с ошибками. Не знает текущей даты, не может запомнить числа и месяца. Интересы крайне ограничены. Поведение больного в отделении носит однообразный характер, пассивно подчиняется режиму. Неряшлив, в отделении держится уединенно, ни с кем из больных не общается. Интересы ни к чему не проявляет. Знает свою койку в палате. Правильно называет свое имя и фамилию, но не знает, сколько ему лет. Безразличен к посещению родных, радуется лишь только принесенным ему передачам, которые тотчас съедает. Обстановкой отделения не тяготится.

**Вопрос:**

1. Ваш диагноз?
2. Возможная этиология заболевания?

**30. Основная часть.** В психиатрическую клинику на стационарное освидетельствование поступил гражданин Р., 18 лет, направленный психиатром призывной комиссии военного комиссариата при проведении обследования лицам призывного возраста, призванным в Вооруженные Силы. Из сопроводительной медицинской карты известно, что родился в срок, в возрасте 1, 5 года перенес корь, осложнившуюся энцефалитом, в 7 лет дважды переболел пневмонией, в 15 лет – закрытый перелом костей предплечья. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В школу пошел с 9 лет, окончил 3 класса «на одни тройки», в дальнейшем нигде не учился, «помогал дома по хозяйству». На осмотре сидит, низко свесив голову, голос тихий, слабо модулированный, речь примитивная, изобилует штампами. Конкретно-образное мышление преобладает над абстрактно-логическим. Запас общеобразовательных знаний крайне мал, не знает таблицу умножений, основные исторические даты. Интеллект низкий, пословицы и поговорки понимает буквально, не может отличить главный смысл от второстепенного. В суждениях прямолинеен, умозаключения непродуманны, по-детски наивны. Немного обучаем, способен механически запомнить 5 из 10 названных слов, однако при выполнении методики «Исключение предметов» выбирает объект только по конкретным признакам (например, при предоставлении сапога, ботинка, тапочка и перчатки исключает сапог, потому что «он больше»). При тестировании с помощью методики Равена IQ получил 62 балла. В целом, умственное развитие соответствует 10-11 летнему подростку.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Возможная этиология заболевания?

**31. Основная часть.** К семейному врачу обратилась служащая части по поводу «странностей» своего отца, 65 лет. По рассказам матери и бабушки, отец с детства отличался замкнутостью, активному общению со сверстниками предпочитал тихие уединенные занятия. В школьном возрасте проявил большие математические способности, в связи с чем был переведен в специальную математическую школу, однако к обыденной жизни, несмотря на нормальное воспитание, практически не был приспособлен: не мог разогреть суп, ставил сахарницу в холодильник, одевал разного цвета носки и т. д. Никогда не участвовал в коллективных играх, не любил новых знакомств, все свободное время проводил за чтением или склеиванием различных моделей. По окончании школы поступил сразу в два вуза, за время учебы и в дальнейшем запатентовал несколько рационализаторских открытий. В период ухаживания понравился своей будущей супруге начитанностью, интеллектуальной одаренностью, а на «некоторую чудаковатость» она старалась не обращать внимания. К появившимся в семье детям относился холодно, выполнял обязанности отца формально, переложив воспитание детей полностью на плечи матери. Категорически не принимал и не принимает никакого «внедрения» в личную жизнь, все делает по своему только ему понятному стереотипу (например, воду из-под каждой вымытой тарелки выносит выливать в унитаз, чтобы «не засорилась раковина», в результате чего процесс мытья посуды затягивается на несколько часов), причем, увлекаясь, нередко разговаривает сам с собой. Никогда не ходит вместе с супругой в гости, в общественные места, предпочитая сидеть дома и смотреть телевизор. Несколько лет назад родители собирались сделать дачу, и отец начал собирать различный стройматериал: гвозди, доски, оконные рамы. В скором времени от идеи постройки дачи отказались, но он все равно продолжает «для детей и внуков» приносить в дом различные гайки, шурупы, остатки старой мебели, в результате чего одна из комнат в квартире «превратилась в склад». На замечания и критику в свой адрес не реагирует, при попытке окружающих сделать что-либо против его воли (выбросить доски, самим помыть посуду) аффектируется, активно защищает свое «добро».

**Вопросы:**



1. Ваш диагноз?

**32. Основная часть.** Больной М., 18 лет, направлен на обследование в связи со странностями в поведении. Из благополучной семьи, не болел. С раннего детства обращал на себя внимание обособленностью, замкнутостью, стремлением к одиночеству. Проявлял агрессивность к детям, мучил животных. В школьные годы отличался необычностью и серьезностью увлечений, отсутствием интереса к общественной жизни, не продуктивно занимался созданием собственной системы самоусовершенствования. Работал разнорабочим, безразлично относился к своим обязанностям, общался с коллегами избирательно, нарушал дисциплину, свои поступки не стремился объяснить. Периодически надолго уходил из дома то «для обдумывания научно-технических проблем», то для чего-то развел костер возле склада горючего. На замечания не реагировал. При обследовании в психиатрической клинике мало интересовался окружающим, был крайне замкнут, держался отгороженно от больных. Занимался обдумыванием абстрактных проблем. Безразлично относился к своей судьбе. Бреда и галлюцинаций не выявлял.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?

**33. Основная часть.** Больной В., 18 лет, предъявил жалобы на вспыльчивость, раздражительность, конфликтность, неустойчивое настроение. Воспитывался по типу гиперопеки. Отец злоупотреблял алкоголем, был жестоким, властным, часто конфликтовал в семье. Обследуемый с детства был вспыльчив, груб, не мог себя сдерживать. В школе часто нарушал дисциплину, имел неудовлетворительные оценки по поведению. Рано начал курить, употреблять алкоголь, часто убегал из дома, время проводил в уличных компаниях, участвовал в драках, попадал в милицию. На работе с трудом адаптировался к регламентируемым условиям, тяготился требованиями начальства, грубил и пререкался, считал, что к нему предвзято относятся. На замечания реагировал болезненно, угрожал расправой. Во время стационарного обследования не уживался с больными, не подчинялся медицинскому персоналу, был эмоционально лабилен, на замечания отвечал аффективными вспышками. Заявлял, что если его выпишут в часть, то он что-нибудь с собой сделает. Рассказал, что дома во время ссоры ударил брата отверткой в лицо. Психотических расстройств не обнаруживал, коррекции поддавался с трудом.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?

### **Тема 3.7. Общая наркология**

#### **Контрольные вопросы**

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-6, ПК-4, ПК-5

1. Современное определение наркологии как самостоятельного раздела клинической психиатрии.
2. Содержание понятий психоактивное вещество, наркотическое вещество.
3. Содержание понятий токсикомания и наркомания.
4. Основные формы и методы профилактики наркоманий и алкоголизма.
5. Ранняя диагностика наркоманий и алкоголизма.
6. Основные данные по статистике психических и наркологических заболеваний.
7. Содержание Закона РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав психически больных.
8. Содержание Закона о наркотиках и психотропных средствах.
9. Определения понятий «наркотики» и «психотропные средства».
10. Права граждан с наркологической и психической патологией, направляемых на амбулаторное и стационарное лечение.

## Тестовые задания

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

**11.** В соответствии с приказом МЗ РФ от 18. 12. 2015 г. № 933н по результатам освидетельствования определяется:

- a. Факт алкогольного опьянения
- b. Степень алкогольного опьянения
- c. Состояние психической деятельности
- d. Неврологические нарушения

**12.** Оптимальное количество пациентов в наркологической психотерапевтической группе:

- a. 2-4
- b. 4-7
- c. 7-10
- d. 10-15
- e. 20-15

**13.** Больного алкоголизмом с выраженной деградацией личности подозрительные люди могут, как утверждают родственники, вынудить продать за бесценок свою квартиру. Какой законодательный акт позволит защитить интересы пациента путем ограничения дееспособности?

- a. Ст. 22 УК РФ.
- b. Ст. 30 ГК РФ
- c. Ст. 81 УК РФ
- d. Ст. 99 УК РФ
- e. Ст. 177 ГК РФ

**14.** Абстиненция это:

- a. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
- b. Состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема (введения) веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстрой
- c. Утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, вначале на время, затем на недавние события, позднее и на давно прошедшее. При этом вначале забываются факты, затем чувства, последней разрушается память привычек
- d. Потеря способности запоминать текущие события
- e. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность

**15.** Среди социальных факторов, имеющих отношение к развитию алкоголизма, выделяют:

- a. алкогольную политику государства
- b. обычаи ближайшего окружения
- c. социальное положение индивидуума и его экономическую обеспеченность
- d. этническую и религиозную принадлежность индивидуума
- e. алкогольную политику государства; обычаи ближайшего окружения; социальное положение индивидуума и его экономическую обеспеченность; этническую и религиозную принадлежность индивидуума.

**16.** Среди критериев, используемых при классификации алкоголизма, можно выделить все перечисленные, кроме:

- a. клинико-динамических



- b. социальных
- c. психологических
- d. синдромальных
- e. экономических

17. Для симптома тотальной амнезии характерно:

- a. возникновение на фоне выраженных нарушений моторики
- b. запоминание значительной части периода опьянения
- c. развитие на фоне сниженной толерантности при приеме небольших доз алкоголя
- d. появление на этапе III стадии алкоголизма
- e. возникновение на фоне выраженных нарушений моторики; запоминание

значительной части периода опьянения; развитие на фоне сниженной толерантности при приеме небольших доз алкоголя; появление на этапе III стадии алкоголизма

18. Для дистимического типа заострения личности при алкоголизме характерно все перечисленное, исключая:

- a. суточные колебания настроения
- b. легкое возникновение подавленности, чувство безысходности или преувеличенной и мало обоснованной веселости, оптимизма
- c. повышенное настроение, сопровождаемое не столько радостью, сколько взбудораженностью
- d. аутохтонно возникающие пролонгированные стертые депрессии
- e. многообразие аффективных реакций на имеющееся у них пьянство

19. Активность алкогольдегидрогеназы (АДГ) в гепатоцитах при алкогольном циррозе печени:

- a. повышена
- b. снижена
- c. без изменений

20. При дифференциальной диагностике острого алкогольного гепатита от острого гепатита вирусной этиологии следует ориентироваться на все перечисленное, исключая:

- a. повышение содержания мочевой кислоты в крови
- b. значительный подъем ГГТП и ГДГ в сыворотке крови
- c. увеличение печени и желтушность кожных покровов
- d. отсутствие продромального периода
- e. повышение уровня молочной кислоты в крови более, чем в 2-3 раза

### Ситуационные задачи

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

**21. Основная часть.** Больной А., 34 года, рабочий. На протяжении последних 10-12 лет злоупотребляет алкоголем, пьет по 5-7 дней в дозе 500-700 мл ежедневно, тяжело переносит похмелье, по поводу «тяги» к спиртному дважды лечился амбулаторно у нарколога, дома – частые конфликты с женой по поводу пьянства. На прием к психиатру доставлен супругой, со слов которой «три дня назад, после очередной пьянки, стал каким-то тревожным, к чему-то прислушивается, затыкает уши руками, с кем-то переговаривается, ругается». При осмотре: внешне – тревожен, суетлив, в то же время понимает, где находится и с кем беседует. Сообщает, что в последние дни стал «слышать» знакомые и незнакомые голоса, которые «идут с улицы, из соседних домов», «разговариваю с ними, как с живыми...». Уверен в реальности происходящего, переговаривается с ними, объяснить причину их возникновения не может, больным себя не считает.

**Вопрос:**

1. Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?
2. Какие законодательные акты регулируют медицинскую помощь и права пациента?

**Тема 3.8. Частная наркология****Ситуационные задачи**

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5

**1. Основная часть.** У находящегося в наркологическом отделении больного Д., 40 лет, на выходе из алкогольного делирия обнаружилось резкое ухудшение памяти на текущие события. Больной не может запомнить только что встреченных лиц, найти свою палату, не знает, осматривал ли его врач, был ли завтрак, обед, не помнит числа, времени года, места нахождения. Только что услышанную речь или же содержание недавно прочитанного не может повторить. При этом факты давно прошедших лет хорошо помнит и воспроизводит во всех деталях и подробностях. Настроение благодушное с оттенком эйфории. Будущее Д. не заботит, а настоящее не огорчает. Отсутствие памяти на текущие события нередко компенсирует различными вымыслами, например, выйдя на нескольких минут из палаты, по возвращении на вопрос «где ты был?» ответил: «Старушка задержала... Переведи, говорит через дорогу, переведи...». Иногда диссимулирует нарушение памяти: дает уклончивые ответы или задает для отвлечения внимания собеседника встречные вопросы. Речь больного бедна словами, изобилует словесными штампами, стереотипными оборотами. Беседу поддерживает неохотно, внимание неустойчиво, поверхностно. Критика к своему состоянию формальная.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

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

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Лицо отечно, гиперемировано. Выраженный запах алкоголя изо рта. Температура тела 37, 1 град. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 150/100. Тоны сердца ясные, звучные, границы в пределах нормы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Поколачивание по



поясничной области безболезненно с обеих сторон. Выраженный дистальный гипергидроз, тремор пальцев рук, шаткость походки. Сознание не помрачено. Психотических расстройств нет. Настроение снижено. Контакт продуктивный, отвечает в плане задаваемых вопросов, извиняется, раскаивается. Неусидчив, тревожен, просит быстрее оказать помощь. Мышление без структурных нарушений, темп несколько замедлен. Интеллект в целом сохранен. Критика к своему заболеванию формальная.

**Вопросы:**

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

**3. Основная часть.** Больной С., 26 лет, наследственность психопатологическими заболеваниями не отягощена. От сверстников в развитии не отставал. В школе учился хорошо. Окончил торгово-экономический институт, служил в армии по призыву. В настоящее время нигде не работает. После окончания школы, с 17 лет, «стал пробовать травку». Объясняет это популярностью наркотиков в среде молодежи, с которой общался. Сначала не испытывал никаких приятных ощущений, просто было интересно. Затем, спустя некоторое время после выкуренной сигареты, почувствовал нечто вроде «интеллектуальной расторможенности» – легкость формирования ассоциаций, прилив сил, раскрепощенность в поступках, обострение памяти, веселость, желание петь. Речь становилась быстрой, все вокруг – «безумно смешным». Такое состояние возникало через 10-20 мин после сигареты и продолжалось от 3 до 5 часов, в зависимости от сорта конопли. Далее наступал период абстиненции, который выражался в виде головной боли, тошноты, вялости, повышенной потливости. Тяжелых состояний больной не ощущал, так как всегда мог достать коноплю или готовил ее сам. Через год постоянного употребления гашиша стали появляться астенические симптомы (быстро уставал, нарушился сон), ухудшилась память, стал неряшливым, неопрятным. Коноплю уже курил только для того, чтобы избавиться от постоянных головных болей. По настоянию родственников обратился за помощью к психиатру-наркологу.

**Вопросы:**

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

**Контрольные вопросы**

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

7. Ранняя диагностика наркоманий и алкоголизма.
8. Клинические особенности наркологической патологии в условиях «чрезвычайных ситуаций».
9. Основные этапы лечения химической зависимости.
10. Клиническая структура химической зависимости.
11. Ранняя диагностика химической зависимости.
12. Психофармакологические методы лечения.
13. Возможные осложнения психофармакологических методов лечения химической зависимости.
14. Критерии эффективности применения психофармакологических методов лечения химической зависимости.
15. Клинические показания для применения нефармакологических методов лечения химической зависимости.
16. Разновидности нефармакологических методов лечения химической зависимости.
17. Возможные осложнения нефармакологических методов лечения химической зависимости.

**18.** Критерии эффективности применения нефармакологических методов лечения химической зависимости.

### Тестовые задания

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

**19.** Нарколепсия – это:

- a. Непроизвольное, назойливое возникновение одного и того же представления в сознании больного, несмотря на прилагаемые усилия избавиться от него
- b. Непреодолимое стремление вспоминать имена героев книг, даты каких-либо событий и т. д. без какой-либо надобности
- c. Непреодолимая боязнь, охватывающая больного, несмотря на понимание им ее бессмысленности и попытки с ней справиться
- d. Непреодолимое стремление считать без надобности какие-либо объекты (окна, дома, прохожих и т. д.)
- e. Болезненное состояние проявляющееся гипнолепсией, катаплексией, расстройствами ночного сна

**20.** Форма зависимости, при которой абстинентный синдром обычно отсутствует:

- a. Опиоидная
- b. От стимуляторов
- c. Гашишная
- d. От барбитуратов
- e. От седативных препаратов

**21.** В соответствии с МКБ-10, наркотик кокаин относится к:

- a. Алкалоидам опия
- b. Каннабиоидам
- c. Седативным средствам
- d. Стимуляторам
- e. Анаболикам

**22.** Основным видом обманов восприятия при алкогольном делирии являются:

- a. Иллюзорные расстройства
- b. Слуховые галлюцинации
- c. Слуховые псевдогаллюцинации
- d. Зрительные галлюцинации
- e. Зрительные псевдогаллюцинации

**23.** Метадон относится к:

- a. Опиятам
- b. Психостимуляторам
- c. Галлюциногенам
- d. Бензодиазепинам

**24.** Основные этапы групповой динамики при лечении алкоголизма:

- a. Начальный, основных мероприятий и завершающий
- b. Знакомства, конфронтации, консолидации, совместной работы
- c. Медикаментозного лечения, активного лечения, симптоматического лечения

**25.** У больного с III стадией алкоголизма вы обнаружили при обследовании после прекращения употребления алкоголя: фиксационную амнезию, отдельные конфабуляции и выраженные явления полиневрита. Больной сохраняет частичную ориентировку и внешне упорядоченное поведение. Это:



- a. Алкогольный делирий
- b. Алкогольный галлюциноз
- c. Острая энцефалопатия Гайе-Вернике
- d. Корсаковский психоз
- e. Алкогольный псевдопаралич

**26.** Больной в., 19 лет. сонлив, апатичен, временами что-то бормочет. установить речевой контакт не удастся. Из рта сильный запах алкоголя. кожа бледная, холодная, влажная. пульс частый, слабого наполнения и напряжения. ад 60/40 мм. рт. ст. тоны сердца глухие. Какова помощь?

- a. Унитиол в/м
- b. Диазепам в/м
- c. Хлорпромазин в/м
- d. Комбинация бемегрида, этимизола, кордиамина, кофеина на глюкозе в/в
- e. Апоморфин п/к

**27.** По миновании тяжелой интоксикации алкоголем в течение нескольких дней не наблюдается:

- a. адинамическая астения, нарушение сна
- b. анорексия
- c. тремор конечностей
- d. повышенная потливость

**28.** Клиника дисфорического варианта измененного простого алкогольного опьянения характеризуется всем перечисленным, кроме:

- a. состояния напряженности, сопровождаемого недовольством, утормостью в сочетании с неприязнью и злобой
- b. пониженно-тоскливого аффекта
- c. придирчивости с агрессивностью
- d. ощущения соматического дискомфорта и резко выраженной гиперестезии
- e. суицидальных мыслей, нередко сопровождаемых суицидальными действиями

**29.** Клиника эпилептоидного варианта измененного простого алкогольного опьянения выражается всем перечисленным, кроме:

- a. двигательного возбуждения с аффектом раздражения и злобы
- b. агрессии на малейшее противодействие вначале избирательной, а в дальнейшем направленной и на случайных лиц
- c. двигательной и речевой стереотипии на высоте возбуждения
- d. расстройства сознания по типу сумеречного
- e. зависимости двигательного возбуждения и агрессии от особенности внешней ситуации

**30.** Наиболее характерными сомато-вегетативными признаками, свидетельствующими об актуализации патологического влечения к алкоголю, являются все перечисленные, исключая:

- a. общее недомогание, слабость, появление разнообразных болевых ощущений
- b. изменение аппетита, ощущение жажды
- c. потливость
- d. оживление мимики при упоминании алкоголя
- e. уменьшение частоты курения

**31.** Для синтонного типа заострения личности при алкоголизме характерно все перечисленное, за исключением:

- a. аффективной ригидности
- b. неразборчивости в контактах
- c. поведения с оттенком грубоватости и цинизма
- d. недооценки трудностей и беспечности
- e. повышенного фона настроения, жизнерадостности

#### **Раздел 4. Общая психотерапия**

#### **Тема 4. 1. Теоретико-методологические вопросы психотерапии. Интердисциплинарный характер психотерапии и её основы.**

##### **Тестовые задания**

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

**1.** Согласно психоаналитической теории, тип психической деятельности, присущий бессознательному относится к:

- a. Первичным процессам
- b. Вторичным процессам
- c. Смешанным процессам

**2.** В поведенческой психотерапии психотерапевт во взаимоотношениях с пациентом стремится: к активному руководству лечебным процессом (1); быть наиболее искренним в выражении своих чувств (2); к использованию приемов поощрения и наказания (3); к обучению пациента самоконтролю (4); быть аутентичным (5)

- a. 2, 3, 4
- b. 3, 4, 5
- c. 1, 3, 4
- d. 1, 2, 3

**3.** Иррациональные установки в системе рационально-эмоциональной терапии А. Эллиса имеют следующие характеристики: неосознаваемы (1); носят вероятностный характер (2); сверхгенерализированы (3); имеют характер предписания (4); связаны с длительными или неадекватными ситуациям эмоциями (5).

Выберите правильное сочетание

- a. 1, 3, 4, 5
- b. 1, 2, 3, 4
- c. 3, 4, 5

**4.** Установите последовательность применения сконструированных терапевтических метафор (историй) по типу так называемой «спирали М. Эриксона»: окончание первой истории (1); начало второй истории (2); рассказ основной истории (3); начало первой истории (4); окончание второй истории (5)

Выберите правильное сочетание

- a. 3, 4, 2, 5, 1
- b. 4, 2, 3, 5, 1
- c. 4, 1, 2, 5, 3

**5.** Какое значение имеет семейное положение с точки зрения повышения риска развития депрессивных состояний:

- a. Депрессии чаще возникают у лиц, состоящих в браке
- b. Депрессии чаще возникают у лиц, не имеющих тесных межличностных связей
- c. Депрессии чаще возникают у лиц, продолжающих во взрослом состоянии проживать совместно с родителями



- d. Депрессии чаще возникают у лиц, не имеющих детей
- e. Семейное положение и межличностные связи никак не влияют на риск развития депрессий

6. Установите правильный порядок смены основополагающих факторов развития детей младшего возраста по Э. Г. Эриксону: инициатива -чувство вины (1); автономия -стыд, сомнение (2); созидание -чувство неполноценности (3); доверие-недоверие (4) Выберите правильное сочетание

- a. 4, 1, 3, 2
- b. 2, 1, 4, 3
- c. 3, 2, 1, 4
- d. 4, 2, 1, 3

7. Девочка 12, 5 лет. Воспитывалась по типу гиперпротекции. Несмотря на хорошие успехи в школе, мать считала ее «упрямой и ленивой». В начале 8 класса девочка получила несколько троек. Мать наказала ее. Обзывала. В ответ на это дочь стала грубой, перестала вообще делать уроки, объясняя свое поведение «все равно я дура», отказалась носить пальто, которое мать ей купила. Определите тип подростковой поведенческой реакции

- a. Реакция компенсации
- b. Реакция имитации
- c. Реакция оппозиции
- d. Отрицательная реакция имитации

8. Психотерапевт внешне выглядит большим мужчиной, говорит громким голосом, часто смеется, принимая женщину, которая говорила очень тихим голосом, медленно, сопровождая слова слезами. Он начал говорить тихо, медленно, не использовал шуток и не смеялся. Что означало такое поведение психотерапевта?

- a. Давал возможность женщине высказаться
- b. Применил прием присоединения по просадическим характеристикам речи
- c. Устал на приеме
- d. Переживал негативный контр-перенос

### **Контрольные вопросы**

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

- 9. Из истории вопроса о психоанализе
- 10. Планы и цели психотерапевтического интервью.
- 11. Исторические истоки гештальт-терапии.
- 12. Цели и задачи гештальт-терапии
- 13. Иерархия, уровни иерархии в семейной психотерапии.
- 14. Общие характеристики «автоматических когниций».
- 15. Понятие интрапсихического (внутриличностного) конфликта. Типология интрапсихических конфликтов (по В. Н. Мясищеву).
- 16. Варианты проведения когнитивно-поведенческой психотерапии. Рационально-эмоциональная когнитивно-поведенческая терапия А. Эллиса, когнитивно-поведенческая терапия А. Бека, мультимодальная терапия А. Лазарауса и др.
- 17. Экспрессивные методы психотерапии.
- 18. Систематическая десенсибилизация (основные этапы).

### **Ситуационные задачи**

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

**19. Основная часть.** Больной 23 года, студентка педагогического института. Анамнез: отец умер молодым во время несчастного случая, мать умерла в 55 лет от рака желудка. Больная раньше ничем не болела, хорошо училась в школе, поступила в институт. По характеру очень застенчивая, обидчивая, склонна к слезам, любит уединение, много читает, пишет стихи; друзей не имеет, замкнутая. Обучение в институте успешное, старательна, много занимается, живет на частной квартире.

Несколько месяцев тому назад перенесла грипп с высокой температурой и три дня лежала в постели. После этого долго не проходила слабость, утомляемость. В течение последних 2-х месяцев испытывает неприятные переживания: хозяйка обвинила ее в краже денег, чем была оскорблена, хотела уйти от хозяйки, но побоялась, что та примет это за бегство и признание в воровстве; отношения усложнились, не разговаривала с хозяйкой. В тоже время приходилось много заниматься в связи с экзаменами, не досыпала, плохо питалась. Накануне последнего экзамена совсем не спала, пошла сдавать экзамены с сильной головной болью. Взяв билет, решила, что ничего не знает, отвечать отказалась. Ей предложили прийти на следующий день. Назавтра перед дверью экзаменационной комнаты у нее возник страх, сердцебиение, мысли, что она может умереть, боялась двигаться, не могла переступить порог. Держась за сердце, ушла домой. Дома испытывала общее недомогание, усталость. Не давали покоя мысли о тяжелой болезни сердца, щупала пульс, казалось, что сердце останавливается. Несколько дней лежала в постели, не было сна, думала о болезни. Щадила себя, не выходила на улицу, просила соседку вызвать врача, но врачи не находили у нее болезни сердца. Врачом направлена в психотерапевтический центр.

Психический статус: Больная правильно ориентирована, охотно говорит о своей болезни и подробно ее описывает. Расстроена тем, что не сдала экзамены, боится, что не сможет дальше учиться, говорит об этом плача. При чтении книг не может сосредоточиться, перечитывает страницы по 2 – 3 раза, не может переносить яркого света в комнате, звуков радиоприемника, устает. Все время говорит о болезни сердца, думает, что врачи недостаточно внимательны, щупает у себя пульс, почти не спит. С окружающими охотно общается, беседы с ними ее развлекают – она отвлекается от мыслей о своем сердце.

Заключение психолога: выявляется замедленность, тугоподвижность психических процессов, выраженная истощаемость по гиперстеническому типу, трудность концентрации, распределения и переключения внимания, снижение показателей мнестической функции, выявленное при механическом и опосредованном запоминании, сниженный фон настроения, пессимистическую оценку своих перспектив, низкую самооценку, недоверчивость, ригидность установок.

В соматическом и неврологическом статусах отклонений не выявлено. В процессе лечения транквилизаторами и в результате психотерапии состояние заметно улучшилось, стала спокойнее, ночами спит без пробуждений, меньше думает о болезни, читает, ходит на прогулки, собирается заниматься по специальным предметам.

Вопросы к задаче: 1) какие законодательные акты регулируют права пациента 2) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент и в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз забол

#### **Тема 4.2. Психологические и социально-психологические вопросы психотерапии.**

##### **Контрольные вопросы**

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5, ОПК-8

#### **1. Стадии развития личности по З. Фрейду.**



2. Топическая структура личности в психоанализе.
3. Понятие личности в гештальт-терапии.
4. Структура и стадии развития личности в гештальт-терапии.
5. Понятие характера и зрелой личности в гештальт-терапии. Моральные установки и основные черты гештальт-терапевта.
6. Три уровня личностной организации: невротический, пограничный, психотический. Критерии диагностики типа личностной организации.
7. Критерии диагностики неврозов. Негативная и позитивная диагностика невроза. Клинико-патогенетический анализ.
8. Диагностический этап в поведенческой терапии. Основные задачи. Критерии выбора мишени терапии.

### **Тестовые задания**

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

9. Согласно классической психоаналитической теории Фрейда «эдипов комплекс» появляется в возрасте от
  - a. От 1 года до 3 лет
  - b. От 3 лет до 5 лет
  - c. От 5 до 8 лет
  - d. От 8 до 12 лет
  
10. Определите, какие поведенческие реакции встречаются в норме у подростков
  - a. Реакция эмансипации
  - b. Реакция отказа
  - c. Реакция имитации
  - d. Реакция активного протеста
  
11. Согласно А. Адлеру существенной характеристикой личности является:
  - a. Ориентация интересов к внешнему /экстраверт/ или внутреннему /интраверт/ миру
  - b. Органический процесс оценки
  - c. Чувство общности
  - d. Защитный панцирь
  - e. Концепция стадийности психосексуального развития
  
12. Метод семантического дифференциала представляет собой:
  - a. Набор цветных эталонов
  - b. Батарейку стимульных слов
  - c. Набор зашумленных изображений
  - d. Перечень полярных шкал
  - e. Вопросник
  
13. Установите последовательность фаз развития ребенка с точки зрения психоаналитической теории: латентная (1); анальная (2); оральная (3); фаллическая (4)  
Выберите правильное сочетание
  - a. 3, 2, 4, 1
  - b. 3, 2, 1, 4
  - c. 2, 3, 4, 1
  - d. 1, 2, 3, 4
  
14. Первая беседа с пациентом, страдающим неврозом, мужчина 32 лет высказывает жалобы на неустойчивость настроения, расстройство засыпания, трудности в принятии решения

относительно перехода на новую работу. Больным себя считает около 6 месяцев. Какую лечебную стратегию из перечисленных выберете?

- a. Поведенческая психотерапия
- b. Гипнотерапия
- c. Когнитивная психотерапия
- d. Психотропные препараты

**15.** Как определяется понятие «я» в теории гештальта?

- a. «Я» -это сложная система контактов, необходимых для адаптации в сложном поле
- b. «Я» -это структура внутренних переживаний, отношений
- c. «Я» -это граница контакта

### Ситуационные задачи

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

**16. Основная часть.** Больная Ш., 20 лет обратилась с жалобами на нарушение сна, снижение аппетита, тревогу, чувство собственной неполноценности, острое чувство одиночества, невозможность наладить отношения с окружающими из-за страха быть осмеянной, неприязнь к себе, раздражительность, вспыльчивость, тяжесть в голове, эпигастральной области, периодически возникающую тошноту, ухудшение памяти.

Из анамнеза: родилась первым ребенком в семье из двух детей, младшей сестре 16 лет. Беременность и роды матери проходили без особенностей. Со слов больной наследственность психопатологически не отягощена. Росла и развивалась нормально, от сверстников в развитии не отставала. Воспитывалась родителями. В школу пошла 7 лет, училась хорошо, окончила 11 классов, затем, поступила в университет.

Больная сформировалась замкнутой, пугливой и мнительной. Из-за косметического дефекта носа в школьные годы подвергалась травле со стороны сверстников. Сменила много школ по причине частых переездов, связанных со службой отца. В каждой новой школе больная самостоятельно стала занимать избегающую позицию, отгораживаться от социума, и в то же время она остро чувствовала необходимость в общении, участии в общественной жизни, сильным желанием больной было занять место лидера. Все время много читала, пыталась анализировать героев, старалась вынести полезное для себя, чтение приносило определенное облегчение. Родителям больная свои переживания не раскрывала по причине малого взаимопонимания.

Во время обучения в университете стала еще больше чувствовать страх перед общением с окружающими, страх быть осмеянной из-за собственной некрасивости, который стремилась подавить, разобраться в его причинах. Мысли покончить с собой появились около 3 лет назад, но, как отмечает больная, нежелание причинить боль родителям останавливает ее. В последнее время чувство собственной некрасивости, страх быть осмеянной, страх общения с окружающими достиг такого уровня, что больная не смогла ответить на простые вопросы на последнем экзамене. В связи с ухудшением состояния больная приняла решение госпитализироваться в психиатрическую клинику.

Психопатологический статус: сознание не нарушено, ориентирована верно, поведение упорядоченное. В беседу вступает легко, правильно отвечает на вопросы. Речь выразительная, хорошо модулированная, мимика живая, соответствовала переживаниям больной. Грубых интеллектуально-мнестических нарушений нет. Мышление последовательное, несколько замедленное, без структурных нарушений. Суждения глубокие. Обманов восприятия и бреда не выявляет. Настроение снижено, эмоциональный фон неустойчивый, тревожна. Двигательных нарушений нет.

#### Вопрос:

1. Определите психопатологический синдром, имеющиеся у больной
2. Назовите психотерапевтические и социо-психологические аспекты в терапии



### Тема 4.3. Динамическое направление и методы психотерапии

#### Контрольные вопросы

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

1. Динамическое (психодинамическое, психоаналитическое) направление психотерапии.
2. Из истории вопроса о психоанализе.
3. Методика проведения классического психоанализа и показания к нему.
4. Стадии развития личности по З. Фрейду.
5. Эдипов комплекс и его формирование.
6. Определение невроза по Б. Д. Карвасарскому. Невротические синдромы.
7. Понятие интрапсихического (внутриличностного) конфликта. Типология интрапсихических конфликтов (по В. Н. Мясищеву).
8. Школы психоанализа.
9. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (ЛОРП).
10. Аналитическая психология и психотерапия К. Г. Юнга.
11. Индивидуальная психология А. Адлера.
12. Характерологический анализ В. Райха.
13. Другие психоаналитические теории (К. Хорни, Э. Фромм, С. Салливан, М. Кляйн, А. Майер, Ю. Массерман).

#### Тестовые задания

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

14. К какому методу психотерапии относятся следующие характеристики психотерапевтического процесса: активное лечебное вмешательство, высокий эмоциональный уровень, учет саногенного воздействия стресса?
  - a. Психодинамическая психотерапия
  - b. Эмоционально-стрессовая психотерапия Рожнова
  - c. Активирующая психотерапия Консторума
  - d. Патогенетическая психотерапия Мясищева
15. Лечебным фактором личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является
  - a. Эмоциональная поддержка
  - b. Медитация
  - c. Работа с чувствами, ощущениями
  - d. Внушение
16. Психоаналитик во взаимоотношениях с пациентом стремится
  - a. Быть наиболее искренним в выражении своих чувств
  - b. Подкреплять наиболее адаптивные реакции пациента
  - c. Оказывать суггестивное воздействие
  - d. Соблюдать «технический нейтралитет»
17. К методике личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии относится
  - a. Рефрейминг
  - b. Толкование сновидений
  - c. Осознавание причинно-следственных связей в системе отношений и переживаний посредством анализа прошлого жизненного опыта
  - d. Свободные ассоциации

- 18.** Основной задачей личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является
- Осознание пациентом собственных мотивов, отношений, конфликтов и характерных защитных механизмов
  - Устранение симптомов
  - Бессознательные психические процессы должны быть как можно более глубоко раскрыты и представлены сознанию
  - Выработка и закрепление желаемых форм поведения
- 19.** Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия относится к следующим направлениям психотерапии
- Экзистенциальному
  - Гуманистическому
  - Поведенческому
  - Динамическому
- 20.** Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия стремится реализовать следующую лечебную цель
- Реконструкция способов переживания, восприятия пациентом себя самого и своих отношений с другими
  - Рост потенциала личности или повышение сил и возможностей человека посредством процессов интеграции и развития
  - Формирование и укрепление способности к действиям, приобретение навыков, позволяющих улучшить самоконтроль
  - Реконструкция структуры характера с ослаблением психологической защиты
- 21.** К приему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии относится
- Диалог между частями собственной личности
  - Истолкование причинно-следственных связей между конфликтами и дезадаптивными стереотипами системы отношений
  - Моделирование
  - Советы относительно способов решения трудной ситуации
- 22.** Лечебным фактором личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является
- Работа с чувствами, ощущениями
  - Внушение
  - Эмоциональная поддержка
  - Медитация
- 23.** Функции вспомогательного «Эго» в аналитической психодраме
- Помогать протагонисту моделировать его представления
  - Разрешать собственные проблемы
  - Реализовывать замыслы режиссера
  - Оказывать эмоциональную поддержку протагонисту
- 24.** Истерический тип невротического конфликта, согласно В. Н. Мясищева, определяется:
- Борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями
  - Повышенной требовательностью к себе
  - Отсутствием положительных подкреплений и выраженной потребностью проявить себя и



получить признание

- d. противоречиями между возможностями личности и чрезмерной потребностью в достижениях

### Ситуационные задачи

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

**25. Основная часть.** Больная Б., 21 года, обратилась с жалобами на «страх потерять контроль над физиологическими функциями – страх потерять контроль над мочеиспусканием в присутствии других людей», сопровождающийся чувством жара, зудом в области гениталий, невозможностью сосредоточиться, повышенную утомляемость, нарушение сна.

Родилась младшим ребенком в семье из двоих детей. Родители здоровы. В 5-летнем возрасте на фоне гриппа с высокой температурой был однократно развернутый судорожный припадок. В школу пошла в возрасте 6-и лет, училась хорошо, по окончании школы поступила в техникум, в настоящее время обучается на втором курсе.

По характеру вспыльчивая, долго отходит, если ее кто-нибудь разозлит. Общительная, эмоциональная, тепло относится родителям, сестре. Изменений в характере, интересах, привязанностях не отмечает.

Причиной болезни считает события детства, когда в детском саду заставляли ложиться спать, не пускали в туалет. В возрасте 6-и лет был период, когда все время хотелось помочиться, не могла ездить в транспорте. Это состояние длилось около месяца, прошло без лечения. В последующем признаки заболевания не отмечались. Полгода назад, когда в течение нескольких часов не имела возможности зайти в туалет, помочилась в парадной. После этого вспомнила, что с ней было в детстве, и появился навязчивый страх, что захочет в туалет в неподходящем месте и не сможет помочиться. Стала перед уходом из дома по несколько раз забегать в туалет, не смогла ездить в транспорте. А в последнее время не смогла сидеть на занятиях, все время выбегает в туалет, не может сосредоточиться. Не может себя контролировать, появляется паника, представляет, что с ней может произойти, трясется от страха, бросает то в жар, то в холод.

Летом занималась с психотерапевтом в течение 3-х месяцев без эффекта, принимала грандаксин. В компании с друзьями, на дискотеках, дома проблем этих нет – страх возникает тогда, когда нет возможности свободно зайти в туалет.

Психическое состояние: все виды ориентировки сохранены, контактна, настроение умеренно снижено. Расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, уровень обобщений средний, фиксирована на мысли потерять контроль над мочеиспусканием. Суицидальных мыслей нет.

#### Вопрос:

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. В психодинамическом подходе тактика психотерапии

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

поступков, в оценке людей, был нерешителен в выборе линии своего поведения. Закончив ВУЗ, поступил на работу. В новом коллективе под влиянием новых, далеко не всегда положительных, впечатлений декомпенсировался, вследствие чего появились перечисленные выше изменения в самочувствии.

**Вопросы:**

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?
3. Тип конфликта по В. Н. Мясищину

**Тема 4.4. Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии.**

**Контрольные вопросы**

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

1. Теоретические и концептуальные характеристики когнитивно-поведенческого направления в психотерапии.
2. Классическая и оперантная теории научения в трудах И. П. Павлова и Б. Ф. Скиннера.
2. Современная модель когнитивно-поведенческой психотерапии.
3. Когнитивная психотерапия Бека.
4. Рационально-эмоционально-поведенческая психотерапия Эллиса.
5. Нейролингвистическое программирование (НЛП).
6. Интерперсональная психотерапия Клермана и Вейссман.
7. Поведенческие процедуры в когнитивно-поведенческой психотерапии
8. Основная схема когнитивно-поведенческой психотерапии
9. Интернет – зависимость. Типология, диагностика, значение ACE-модели К. Янг.

**Тестовые задания**

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

10. Одно из первых занятий по групповой психотерапии. Группа провела большую часть занятия за разговорами, в частности, о политике. Все довольны дискуссией, и кажется, они могут продолжить так до конца занятия. Психотерапевт говорит, что их разговор о политике может содержать что-то общее с интересом к взаимным отношениям -к «политике» внутри группы. Какой тип вмешательства использовал психотерапевт?
  - a. Эмоциональная поддержка
  - b. Непрямое руководство
  - c. Разъяснение, интерпретация
  - d. Конфронтация
11. Первая беседа с пациентом, страдающим неврозом, мужчина 32 лет высказывает жалобы на неустойчивость настроения, расстройство засыпания, трудности в принятии решения относительно перехода на новую работу. Больным себя считает около 6 месяцев. Какую лечебную стратегию из перечисленных выберете?
  - a. Психотропные препараты
  - b. Когнитивная психотерапия
  - c. Поведенческая психотерапия
  - d. Гипнотерапия

12. Первая встреча с пациенткой, страдающей неврозом. Женщина 28 лет, жалуется на страх нахождения в лифте. Страх нападения и изнасилования в лифте, страх смерти от возможного падения лифта развились в период конфликта и последующего развода с мужем. Страхи сохраняются в течение трех лет. Какой из перечисленных методов вы используете?



- a. Метод наводнения
- b. Когнитивная психотерапия
- c. Психотропные препараты
- d. Систематическая десенсебилизация

**13.** Проведение нескольких сеансов систематической десенситизации с пациенткой, страдающей страхом высоты, оказалось неуспешным из-за неспособности ее четко вообразить проблемные ситуации. Ваша тактика в данном случае?

- a. Использовать технику импозии
- b. Использовать технику наводнения
- c. Временно прервать лечение, обучить пациентку представлять нейтральные ситуации.

Возобновить систематическую десенситизацию

- d. Продолжить лечение, не вводя какие-либо модификации

**14.** Эффективность поведенческой психотерапии зависит от

- a. Выраженности эмпатического потенциала пациента
- b. Психологической направленности пациента на инсайт-ориентированную работу
- c. Способности пациента к экспрессивному поведению
- d. Старательности, настойчивости пациента, воображения

**15.** Методика поведенческой психотерапии, ориентированная на достижение лечебного эффекта по принципу «от противного» называется

- a. Методикой парадоксальной интенции
- b. Методикой наводнения
- c. Методикой оперантного обусловливания
- d. Методикой импозии

**16.** Когнитивное направление психотерапии преследует следующие цели

- a. Идентификацию ложных установок и эмоциональное отреагирование
- b. Идентификацию ложных установок и их реконструкцию
- c. Идентификацию ложных установок и выяснение их генеза

**17.** О каком варианте когнитивного искажения свидетельствует высказывание пациента: «все, что я ни делаю – плохо»?

- a. Генерализация
- b. Селективная выборка
- c. Персонализация
- d. Долженствование

**18.** Техника эксплуатации ремиссий является техникой

- a. Групповой психотерапии
- b. Нейролингвистического программирования
- c. Краткосрочной сфокусированной на решении проблем терапии

### **Ситуационные задачи**

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

**19. Основная часть.** Больной И., 30 лет, капитан 3 ранга. Из анамнеза: Воспитывался в условиях гиперопеки, в детстве часто болел простудными заболеваниями. В возрасте 4-7 лет наблюдались умеренные явления логоневроза. Сформировался мнительным, впечатлительным. Во время учебы в Нахимовском училище неоднократно перед экзаменами «испытывал сильное

волнение, сопровождавшееся выраженным мышечным тремором». После военно-морского училища проходил службу на различных должностях, по службе продвигался успешно, однако «всегда тяжело переживал конфликтные ситуации». За 4 года до обращения в клинику стал невольным свидетелем смерти родственника жены от сердечного приступа, неожиданно потерял сознание. Скорой помощью был госпитализирован в городскую больницу с подозрением на инфаркт миокарда, но диагноз при обследовании не подтвердился. С этого времени периодически возникали «приступы», во время которых чувствовал резкую слабость в нижних конечностях, нехватку воздуха, головокружение. Периодически стал отмечать головные боли, разнообразные мигрирующие болезненные ощущения в различных частях тела, диарею, чувство сердцебиения, нарушения сна. В начале заболевания «приступы» провоцировались отрицательными эмоциональными переживаниями, в дальнейшем стали возникать под действием нейтральных раздражителей. Постепенно «приступы» учащались, стали возникать по несколько раз в день. Появилось «ожидание и страх возникновения этих состояний». Больной перестал пользоваться метро, старался раньше уйти с работы. В связи с болезненными проявлениями ухудшились взаимоотношения в коллективе, часто стали возникать конфликты с командованием, испытывал трудности в исполнении своих служебных обязанностей, снизилась работоспособность. Во время госпитализации заявил, что тяготеет службой, был настроен на увольнение.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Какие факторы способствовали развитию болезни?
3. При каких условиях, на Ваш взгляд, может произойти значительное улучшение в течении заболевания с позиций КПТ?

**Контрольные вопросы**

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

**20.** Пример копинг-стратегий и карточек при работе с человеком, испытывающим страх публичных выступлений

**21.** С позиции ABC системы из КПТ предложите пример ситуация-мысль-действие.

**Тема 4.5. Экзистенциально-гуманистическое направление психотерапии.**

**Контрольные вопросы**

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

**1.** Гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, опытное, феноменологическое) направление психотерапии. Основные подходы (философский, соматический, духовный) и их представители.

**2** Экзистенциальный анализ. Основные представители и их психотерапевтические подходы.

**3** Основные подходы и школы экзистенциальной психотерапии. Л. Бинсвангер, В. Франкл, Р. Мей, И. Ялом, Д. Бьюдженталь и их подходы в экзистенциальной психотерапии.

**4.** Гештальт-терапия. Основные положения учения Ф. Перлса. Феноменологический подход в гештальт-терапии

**5.** Клиент-центрированная психотерапия.

**6** Логотерапия В. Франкла.

**7.** Психосинтез.

**8.** Основные теоретические источники гештальт-терапии

**Тестовые задания**

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

**9.** Гештальт-психология, концепция Райха о связи тела и разума, восточная философия



- (дзен-буддизм), экзистенциальная философия
- Психоанализ Фрейда, психодрама Морено, гештальт-психология
  - Гештальт-психология
  - Психодрама Морено, гештальт-психология

**10.** Как определяется понятие «я» в теории гештальта?

- «Я» -это структура внутренних переживаний, отношений
- «Я» -это граница контакта
- «Я» -это сложная система контактов, необходимых для адаптации в сложном поле

**11.** Как определяется в гештальт-терапии сознание

- Осознание реальности «здесь и сейчас»
- Функция психики, отражающая внешнюю и внутреннюю реальность
- Стремление к модификации диалектики

**12.** С какой целью применяются телесно-ориентированные техники в гештальт-терапии?

- Соппротивления, восстановление адекватной границы
- Облегчение контакта в цикле опыта
- Осознавание актуального переживания, преодоление механизмов
- Восстановление адекватного функционирования Ego функции

**13.** Диагностический ключ в гештальт-терапии это

- Индикатор существования действительных внутриличностных конфликтов
- Индикатор существования возможных внутриличностных конфликтов
- Индикатор возможной точки начала психотерапевтической работы
- Индикатор существования действительных внутриличностных конфликтов;

Индикатор существования возможных внутриличностных конфликтов; Индикатор возможной точки начала психотерапевтической работы.

**14.** В гештальт-терапии супрессивные техники (по Наранхо) это

- Техники, которые помогают осознать избегания, прерывание контакта с реальностью
- Техники, которые позволяют лучше осознать бессознательную мотивацию
- Техники, которые позволяют провести переобучение пациента

**15.** Методика «парадоксальной интенции», разработанная В. Франклом, относится к

- Клиент-центрированной психотерапии
- Психоаналитической терапии
- Поведенческой психотерапии
- Рациональной психотерапии

### Ситуационные задачи

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

**16. Основная часть.** Больная Г., 44 лет, поступила с жалобами на: повышенную утомляемость; выраженную общую слабость – «ноги не держат»; усталость; чувство «бессилия»; плаксивость; пониженное настроение, нарушение засыпания, периодические головокружения; шум в ушах.

Из анамнеза: родилась в сельской семье седьмым ребенком (всего в семье 8 детей). Данных о психопатологически отягощенной наследственности нет. Беременность, роды матери и раннее развитие без патологии. Росла в плохих социально-бытовых условиях, плохо и однообразно питалась. В школу пошла с 8 лет, училась хорошо, поступила в «библиотечный» техникум, закончив который работала по специальности. В 23 года вышла замуж, имеет сына 23 лет. Себя

характеризует как человека «незлобивого», «в целом доброго», мнительного, чувствительного, легковозбудимого. Заявляет, что любит обсуждать все проблемы с близкими знакомыми, но облегчения это не приносит.

Считает себя больной с 30 лет, когда впервые отметила у себя слабость и дрожь в руках, которую можно было унять усилием воли. Постепенно нарастала болезненная чувствительность к психотравмам, становилась все более ранимой, но вида не показывала, появилась плаксивость, стала быстро уставать. Этим явлениям предшествовали постоянные ангины с гнойным отделяемым и лихорадкой, которыми больная страдала на протяжении последних 8-10 лет.

Два года назад на фоне судебных тяжб за родительское имущество появились вышеперечисленные жалобы. Больная консультировалась у «психотерапевта в поликлинике», принимала, валериану, грандаксин, реланиум, феназепам, ноотропил, никотиновую кислоту. Состояние особенно ухудшилось в последние полгода.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, в беседу вступает охотно, ведет себя претенциозно, хотя на вопросы отвечает правильно, излишне подробно. Держится немного отстранено, контролирует себя. Стремится показать себя в лучшем свете. Выявляется недоверие и настороженность по отношению к врачам, говорит, что «с ними ей не везло»: в детстве не распознали анемию, во время беременности не увидели токсокоз, во время грудного вскармливания не сказали, как надо кормить». Речь эмоциональная, правильная. Надменна, эгоцентрична, демонстративна. Просит информировать ее о назначенном лечении, «чтобы она могла потом знать, что ей помогает, а что нет». Отмечается небольшой тремор рук. Настроение немного снижено, расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, уровень обобщений средний, темп мышления нормальный, нарушений стройности ассоциативного процесса и продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

**Вопросы:**

1. Какой синдром отмечается у больной?
2. Каковы этиопатогенетические механизмы наблюдаемых у больной психических нарушений?

**17. Основная часть.** Больная П., 1954 г. р. Поступила с жалобами на внутреннюю тревогу, плаксивость, страх за сыновей, мужа, «ком в глотке, сдавливающий обруч на голове», раздражительность, нарушение засыпания, снижение аппетита, несобранность, рассеянность, трудность сосредоточиться, чувство брошенности.

Считает себя больной с начала прошлого года. В новогоднюю ночь старший сын знакомится с замужней женщиной, имеющей дочь, добивается ее развода, переезжает в ее квартиру и сожительствует с ней. Больная впервые видит сожительницу сына, когда та приходит к ним домой с известием об аппендектонии сына, с этого момента больная начинает активно противодействовать намечающемуся союзу, но безуспешно – «подрывается здоровье». В начале стала беспокоить тревога за сына и трудности с засыпанием – «рой мыслей не дает уснуть», затем «апатия – ничего не хочется делать», появляется чувство «кома в глотке, сдавливающего обруча на голове». В конце весны решила себя «подстегнуть» – приняла контрастный душ, цели не достигла, но сильно простудилась. Начала ходить по врачам, стала очень мнительной – прислушивалась ко всем услышанным ею случайно словам, даже не в ее адрес, переносить на себя, давать негативную оценку, но при соответствующем разъяснении, разубеждении с аргументацией соглашалась и начинала с критикой относиться к своим недавним переживаниям. Проходила лечение противотревожными средствами и гипносуггестивной терапией у психотерапевта по поводу невротического состояния, но с непродолжительным успехом. В мае-июне появились панические атаки, которые в июле «сменились какой-то тревожной рассеянностью». В последнее время появилась слезливость. Состояние ухудшалось с каждой новой психотравмой: «сын ушел к женщине, решил жениться на ней, у нее дурная дочка – все время орет, у нее припадки, она заставляет его бросить училище, он подал заявление на отчисление, у него нет работы, скоро свадьба». Особо тяжело больная переносит



собственное одиночество: «чувство опустошенности, страх этой пустоты – была всем нужна, а теперь муж по командировкам, младший в училище, старший женится – я никому не нужна». За день до свадьбы старшего сына в связи с ухудшением самочувствия была госпитализирована в психиатрическую клинику.

На момент поступления психопатологическая симптоматика имела следующие особенности: легко вступала в беседу, говорила сквозь слезы, с трудом концентрировалась на задаваемых вопросах, жалобы формулировала с большим трудом, постоянно переходила на психотравмирующие моменты, искала поддержку, в поведении была упорядочена, быстро вписалась в режим отделения, без нарушений сознания, с сохраненной ориентировкой, без грубых интеллектуально-мнестических нарушений, обманов восприятия, структурных и продуктивных расстройств мышления, двигательных расстройств. Аффективные нарушения определялись пониженным настроением, без суточных колебаний, с тревогой, страхом за сына, мужа. Засыпала с трудом. Аппетит был снижен. Без суицидальных тенденций. К своему состоянию относилась с эгоцентрической критикой.

**Вопрос:**

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Экзистенциальные возможные проблемы пациентки?

**Тема 4.6. Основные формы психотерапии**

**Контрольные вопросы**

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5

1. Индивидуальная психотерапия
2. Семейная психотерапия.
3. Групповая психотерапия.
4. Психотерапевтическая среда и психотерапевтическое сообщество
5. Оценка качества психиатрической помощи с позиции её пользователей. Общественные организации пациентов и их родственников. Значение групп само и взаимопомощи.
6. Охарактеризуйте основные организационные формы групповой арт-терапии (динамическая, студийная, тематическая группы), их процессуально-технологические особенности и показания к применению.
7. Опишите фазы группой психотерапии, ориентированной на динамику группы. Структура, состав и размер
8. психотерапевтической группы. Групповые нормы.
9. Структура, состав и размер психотерапевтической группы. Групповые нормы.
10. Классификация методов групповой психокоррекции/психотерапии. Формы групповой психокоррекции/психотерапии.

**Тестовые задания**

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

11. Определите оптимальную последовательность проведения психопрофилактических мероприятий при расстройствах поведения у подростков: семейная психотерапия (1); индивидуальная психотерапия (2); групповая психотерапия (3); назначение корректоров поведения (4).

Выберите правильное сочетание

- a. 1, 2, 3, 4
- b. 1, 3, 4, 2
- c. 1, 2, 4, 3
- d. 3, 2, 1, 4

**12.** Одно из первых занятий по групповой психотерапии. Группа провела большую часть занятия за разговорами, в частности, о политике. Все довольны дискуссией, и кажется, они могут продолжить так до конца занятия. Психотерапевт говорит, что их разговор о политике может содержать что-то общее с интересом к взаимным отношениям -к «политике» внутри группы. Какой тип вмешательства использовал психотерапевт?

- a. Эмоциональная поддержка
- b. Непрямое руководство
- c. Конфронтация
- d. Разъяснение, интерпретация

**13.** Одно из первых занятий по групповой психотерапии. Группа провела большую часть занятия за разговором, в частности, о политике. Все довольны дискуссией, и кажется, что они могут продолжать до конца занятия. Психотерапевт предлагает говорить о непосредственных делах, описывает дискуссию как светский разговор с целью развлечения общества, спрашивает, почему они говорят о политике. Какой тип реакции использовал психотерапевт?

- a. Разъяснение, интерпретация
- b. Непрямое руководство
- c. Конфронтация
- d. Недирективность

**14.** Группа аналитической психодрамы начинает работу. Продолжительность занятия 2 часа. В течение этого времени можно проиграть только одну психодраму. Группа состоит из 10 человек. Заявку на участие сделали 3 человека, кратко рассказав о своей проблеме. Как сделать выбор – кто будет протагонистом?

- a. Определить соответствие проблемы возможностям участника и группы
- b. Назначит режиссер
- c. Кандидаты договорятся между собой
- d. Голосование

**15.** Для какого метода психотерапии наиболее показан принцип включения в группу однотипных пар акцентуаций личности

- a. Аналитической психодрамы
- b. Групповой психотерапии
- c. Коллективного гипноза
- d. Игровой психотерапии

**16.** Что с точки зрения Д. Л. Морено детерминирует ролевое поведение человека

- a. Симпатия-антипатия
- b. Внутриличностный конфликт
- c. Импринтинг
- d. Научение

**17.** Что делает аналитическую психодраму доступной людям разных возрастов и культур?

- a. Простота
- b. Использование перемены ролей
- c. Разогрев
- d. Использование прото-языка-игры

**18.** Социальная реабилитация больных алкоголизмом включает в себя (главным образом):

- a. Косвенную психотерапию (поддерживающую психотерапию)
- b. Гипносуггестивную психотерапию
- c. Аутогенную тренировку



d. Групповую психотерапию

**19.** При проведении системной супружеской терапии в случае вторичных нарушений эрекции на первый план выступает

- a. Изменение аттитюдов
- b. Взаимная ответственность
- c. Информация и образование

#### **Ситуационные задачи**

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

**20. Основная часть.** Больной Т., 18 лет, единственный ребенок в семье, воспитывался матерью, так как отец семью оставил. В раннем возрасте болел детскими инфекциями. С детских лет отличался впечатлительностью, стеснительностью, мнительностью, обидчивостью. Учился с трудом, стеснялся отвечать у доски, переживал, что все у него получается хуже, чем у сверстников. После школы поступил в автомобильный техникум. Адаптация к учебе была затруднена с первых дней. На фоне учебных нагрузок снизилось настроение, часто уединялся, плакал, плохо переносил повышение психических и физических нагрузок. Не смог освоить вождение автомобиля, возникали мысли о собственной неполноценности, боялся отчисления, заявлял, что покончит с собой. Тяжело переносил насмешки однокурсников. Тревожился по пустякам. По ночам плохо спал, снились тревожные сны. Психотических расстройств не обнаруживал.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Какой вариант групповой терапии можно предложить пациенту

**21. Основная часть.** Больная К., 25 лет при поступлении в психиатрическую клинику предъявляла жалобы на тревогу, неуверенность в себе, боязнь начать общение с незнакомыми людьми, что негативно влияет на профессиональную деятельность, нарушение сна (нарушение засыпания).

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась от нормальной беременности и родов единственным ребенком в семье. Мать и отец живы и здоровы.

В школу пошла 7 лет, училась на «хорошо» и «отлично». Окончила среднюю школу, затем университет МВД. В возрасте 19 лет вышла замуж, как отмечает больная, муж ее не удовлетворял в сексуальном плане, из-за чего она с ним рассталась через год. Воспитывает сына 5 лет.

Больная от рождения отличалась тревожным характером, однако, в течение последних двух месяцев тревога усилилась, что, как заявляет больная, связано с защитой диплома в ВУЗе, где она обучается. В течение последних нескольких недель у больной нарушился сон, при этом она самостоятельно принимала феназепам, который ей «мало помогал». В период защиты диплома состояние вновь ухудшилось. С вышеперечисленными жалобами больная была госпитализирована в психиатрическую клинику повторно.

Объективно: больная ориентирована в пространстве, во времени и собственной личности. В контакт вступает охотно, излагает жалобы с тревогой, отмечаются выраженные вегетативные реакции в виде покраснения лица. Фиксирована на желании улучшить свое состояние. Нарушений восприятия нет. Мышления нормальное по темпу, конкретное, уровень обобщений нормальный, продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

#### **Вопросы:**

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Возможный формат психотерапии?

### **Тема 4.7. Отдельные методы психотерапии**

#### **Контрольные вопросы**

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

1. Понятие альтернативной психотерапии. Характеристики альтернативного целителя и пациента альтернативного целителя. Причины распространения. Тактика врача-психотерапевта.
2. Поведенческий анализ как этап поведенческой терапии. Основные задачи.
3. Охарактеризуйте основные области и связанные с ними задачи практического применения арт-терапии.
4. Какие основные концептуальные положения и принципы составляют основу теории и методологии «классической» арт-терапии (психодинамическая модель)?
5. Методика Джекобсона (варианты активной и пассивной прогрессивной мышечной релаксации).
6. Методы психотерапевтической и фармакологической помощи при нехимических аддикциях.
7. Как определить иррациональные убеждения. Этап опровержения иррациональных установок. Классификация техник этого этапа (жесткие, легкие, объективные, интегративные).
8. Опишите план гипнотерапевтической сессии. На каком ее этапе начинается «наведение»?
9. Этика телесно -ориентированной психотерапии
10. Базовые техники телесноориентированной психотерапии.
11. Каковы абсолютные противопоказания к проведению гипносуггестивной терапии?

### Тестовые задания

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

12. Автором фракционного гипноза был
  - a. Фогт
  - b. Бернгейм
  - c. Шарко
  - d. Эриксон
13. Гипнотический транс, в соответствии с представлениями М. Эриксона, является выражением
  - a. Регрессивным наследственным качеством
  - b. Специфической формы бодрствования
  - c. Процесса перестройки поля внимания при его направленности внутрь собственного мира переживаний и внушаемых образов
  - d. Измененного состояния «Эго», приносящего определенное удовлетворение
14. Пробы на внушаемость предназначены для
  - a. Установления контакта
  - b. Концентрации внимания
  - c. Преодоления опасений пациента
  - d. Усиления веры пациента в возможность быть загипнотизированным
15. Терапевтическую эффективность гипноза прежде всего определяет
  - a. Особенности взаимоотношений психотерапевт-пациент
  - b. Длительность пребывания в гипнотическом состоянии
  - c. Повышенная гипнабельность
  - d. Содержание лечебных внушений
16. Отслеживание глазодвигательных реакций клиента имеет значение для



- a. Установления контакта
- b. Концентрация внимания на лице
- c. Понимания пациента
- d. Не имеет большого значения

17. Принцип баланса структуры и содержания на сеансе психотерапии наиболее характерен для методов психотерапии

- a. Современной модели аналитической психодрамы
- b. Групповой
- c. Семейной
- d. Онтогенетически-ориентированной

18. Выберите правильное определение аналитической психодрамы

- a. Групповая «свободно парящая дискуссия»
- b. Групповое обсуждение трудных ситуаций
- c. Метод, интегрирующий психодраму, социометрию и групповую психотерапию
- d. Драматизация представлений пациента

19. Дайте определение «протагонист»

- a. Главный исполнитель психодраматической сцены
- b. Первый, кто делает заявку на участие в групповой психотерапии
- c. Участник, которого назначает психотерапевт на роль игрока
- d. Участник, переживающий наибольшую фрустрацию

20. Выберите ролевые категории, используемые в аналитической психодраме

- a. Паталогизирующие роли
- b. Козел отпущения, эксперт, лидер
- c. Конвенциональные роли
- d. Соматические, психологические, социальные, экзистенциальные

21. Укажите на необходимое условие для проигрывания сновидений в аналитической психодраме

- a. Сцена
- b. Кровать
- c. Вспомогательное Эго
- d. Хорошая память на сновидения

22. Укажите на основную ошибку при проведении семейной психотерапии у подростков с нарушениями поведения

- a. Обвинение родителей в их неудачах
- b. Раздельная встреча с подростком и родителями
- c. Включение подростка в групповую психотерапию
- d. Недирективная позиция психотерапевта

23. Главные методы психодрамы. Вариантов данного метода психотерапии существует много, но главные из них это: двойник, монолог, метод отображения, взаимный обмен.

*Двойник - Суть метода заключается в чем?*

24. Возможности монодрамы. Когда психодрама ответственно применяется в ситуации консультирования один на один, то по сравнению с вербальными аналитическими подходами у нее есть некоторые преимущества.

*Действие становится частью "здесь-и-теперь" -ситуации, следовательно события из*

прошлого или будущего приносятся в "реальность" настоящего.

"Реалистичность" переживаний клиента усиливается, когда в кабинет психодраматически вводятся значимые для клиента люди, предметы, помещения и т. п.

Благодаря проигрыванию в действии, психодрама предоставляет клиенту возможность поэкспериментировать с новыми для него способами поведения.

Психодрама подчеркивает значимость спонтанности и творческой способности клиента.

Такие техники, как обмен ролями, дублирование, конкретизация полезны, когда терапевт сталкивается с проблемами переноса и контрпереноса.

... большинство психотерапевтов ведет индивидуальный прием в кабинете. Это пространство представляет собой сцену, на которой они работают. Поэтому терапевт, склонный к ослаблению творческой способности и осознанности, может почувствовать себя более удобно и раскованно.

Приведите клинический пример использования монодрамы

## **Раздел 5. Частная психотерапия**

### **Тема 5.1. Психотерапия в клинике невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.**

#### **Контрольные вопросы**

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5

1. Клиническая динамика основных психопатологических синдромов при невротических расстройствах.
2. Клинические исходы невротических расстройств.
3. Фобические тревожные расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации.
4. Клиническая характеристика тревожно – фобических расстройств.
5. Клиническая характеристика обсессивно-компульсивных расстройств.
6. Клиническая характеристика реакций на тяжелый стресс.
7. Диссоциативные (конверсионные), соматоформные расстройства.
8. Клинические разновидности диссоциативных расстройств.
9. Клинические разновидности соматоформных расстройств.

#### **Тестовые задания**

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

10. Патологическая фиксация на проблемах своего здоровья, поиски мнимых заболеваний характеризуют синдром:
  - a. Обсессивно-фобический
  - b. Гебефренический
  - c. Ипохондрический
  - d. Депрессивный
  - e. Астенический
11. В клинической картине ПТСР характерны следующие признаки:
  - a. Ослабление памяти
  - b. Навязчивые воспоминания о психотравме
  - c. Повторяющиеся сновидения, отражающие психотравму
  - d. Галлюцинации
  - e. Бредовые идеи
  - f. Помрачение сознания



- 12.** В основе этиологии ПТСР лежит:
- Неблагоприятная наследственность
  - Психическая травма
  - Физиогенные и соматогенные факторы
  - Интоксикационные факторы
- 13.** Какое из приведенных заболеваний можно отнести к «Расстройствам, связанным со стрессом» (МКБ-10)?
- Тревожное расстройство
  - Неврастения
  - Шизофрения
  - Расстройство адаптации
  - Депрессивный эпизод
- 14.** Посттравматическое стрессовое расстройство (МКБ-10):
- Возникает как острая реакция на исключительный физический и психологический стресс
  - Возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие исключительно угрожающего характера
  - Состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни и обычно препятствующие социальному функционированию
  - Состояние тревоги генерализованного и стойкого характера, не связанное с какими-либо средовыми обстоятельствами
  - Легкое депрессивное состояние в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации, но продолжающееся не более 2 лет
- 15.** Основными методами оказания помощи пострадавшим с реакциями боевого стресса являются:
- Предоставление нескольких часов сна и отдыха в сочетании с психокоррекционными мероприятиями
  - Физическое ограничение
  - Введение литических смесей с хлорпромазином
  - Курсовое лечение транквилизаторами и антидепрессантами
  - Эфирный рауш-наркоз, «кальциевый удар», токи Кауфмана
  - Когнитивно-поведенческая психотерапия, наркогипнотерапия
- 16.** Основной причиной развития невротической симптоматики у детей является
- Отягощенная наследственность
  - Резидуально-органические нарушения
  - Несоответствие темперамента и типа семейного воспитания
  - Соматическое заболевание
- 17.** Конверсионные симптомы отличаются от соматических (органических) тем, что: утрата функции соответствует представлению пациента о том, как работает его тело, а не данным анатомии и физиологии (1); можно доказать, что симптом выполняет некоторую функцию в жизни пациента (2); пациент вырабатывает особое отношение к симптому, обычно отмеченное либо театральностью, либо безразличием (3); симптом подтверждается структурными (тканевым, органным) дефектом (4)
- Выберите правильное сочетание
- 1, 2, 3

- b. 1, 2, 3, 4
- c. 1, 3
- d. 2, 4

### Ситуационные задачи

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

**18. Основная часть.** К врачу общей практики обратился больной Ч., 42 года, с просьбой помочь ему найти квалифицированных дерматовенерологов. При беседе выяснилось, что несколько месяцев назад Ч. после интимной связи с соседкой обнаружил у себя на предплечье два «волдырика». Так как соседка ревновала его к прежней сожительнице, Ч. решил, что она специально укусила во сне, а затем место укуса чем-то смазала, чтобы заразить его венерической болезнью. В последствии стал «находить» у себя признаки этой «страшной болезни» – бронхит, частый насморк, изжогу, кашель, отделение мокроты. Неоднократно посещал различные венерологические диспансеры с требованием самого тщательного обследования на предмет наличия у него вензаболевания. Получая отрицательные результаты лабораторных исследований и заключения врачей об отсутствии у него какой-либо патологии, не верил этому, игнорировал их, оставаясь глубоко убежденным в наличии у него венерического заболевания.

Из анамнеза известно, что мать пациента страдала биполярным аффективным расстройством, сам Ч. длительное время занимался рукопашным боем, неоднократно получал травмы головы. В настоящее время страдает ишемической болезнью сердца, компенсированным сахарным диабетом II типа (подтверждено медицинскими документами). В беседе обстоятелен, скрупулезен даже в малозначительных деталях. Настаивает на том, чтобы врач «свел» его с «нормальными специалистами» в Москве или С. -Петербурге, при этом разговаривает эмоционально, одержимый решительностью избавиться от «недуга».

#### Вопрос:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?
3. Вариант психотерапии?

**19. Основная часть.** Пациент А. 36 лет поступил в Отделение невротиков Института Бехтерева со повышенной тревожностью, нарушенным сном, страхом сердечного удара и смерти.

Из анамнеза жизни: Женат, есть сын 8 лет, работает ведущим инженером на заводе. По характеру мягкий, исполнительный, трудолюбивый.

Хронических и острых клинически значимых соматических заболеваний нет. В поле зрения психиатров не был.

Летом приходит постановление от Министерства о предстоящей ревизии в Кисловодск, куда пациента командировают с целью ревизии и сокращения штата по результатам проверки.

Накануне командировки пациент провел беспокойную, бессонную ночь. Отправился на поезде, где было душно, не смог спать. По приезду в указанный город почувствовал слабость, головокружение. Отправляясь в снятое общежитие, почувствовал давящую боль в грудной клетке в области сердца, стало трудно дышать. Пациент вспомнил, как у его отца, в возрасте 68 лет случился сердечный приступ, его одолело чувство страха о возможном сердечном ударе, стало трудно дышать. Пациент вызвал скорую помощь. В результате обследований органической патологии не выявлено, даны рекомендации обращения к психотерапевту.

Кожно-гальванические пробы зафиксировали повышение показателей на такие слова как болезнь, ревизия, отец

- 1 Определите возможный внутренний конфликт
- 2 Ситуация – система ценностей – симптоматика
- 3 Предположительный диагноз
- 4 Основные методы и возможные мишени психотерапии



## **Тема 5.2. Психотерапия в клинике соматоневрологических заболеваний и психосоматических расстройств.**

### **Контрольные вопросы**

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5

1. Концепции сомато-психического и психосоматического взаимодействия.
2. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при соматоневрологических заболеваниях.
3. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при психосоматических расстройствах.
4. Интегративная терапия соматоневрологических заболеваний и психосоматических расстройств.

### **Тестовые задания**

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

5. Вегетативные кризы при неврозах вагоинсулярной направленности включают следующие симптомы: понижение артериального давления (1); чувство давления в области грудной клетки с ощущением «перебоев» в работе сердца (2); учащение частоты сердечных сокращений (3); усиление перистальтики, тошнота, повышенное слюноотделение (4); сухость во рту (5); бледность кожных покровов, озноб (6); гиперемия кожных покровов, ощущение жара (7)

- a. 1, 3, 5, 6
- b. 3, 5, 7
- c. 1, 2, 4, 7
- d. 5, 1, 3, 6

6. Основы положения социально-психологической концепции суицида:
- a. Диагностические категории суицидентов
  - b. Признаки социально-психологической дезадаптации
  - c. Сопутствующие соматические заболевания
  - d. Наследственная отягощенность
  - e. Предыдущие суицидальные высказывания

7. На приеме женщина сидела, опустив голову, наклонив туловище вперед и обхватив себя руками. Психотерапевт слушал ее, также наклонился вперед, обхватил себя руками. Спустя какое-то время, он начал менять позу на открытую и женщина стала делать то же самое. Что сделал психотерапевт?

- a. Устал сидеть прямо
- b. Применил прием «мимезиса»
- c. Вслушивался
- d. Защищался от поступающей информации

8. На прием пришли мальчик 12 лет и его мать. Жалобы: затруднение контакта со сверстниками. В 3, 5 года после помещения в д/сад при обращении к нему заикался, не разговаривал с детьми. О каком нарушении идет речь?

- a. Селективный мутизм (невротическое расстройство)
- b. Психоз
- c. Умственное недоразвитие
- d. Аффективная патология

9. Больной 25 лет обратился к психотерапевту по поводу экзгибиционизма. Какой метод поведенческой терапии вы предпочли бы использовать?

- a. Систематическую десенситизацию
- b. Методику контроля стимула
- c. Импульсивные техники
- d. Аверзивные методики

**10.** У женщины 23 лет повторяющиеся приступы удушья в форме шумного свистящего дыхания, сопровождающиеся чувством сдавления в горле и страхом смерти. Приступ продолжается 1-2 минуты, после его окончания отмечается отрыжка воздухом. При ларинго- и бронхоскопии органической патологии не выявлено. Можно предположить

- a. Невротический ларингоспазм
- b. Инородное тело в бронхе
- c. Опухоль в сфере дыхательных путей
- d. Бронхиальную астму

**11.** 24 летний мужчина в течение месяца отмечает раздражительность, пониженное настроение, мысли о неприятностях на работе, головные боли, плохое засыпание. Появлению расстройства предшествовал конфликт на работе. Был ранее здоров. Данные исследования не выявили органических нарушений, отсутствует внутриличностный конфликт, какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен?

- a. Неврастения
- b. Невротическая реакция
- c. Депрессивная фаза МДП
- d. Депрессивный невроз

**12.** В настоящее время под общим определением патоморфоза понимают:

- a. Изменение клинических картин болезней, а также изменение соотношения между различными болезнями под влиянием исторически меняющихся социальных, экономических и бытовых условий жизни, новых методов лечения и профилактики
- b. Изменение соотношения между различными нозологическими единицами
- c. Изменение клиники определенной болезни в пределах свойственных ей синдромов, последовательности их развития и их соотношений

### **Ситуационные задачи**

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

**13. Основная часть.** К врачу-психиатру обратилась гражданка Ф., 43 лет, с жалобами на то, что последнее время она замечает у себя «некую внутреннюю отчужденность», стала «какой-то другой, ...это я и не я – чувствую это, а описать не могу». Недавно, например, очень ждала приезда своего сына, которого не видела уже несколько лет. Но после свидания «сидела и горько плакала: он пришел, мой горячо любимый сын, а во мне никакой радости, я ничего не почувствовала, это так ужасно, так мучительно». В процессе обследования психической сферы удалось выяснить, что память, внимание и мышление не обнаруживают никаких формальных расстройств, а сама настойчивость, с которой Ф. укоряет себя в преступном равнодушии к сыну, исключает наличие у нее эмоциональной тупости в узком значении этого слова.

При беседе Ф. вспомнила интересный эпизод своей жизни: однажды, в 15 лет, она долго готовилась перед экзаменами, очень волновалась и практически не спала несколько ночей подряд. На фоне общей усталости и астенизации она вдруг заметила, что «не чувствует своих ног». Подсевшая к ее кровати мать, казалось, «находилась где-то очень далеко». Через несколько минут все это прошло.

#### **Вопрос:**

1. Какие психопатологические состояния описаны в задаче?



**14. Основная часть.** Больной Б., 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня «вработывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница!». Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение; склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

**Вопрос:**

1. Оцените описанные психопатологические проявления
2. Тактика терапии

**Тема 5.3. Психотерапия в клинике патологии развития.**

**Контрольные вопросы**

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

1. Стадии развития личности по З. Фрейду.
2. Основные мишени терапии при патологии развития.
3. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при патологии развития.
4. Интегративная терапия патологии развития.
5. Структура и стадии развития личности в гештальт-терапии.
6. Клиника эмоционально-неустойчивого расстройства личности.
7. Общие представления об акцентуантах.
8. Классификация акцентуированных личностей по К. Лиангарду.
9. Классификация акцентуаций характера по А. Е. Личко.
10. Дифференциальная диагностика акцентуаций и психопатий.

**Тестовые задания**

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

16. Гипертимия характерна для следующего психопатологического синдрома:
  - a. Маниакального
  - b. Параноидного
  - c. Кататонического
  - d. Астенического
17. Фактором (особенностью) воспитания, способствующим формированию нервной анорексии является:
  - a. Строгий, не терпящий возражений отец
  - b. Властная деспотичная мать
  - c. Многодетная малообеспеченная семья
  - d. Уход отца из семьи

- 18.** Основопологающим этиологическим фактором ядерных психопатий является:
- Неправильное семейное воспитание
  - Травмы черепа
  - Неблагоприятная наследственность
  - Перинатальная патология
- 19.** Для психопатий наиболее характерны следующие патологические состояния:
- Спонтанные колебания аффекта
  - Невротизация личности
  - Явления госпитализма
  - Появление психосоматических симптомов
- 20.** К числу наиболее частых проявлений при истерии относится:
- Двигательные нарушения
  - Депрессия
  - Соматоформные расстройства
  - Большие истерические припадки
- 21.** Кто является автором понятия «характерологическая реакция» и «патохарактерологическая реакция»
- А. Е. Личко
  - В. В. Ковалев
  - Г. Е. Сухарева
  - К. Леонгард
- 22.** Дайте определение понятия «патохарактерологическая реакция»
- Личностная реакция с нарушением социальной адаптации и соматовегетативными расстройствами
  - Делинквентное поведение
  - Преходящее ситуационное изменение поведения ребенка (подростка) в микросреде без дезадаптации
  - Декомпенсация психопатии
- 23.** Присущая человеку социальная структура дает детям возможность:
- Получать хороший уход
  - Воспринимать социальные и культурные обычаи
  - Усваивать опыт предшествующих поколений
  - Получать хороший уход; Воспринимать социальные и культурные обычаи; Усваивать опыт предшествующих поколений.
- 24.** Психика определяется как:
- Состояние души
  - Особое свойство высокоорганизованной материи
  - Результат влияния окружающей среды
- 25.** Психика у человека проявляется в следующих видах:
- Психические свойства личности
  - Психодиагностика
  - Психические состояния
  - Психические процессы
  - Психопрофилактика
  - Психотерапия



## Ситуационные задачи

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

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

### Вопросы:

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

**22. Основная часть.** льной Р., 19 лет. В детстве практически не болел. Учился удовлетворительно, друзей не имел. По характеру сформировался нерешительным, впечатлительным, склонным к опасениям, сомнениям. Долго переживал неудачи, боялся трудностей, принятия самостоятельных решений. Приняв решение, длительно сомневался в его правильности, избегал самостоятельности. Поступил в ВУЗ на факультет государственного и муниципального управления, чтобы не огорчать мать, но не представлял, как будет руководить подчиненными. В процессе учебы не справлялся с нагрузками, терялся в сложной обстановке, «не хотел быть на виду». Настроение колебалось в сторону снижения, по вечерам долго не мог уснуть, анализировал события прошедшего дня, вспоминал все обиды и неприятности. Неуверенность и скованность объяснял ожиданием насмешек, провокационных вопросов, собственных ошибок, нежеланием утратить авторитет у однокурсников. Считал, что приспособившись к шаблону проще, чем найти себя в новом деле. Не переносил несправедливость, поручения стремился выполнить добросовестно, скрупулезно, но не укладывался в сроки. При обследовании обратил на себя внимание замкнутостью, повышенной чувствительностью, тревожной мнительностью, постоянными сомнениями и колебаниями, пассивной защитой и стремлением избегать трудности. Из-за особенностей характера считал себя абсолютно не пригодным к военной службе. Бред и галлюцинации не выявлял.

### Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Варианты развития личности?

## Тема 5.4. Психотерапия в клинике аффективных расстройств.

### Контрольные вопросы

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-7, ПК-4, ПК-5

1. Особенности патогенеза и основные мишени психотерапии аффективных расстройств.

2. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при аффективных расстройствах.
3. Интегративная терапия аффективных расстройств.
4. Основные этиологические концепции аффективных расстройств.
5. Основные патогенетические теории аффективных расстройств
6. Психопатологическая характеристика маний. Формы течения аффективных расстройств в зависимости от их выраженности.
7. Клинические основы применения психотерапии и выбор метода психотерапии при аффективных расстройствах

### Тестовые задания

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

8. Ажитированная депрессия относится к группе аффективных синдромов
  - a. Смешанных
  - b. Простых
  - c. Сложных
  
9. Аффективные синдромы доминируют в клинической картине:
  - a. Психопатий
  - b. Шизофрении
  - c. Алкогольного делирия
  - d. Аффективных расстройств
  - e. Деменции
  
10. Депрессивный ступор встречается при:
  - a. Невротической депрессии
  - b. Патохарактерологических реакциях
  - c. Расстройствах личности
  - d. Обсессивно-компульсивных расстройствах
  - e. Аффективных расстройствах
  
11. Депрессивный ступор наблюдается при:
  - a. Шизофрении
  - b. Аффективных расстройствах
  - c. Невротических расстройствах
  - d. Алкоголизме
  - e. Расстройствах личности
  
12. Для группы невротических синдромов характерно:
  - a. Выраженное снижение памяти и интеллекта
  - b. Полиморфные астенические проявления
  - c. Возникновение психогенным путем
  - d. Признаки нарушения сознания
  - e. Иллюзии, галлюцинации
  - f. Критическое отношение к болезненным переживаниям
  - g. Начало в связи с соматогениями
  - h. Выраженные изменения преморбидных личностных особенностей
  
13. Маниакальный ступор относится к группе аффективных синдромов:
  - a. Простых
  - b. Сложных



с. Смешанных

**14.** Меланхолический раптус – это:

- a. Не сопровождающаяся потерей сознания кратковременная, пароксизмально наступающая утрата мышечного тонуса, приводящая к падению больного. Обычно возникает при сильных эмоциях
- b. Двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий (однообразное повторение одних и тех же слов и словосочетаний или движений)
- c. Расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
- d. Периодически и внезапно возникающая страсть к воровству
- e. Двигательное возбуждение, возникающее на фоне мучительной, невыносимой тоски, сочетающееся с безысходностью и отчаянием

**15.** Триада основных компонентов аффективных синдромов включает в себя:

- a. Сенсорный
- b. Аффективный
- c. Моторный
- d. Галлюцинаторный
- e. Идеаторный
- f. Параноидный
- g. Астенический

#### **Ситуационные задачи**

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

**16. Основная часть.** Больной Д. направлен на обследование в связи с тем, что обратил на себя внимание вялостью, медлительностью, плохой памятью и сообразительностью. Обучаясь в техникуме, не мог освоить специальность, подвергался насмешкам однокурсников. В детстве отставал в развитии, часто болел, ходить и говорить начал с опозданием. В школе учился с трудом, плохо запоминал стихи, хуже усваивал предметы математического профиля. Дублировал 3-й класс, мало читал. Окончил 9 классов, работал разнорабочим. На насмешки окружающих отвечал аффективными вспышками, импульсивными действиями. При клиническом и экспериментально-психологическом обследовании установлено: запас знаний невелик, память удовлетворительная, словарный запас ограничен. Суждения конкретные, правильно понимает простые поговорки, но сложные абстракции недоступны. Примитивен, плохо поддается обучению. Склонен к подражанию, в ответах преобладают штампы. Критика снижена, хотя и переживает свою несостоятельность. Инициативы не проявляет, любит простой физический труд.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Тактика психотерапии

**17. Основная часть.** Больной Д, 38 лет. Жалобы на раздражительность, вспыльчивость, плохой сон. Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. В возрасте 5 лет перенес травму головы, стационарно не лечился. В школу пошел с 7 лет, учился на «хорошо» и «отлично», учеба давалась легко, выделялся среди одноклассников высокой активностью на уроках. По характеру всегда отличался стремлением к лидерству, высокой оценке со стороны окружающих, работоспособностью и настойчивостью. Закончил 10 классов и военное училище с отличием. Женат, воспитывает 2-х детей. Службу проходил на Северном флоте. 9 лет назад появились и стали нарастать раздражительность, вспыльчивость, повысилась «внутренняя активность». Спустя год после начала заболевания, стал резким и категоричным в суждениях и принятии решений, нарастала тревога и страх, «слышал голоса» комментирующего и

приказного порядка, «приобрел» способность читать мысли окружающих и руководить их действиями. Был освидетельствован ВВК, признан не годным к военной службе. В дальнейшем получал поддерживающее лечение нейрорептиками. После увольнения продолжал работать в строительных организациях на руководящих должностях. Менее года назад в течение лета испытывал подъем активности, сниженную потребность в еде и сне. В конце сентября почувствовал «спад, ступор», стало трудно выполнять работу, стал раздражительным и конфликтным. Поступил для лечения в психиатрическую клинику.

Психический статус:

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

#### **Вопросы:**

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

### **Тема 5.5. Психотерапия в клинике расстройств шизофренического круга.**

#### **Контрольные вопросы**

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5

1. Особенности патогенеза и основные мишени психотерапии расстройств шизофренического круга.
2. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при расстройствах шизофренического круга.
3. Интегративная терапия расстройств шизофренического круга.
4. Общие принципы психотерапии при психозах. Сферы приложения психотерапии при психозах. Показания и противопоказания.
5. Формулировка целей и задач психотерапии при психозах. Взаимоотношения задач психотерапии и психотерапевтических методик.
6. Психотерапия при психозах. Первичный осмотр врача-психотерапевта. Принципы психотерапии. Организация работы. Взаимодействие специалистов в полипрофессиональной бригаде (команде).
7. Оценка качества психиатрической помощи с позиции её пользователей. Общественные организации пациентов и их родственников. Значение групп само и взаимопомощи.
8. Биопсихосоциальная модель в современной психиатрии. Общественно ориентированные формы психиатрической помощи. Основные принципы организации психиатрической помощи с опорой на сообщество (по И. Я. Гуровичу).
9. Контур базисных служб системы психиатрической помощи (по Торникрофт Г., Танселла М. ). Базисные компоненты и варианты. Существующие модели в отечественной психиатрии и психотерапии.

#### **Тестовые задания**

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

10. Установите правильную последовательность проведения систематической десенситизации: систематическая десенситизация *in vivo* (1); освоение техники прогрессивной мышечной релаксации (2); составление иерархии ситуаций, вызывающих страх (3);



систематическая десенситизация в воображении (4); установление контакта с пациентом, определение цели терапии (5); Выберите правильное сочетание

- a. 5, 2, 3, 4, 1
- b. 5, 1, 2, 4, 3
- c. 5, 3, 4, 2, 1

**11.** Для выявления алекситимии используют

- a. Тест Спилбергера
- b. Тест Мюррея
- c. УКЛ
- d. Торонтскую шкалу (TAS)

**12.** Лечебным фактором личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является

- a. Медитация
- b. Работа с чувствами, ощущениями
- c. Внушение
- d. Эмоциональная поддержка

**13.** Методика, при которой пациент сознательно регулирует свои физиологические функции, получая информацию об их состоянии называется

- a. Аутогенной тренировкой
- b. Обратной физиологической связью
- c. Систематической десенсибилизацией
- d. Имплузией

**14.** Когнитивный сценарий - динамичная и резистентная к интерференции программа реакций (деятельности), которая служит познающему в освоении им окружающего мира. В каких методах психотерапии используется эта парадигма?

- a. Поведенческая психотерапия
- b. Когнитивно-поведенческая психотерапия
- c. Психоанализ
- d. Семейная психотерапия

**15.** Отличительный признак когнитивного сценария «борьба со злыми силами, искушающими члена семьи» это

- a. Индивид в семье, постоянно искушаемый разными соблазнами
- b. Единство семьи
- c. Сложение усилий, направленных на спасение члена семьи
- d. Преодоление вредных привычек индивида

**16.** Поведенческая терапия в своей теории опирается прежде всего на понятие

- a. Вытеснение
- b. Сопротивление
- c. Фигура и фон
- d. Научение

**17.** Эффективность поведенческой психотерапии зависит от

- a. Психологической направленности пациента на инсайт-ориентированную работу
- b. Уровня интеллекта
- c. Старательности, настойчивости пациента
- d. Выраженности эмпатического потенциала личности пациента

## Ситуационные задачи

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

**18. Основная часть.** Больной К, 34 года. При поступлении предъявлял жалобы на сниженное настроение, тревожность, нарушение сна. Анамнез: По данным из медицинских документов, со слов больного и его жены, сформировался гипертимным, общительным, педантичным, вспыльчивым. Учился на хорошо и отлично. Успешно окончил технический ВУЗ. За последние годы изменился по характеру: стал замыкаться в себе, задумываться «о смысле жизни, о мироздании». Периодически возникала беспричинная внутренняя напряженность, а вскоре появились навязчивые действия в виде стремления располагать все попавшие в поле зрения и находящиеся в своих карманах предметы в определенном порядке. Перестал уделять внимание жене, дочери, начал конфликтовать на службе и в семье, поздно возвращаться домой, заводить случайные знакомства, алкоголизироваться, в состоянии опьянения совершил кражу личных вещей. Часто жаловался на повышенную раздражительность, внутреннее напряжение, утомляемость, плохой сон, колющие боли в области сердца, снижение работоспособности. Около двух лет назад осенью ощущал выраженную путаницу мыслей, считал, что это результат воздействия спецслужб, которые организовали слежку за ним. Затем в середине зимы резко снизилось настроение, появилось чувство безысходности, «утраты цели». В дальнейшем усилились компульсивные влечения, раздражительность, конфликтность. Был госпитализирован в психиатрическую клинику. При поступлении был расторможен, импульсивен, многоречив, легко озлоблялся, бранился, стереотипно раскладывал лежащие перед ним на столе предметы правильной стопкой, наблюдались разорванность мышления и «монологи». После выписки получал поддерживающее лечение пролонгированным препаратом галоперидол-деканоат в дозе 2 мл в течение 4х месяцев. Затем самостоятельно прекратил принимать медикаменты из-за явлений нейролепсии. В течение последнего месяца изменился в поведении, стал раздражительным, конфликтным, подозрительным, скрытным. При патопсихологическом исследовании выявлены грубые выраженные расстройства структуры, мотивации, динамики мышления по эндогенному типу.

### Вопросы:

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

**19. Основная часть.** Больная П. 35 лет. Жалобы на раздражительность, повышенную утомляемость, плохой сон. Анамнез. Впервые состояние изменилось около 4-х лет назад, когда после рождения второго ребенка появилась подавленность, внутренний дискомфорт, некоторая апатия, стала испытывать недовольство своим носом, «старалась не поворачиваться в профиль, чтобы меньше было заметно». В том же году сделала себе пластическую операцию носа. В течение этого года снизился аппетит, ухудшился сон. Ощущала отсутствие «целостности», уставала в течение дня, уезжала за город отдыхать в одиночестве. Была раздражительной по незначительному поводу. Считала, что муж и свекровь «энергетические вампиры», ощущала, что «во время общения с ними теряет энергию». Иногда отмечала, что в разговорах теряет нить беседы, так как «мысли путались и останавливались». Стала читать эзотерическую литературу, находила в ней подтверждение своим ощущениям. Убедилась в существовании «оболочек вокруг человека», которые «могут повреждаться и через них теряется энергия». Около года назад на фоне сниженного настроения по телефону, угрожала мужу суицидом. Бригадой скорой помощи была доставлена в психиатрическую клинику. В отделении замкнута, малообщительна, бездеятельна, эмоционально монотонна. На фоне проводимого лечения нейролептиками и транквилизаторами отмечается некоторое уменьшение эмоциональной напряженности, сохраняются мыслительные и эмоционально-волевые расстройства.



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

**Вопросы:**

1. О каком психическом расстройстве идет речь в данном случае?
2. Варианты психотерапевтической работы

**Тема 5.6. Психотерапия в клинике сексуальных расстройств.**

**Контрольные вопросы**

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

1. Психологические механизмы развития сексуальных расстройств.
2. Клиника сексуальных расстройств.
3. Психотерапия в клинике сексуальных расстройств.
4. Тактика выбора, особенности использования и оценки эффективности методов психотерапии при сексуальных расстройствах.

**Тестовые задания**

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

5. Проявления сексуального поведения у людей:
  - a. Строго управляется внутренними механизмами
  - b. Относительно сходны в различных культурах
  - c. Определяются культурой
  - d. Мало видоизменяются в многочисленных культурах
6. Только женщина (в отличие от самок животных):
  - a. Знакома с оргазмом
  - b. Сексуально активна на протяжении всего года
  - c. Остается сексуально активной в период менопаузы
  - d. Знакома с оргазмом; Сексуально активна на протяжении всего года; Остается сексуально активной в период менопаузы.
7. Эдипов комплекс, который имел в виду Фрейд, развивается:
  - a. На оральной стадии
  - b. На фаллической стадии
  - c. На анальной стадии
  - d. На генитальной стадии
8. Отличительными особенностями невротической симптоматики у детей младшего школьного возраста являются
  - a. Рудиментарность симптоматики и ее изменчивость
  - b. Наличие обманов восприятия

- c. Наличие задержки психического развития
- d. Наличие нарушений психосексуального развития

**9** Установите последовательность смены стадий психосексуального развития по З. Фрейду: анальная (1); генитальная (2); латентная (3); оральная (4); фаллическая (5). выберите правильное сочетание

- a. 3, 1, 2, 5, 4
- b. 4, 5, 2, 1, 3
- c. 4, 1, 5, 3, 2
- d. 4, 2, 1, 3, 5

**10.** Установите последовательность фаз развития ребенка с точки зрения психоаналитической теории: латентная (1); анальная (2); оральная (3); фаллическая (4) Выберите правильное сочетание

- a. 3, 2, 4, 1
- b. 3, 2, 1, 4
- c. 2, 3, 4, 1
- d. 1, 2, 3, 4

**11.** Мальчик 8 лет, рисуя человека, отказался рисовать нижнюю часть тела. Это может быть связано с

- a. Повышенной агрессивностью
- b. Повышенной самооценкой
- c. Трудностями коммуникаций
- d. Повышенным интересом к сексуальным проблемам

### Ситуационные задачи

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

**12. Основная часть.** Больной мужчина 50 лет. Анамнез: поступает впервые. Мать и сестра наблюдаются у невролога по поводу сосудистого заболевания. Родился в семье служащих, младшим из 2-х детей. Семья жила в К-не. Отец являлся инвалидом 2 гр. после огнестрельного ранения в голову во время Отечественной войны. Дети были «приучены» ухаживать за больным отцом, помогать ему, воспитывались в ситуации гипернормативности. В школу пошел с 7 лет, закончил 8 классов, учился посредственно, предпочитал гуманитарные науки, в свободное время много читал, сильно переживал из-за своей внешности, так как был «толстым мальчиком» и носил очки. По характеру был спокойным, дисциплинированным, впечатлительным, педантичным, мягким. До 14 летнего возраста часто подвергался обидам со стороны сверстников, поэтому старался походить в поведении на них: рано попробовал курить, участвовал в драках, чем постепенно завоевал авторитет. После школы закончил железнодорожный техникум. Служил в армии в 1974-76гг. связистом, где сумел завоевать авторитет исполнительностью, организаторскими способностями, стойко переносил трудности службы, получил звание сержанта. После армии поступил в мединститут. Женился на 1 курсе, в 21 год, на одногруппнице. Это была первая девушка, с которой он предпочитал проводить досуг, она же явилась инициатором брака. Чтобы содержать семью бросил институт. Имеет 2-х детей, со старшим мальчиком отношения были всегда более близки: считал, что тому не хватало любви матери. Вначале работал на стройках в различных должностях среднего уровня, после заочного окончания политехнического института преподавал в техникуме связи. Развелся с женой после 10 лет совместной жизни по её инициативе. Развод сильно и длительно переживал, винил себя в недостаточной способности к семейной жизни. Десятилетний сын остался жить с отцом по собственному желанию, дочь осталась с матерью. Пациент охладил к дочери, которой тогда исполнилось 3 года, так как «она воспитывалась другим мужчиной по другим принципам». С тех пор и до настоящего времени старается избегать каких-либо



контактов с бывшей женой и дочерью. Испытывал чувство стыда из-за того, что его «бросили», боялся, что его будут обсуждать соседи и сослуживцы. По этой причине сразу же после развода поменял место жительства и перешел на другую работу -инструктором по технике безопасности в строительной организации и до настоящего времени старается избегать близких отношений с женщинами. Много времени уделял воспитанию сына. Так, например, чтобы заинтересовать его спортом, сам записался в секцию «каратэ», где достиг определенных положительных результатов и стал водить сына с собой на занятия. Из соматических заболеваний -гепатит В, хронический бронхит, хронический пиелонефрит, хронический колит, хронический холецистит, перелом лучевой кости правой руки, в 1988 разрыв ахиллового сухожилия левой ноги, с 1988 -язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

В связи с обострившимися национальными отношениями в Казахстане был вынужден в возрасте 45 лет в 1999 году переехать с сыном и родителями в г. О. В результате переезда резко ухудшились жилищные условия, был вынужден продать «за бесценок благоустроенную квартиру» и купил старое неблагоустроенное строение малой площади на окраине О. -по типу «землянки». Сына же поселил с родителями (отец как инвалид и участник Великой Отечественной войны вскоре получил однокомнатную квартиру). В О. в течение года пациент не мог найти работу. Его тяготила полная материальная зависимость от родителей. После трудоустройства преподавателем в аграрный колледж получал малую зарплату, однако «прилежным трудолюбием» добился должности заведующего отделением. Новая должность принесла значительно большую нагрузку при несравненно малом улучшении материального благополучия. Постоянно опасался, что не справится со своими обязанностями, вынужден был часто перепроверять свою работу, документы, был обеспокоен тем грузом ответственности, которая была возложена на него, принимал «близко к сердцу» неприятности на работе. Личная жизнь также не приносила удовлетворения: узкий круг общения, отсутствие сексуального партнера, низкий материальный уровень, часто возникающие конфликты с сыном «из-за взглядов на жизнь» и материальных проблем заставляли себя чувствовать «беспомощным, беспринципным, ничтожным неудачником». На фоне таких неблагоприятных обстоятельств с 2000 года стали возникать сильные головные боли, снизилась работоспособность, ухудшилась, с точки зрения пациента, память, внимание, стали беспокоить выраженная утомляемость, раздражительность.

Смерть отца в 2000 г. еще больше ухудшила состояние: чувствовал себя виновным в том, что мало уделял ему внимания, не «оберегал» его. Отец умер внезапно в тот день, когда пациент сопровождал его в инстанцию для окончательного решения вопроса о предоставлении ему (отцу) большей по площади квартиры как ветерану войны. Смерть отца привела к невозможности решения этого вопроса. С этого времени головные боли стали «постоянными», что препятствовало полноценной работоспособности. Особенно интенсивные головные боли возникали на работе. Неоднократно обследовался амбулаторно и стационарно. Вернулся к работе на должность преподавателя, но со своими обязанностями не справлялся, усилилась забывчивость, утомляемость. Снова был вынужден взять больничный лист. Проводимая терапия состояния не улучшала. Был направлен в отделение неврозов и психотерапии для обследования и лечения.

Психический статус: к общению не стремится. Во время беседы предъявляет многочисленные жалобы: упорные головные боли, слабость, вялость, быструю утомляемость, снижение работоспособности: «чуть-чуть поработаю и как будто пелена перед глазами, всё плывёт. . . ». Особо подчеркивает невозможность справляться с работой, объясняя это снижением памяти, трудностями сосредоточения внимания. Физической (соматической) неполноценностью и ущербностью объясняет собственную несостоятельность как в профессиональной, так и личной жизни. Ригидно отстаивает мысли о собственной беспомощности, отменяя любые положительные перспективы и возможности изменения настоящего положения вещей. Периодически даёт отказные реакции, особенно при затрагивании значимых тем: «... я перестал вас понимать», при этом обхватывает голову руками, изображая боль и напряжение. Ухудшение здоровья соотносит со временем переезда из



К-на, который привёл к значительному ухудшению материального благополучия, неопределённости социального статуса, несмотря на относительную стабилизацию этих обстоятельств в последнее время (получил работу, хотя и здесь отмечается некоторая неудовлетворённость: «... всё равно не то, что было прежде»). Отмечает также сниженный фон настроения, постоянно проводит связь изменения в состоянии здоровья с переездом: «произошло крушение всей жизни, нужно приспособливаться, бороться за выживание, а возраст уже не тот, нет никакой материальной базы. . . жильё подвального типа. . . а была благоустроенная квартира...» Постепенно тема финансовой и вторичной социальной несостоятельности выходит на первый план. При ретроспекции своей жизни фиксирует внимание только на отрицательных фактах, переоценивая их перспективную значимость. Драматично старается «объективизировать» своё болезненное состояние «роком», привлекая, с его точки зрения, сведения о «наследственных болезнях» в семье. Заявляет, что уже больше 10 лет «живёт в долг», т. к., якобы, продолжительность своей жизни ограничивал 40 годами. Обесценивает собственные достижения и успехи, в том числе в социальной сфере, которые противоречат «концепции неудачника». Фактически обвиняет себя в смерти отца, в неудачах семейной жизни, отношений с сыном. Себя характеризует общительным, тревожным, мнительным, педантичным и требовательным, особенно в отношении к себе, отмечает трудности при общении с противоположным полом, при этом ссылается на «неудачную личную жизнь. . . проблемы с женой. . . », после развода с которой «поставил крест на женщинах». Во время повествования пациентом о трагической смерти отца возник приступ интенсивной головной боли, пациент попросил прервать беседу, и затем, после выхода из кабинета, у него возникла рвота («едва добежал до туалета»). За время пребывания в отделении несколько улучшилось настроение, уменьшилась тревога, нормализовался сон. Сохранились жалобы на головные боли, хотя частота «приступов» уменьшилась. Несмотря на проводимое психотерапевтическое лечение, продолжал ригидно настаивать на своей несостоятельности как физической, так и социальной, не допуская возможности положительной динамики его состояния.

Неврологический статус: лёгкий экзофтальм с 2-х сторон, больше справа. НистагмOID. Ослаблена конвергенция, лёгкая асимметрия носогубных складок. Рефлексы равные, симметричные. Чувствительность не нарушена. Тазовых нарушений нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Соматический статус: повышенного питания, кожный покров обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены ритмичные. Пульс 82 уд/мин, АД 130/90 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме за счёт подкожно-жировой клетчатки, печень по краю реберной дуги. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Заключения специалистов: конс. терапевта: гипоталамический с-м, с нарушением углеводного и липидного обмена. Ожирение 3 ст. Вегетативнососудистая дистония по гипертоническому типу. Хронический персистирующий гепатит, хронический холецистит, ремиссия. Язвенная болезнь. Язва луковицы 12-перстной кишки. Ремиссия, конс. невролога: синдром вегетативно-сосудистой дистонии по гипертоническому типу с упорной цефалгией; конс. окулиста: ОУ глазное дно – диск зрительного нерва с чёткими контурами, миопический конус, сосуды сужены. Миопия средней степени обоих глаз; РЭГ: снижено пульсовое кровенаполнение сосудов с повышением артериального тонуса. Лёгкая физиологическая асимметрия кровенаполнения, венозный отток умеренно нарушен.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: выявляется затяжной истерический внутриличностный конфликт между высоким уровнем притязаний и невозможностью их реализации с игнорированием реальных обстоятельств. Мнестико-интеллектуальные расстройства отсутствуют. Психические процессы несколько неравномерны с наличием невыраженных признаков истощаемости по гиперстеническому типу. В структуре личности дисгармоничное сочетание акцентуированных педантично-тревожных черт характера и эмотивного темперамента. Достаточно выраженной социальной дезадаптацией способствует низко дифференцированная патопротекторная структура Эго-защиты (ведущие МПЗ –



отрицание, регрессия, реактивные образования, проекция), а также дезадаптивная структура копинг-механизмов в поведенческой (отступление), когнитивной (растерянность) и эмоциональной (покорность) сферах.

Применялся как с целью диагностики, так и психотерапии метод «Написание сказки»

*«Была солнечная долина, высокая зеленая трава, ручеек хрустальной воды. Жизнерадостные твари весело сновали взад-вперед, и никому не было дела, никому не мешало, семейство добродушных пушистых зверьков. Но изменились времена и нравы обитателей долины. Начались Великие Перемены, пошла Великая травля. Семейство было вынуждено откочевать на север в глухие, мрачные, непроходимые дебри высохших лесов, спасаясь от, вдруг ставших агрессивными и опасными, тварей. И во время этого, почти панического бегства, семья распалась, растерялась по диким непроходимым чащам. И беззащитный зверек уже сам не понимал, как это получилось, что он абсолютно один, абсолютно беззащитный и никому не нужный оказался в норе под корнями полусгнившего пня. Он сам не осознавал, как это он ещё живой – находясь в постоянной опасности от близости свирепых соседей и титаясь, только по ночам, без шумно выползая из своей норы безвкусными и вызывающими отвращение корешками и листьями трав, ограниченный, запуганный, забитый, сидя в норе и вздрагивая от пугающих звуков и шорохов жил одной надеждой, что Создатель скоро призовет его себе и не будет суров к его грехам и прегрешениям, ибо понимая, что милосердие Создателя простирается далеко за пределы разумения его созданий. И раз, ещё, он не покинул свою телесную оболочку, значит некая миссия возложенная на него не до конца выполнена.*

*Живя в основном воспоминаниями, иногда в его ослабленном тельце всё же проскальзывала искорка жизни. Иногда он исподтишка подсматривал за жизнью случайных обитателей леса попавших в его зону обзора, но понимал, что им он если и будет нужен, то лишь как предмет для титания титца или как ненужная временная игрушка.*

*Не удержавшись, он попытался однажды подружиться с существом привлекательным и мягким, на его взгляд. И, несмотря на то, что не был отвергнут, он очень отчетливо понял свою ненужность и никчемность. А, тем не менее, чувство благодарности к не оттолкнувшему его, согревало до конца дней, пока мохнатая лапа со стальными когтями не извлекла его из норы и не отправила в смрадную вонючую пасть».*

Как следует из анамнеза у данного пациента расстройства начались после вынужденной миграции из К-на, где он был достаточно материально устроен: имел хорошую работу, жильё и т. п. : *«...Была солнечная долина, высокая зеленая трава, ручеек хрустальной воды. Жизнерадостные твари весело сновали взад-вперед, и никому не было дела, никому не мешало, семейство добродушных пушистых зверьков».*

В результате смены политического устройства в К-не с негативной национальной политикой в отношении русскоязычного населения пациент был вынужден, «бросив всё», покинуть страну и эмигрировать в Р-ию, в результате потеряв часть семьи (дочь и жену): *«Начались Великие Перемены, пошла Великая травля... И во время этого, почти панического бегства, семья распалась, растерялась по диким непроходимым чащам».*

И далее вся жизнь в аллегорически-эпатажной форме излагается только с негативных позиций: не приносящая удовлетворения (прежде всего материального) работа, жильё – землянка полуподвального типа на окраине города, отсутствие близких или людей, которые разделили бы с ним все трудности, описываются психологические защиты (отрицание, регрессия, проекция) и копинг-поведение (отступление, растерянность, покорность), выполняющие у данного пациента патопротекторную функцию, способствующую закреплению симптомов.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия,

особенности почвы); б) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

**13. Основная часть.** Больная Г., 14 лет, ученица 8 класса. Всегда спокойная, застенчивая, за последнее время девочка стала вести себя дерзко и развязно. Перестала ходить в школу, несколько раз не ночевала дома, на улице кокетничала с незнакомыми молодыми людьми. В отделении держится в стороне от детей и подростков. Большую часть времени ничем не занята, но оставшись в одиночестве танцует, что-то напевает. Гиперсексуальна. В присутствии других детей, в особенности мальчиков, ложится в кровать, задирает халат, голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? Раз трусики шьют, то пусть их все видят!». Себя называет «Вильгельмом-Завоевателем по фамилии Перепрыжкин». Постоянно гримасничает, хмурит брови, закрывает глаза, морщит лоб. Внезапно, без видимой причины раздражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные продукты тут же съедает, кроме этого, пытается выхватить пищу у других детей. При свидании с подругами не проявляет никакой радости. При беседе с врачом неоткровенна, на вопросы отвечает уклончиво, формально. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационарирования. Не обеспокоена перерывом в учебе: «Ничего особенного. Перейду учиться в другую школу».

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?
3. Варианты психотерапии?

**14. Основная часть.** Больная Ч., 25 лет, предъявляет жалобы на быструю утомляемость, слабость, снижение работоспособности, нарушение сна (нарушение засыпания, частые пробуждения по ночам).

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась от нормальной доношенной беременности и родов единственным ребенком в семье. Окончила среднюю школу, училась посредственно. По окончании школы окончила медицинское училище, в настоящее время работает по специальности. Проживает совместно с матерью и бабушкой в отдельной квартире. Отец, в течение последних пяти лет с семьей не жил, за пять месяцев до поступления больной в клинику психиатрии покончил жизнь самоубийством. В возрасте 10 лет больная подверглась нападению в подъезде молодым незнакомым мужчиной, действия которого со слов больной носили сексуально агрессивный характер, подробно об этом факте рассказывать отказывается, факт изнасилования отрицает. С тех пор, со слов больной, она испытывает «неприязнь к мужчинам».

Считает себя больной в течение последних полутора лет, когда появились вышеперечисленные жалобы, причиной своего заболевания считает разрыв отношений с молодым человеком, который, со слов больной «настаивал на интимных отношениях и не удовлетворялся дружбой». В течение предшествовавшего поступлению в клинику месяца, состояние ухудшилось: нарушился сон, появилась тревога. С перечисленными жалобами больная госпитализирована в психиатрическую клинику.

Больная ориентирована в пространстве, во времени и собственной личности. В контакт вступает охотно, однако ведет себя несколько настороженно, излагает жалобы спокойно. Настроение сниженное, отмечается фиксация на болезненных переживаниях, связанных с гибелью отца, при этом больная заявляет, что «самоубийство представляет собой возможных выход из ситуации». Нарушений восприятия, мышления нет. Суицидальных суждений нет.

**Вопрос:**

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Мишени психотерапии?



# ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

## ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ № 1

### КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

(Проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

1. Предмет, задачи и объект изучения в психиатрии, ее место среди других клинических дисциплин.
2. Развитие представлений о душевных заболеваниях и методах призрения психически больных в Европе и России.
3. Правовые основы и современная структура психической заболеваемости. Особенности в оказании психотерапевтической помощи.
4. Общественно-опасные действия психически больных.
5. Принципы оказания психиатрической и психотерапевтической помощи в системе гражданского здравоохранения и в условиях стихийных бедствий, катастроф и аварий.
6. Показания к плановой и неотложной госпитализации психически больных.
7. Особенности обращения с психически больными.
8. Правила транспортировки и оказания помощи на этапах медицинской эвакуации.
9. Основы военно-врачебной и судебно-психиатрической экспертиз у лиц с психическими расстройствами.
10. Основы психогигиены и психопрофилактики.
11. Организация и предполагаемые этапы оказания психиатрической и психотерапевтической помощи в условиях различных экстремальных ситуаций и локальных конфликтов мирного времени.
12. Правовые основы гражданского правового договора на оказание психотерапевтической помощи и психотерапевтического контракта
13. Правовые основы получения данных, необходимых ВОП, для постановки больному диагноза
14. Правовые нормы психотерапии и психофармакотерапии в практической работе ВОП
15. Чем характеризуются сенестопатии?
16. Что свойственно истинным галлюцинациям, что характерно для псевдогаллюцинаций?
17. Что относится к расстройствам процесса мышления?
18. Чем характеризуются бредовые идеи?
19. Что свойственно интерпретативному бреду, что свойственно чувственному (образному) бреду?
20. Что относится к расстройствам памяти?
21. Чем характеризуется дереализация?
22. По каким основаниям классифицируют психопатологические синдромы?
23. В чем отличие позитивных и негативных синдромов, чем определяются простые и сложные синдромы?
24. Чем определяются типичные и атипичные синдромы?
25. Назовите круги Снежневского для продуктивных психопатологических синдромов.
26. Назовите круги Снежневского для дефицитарных психопатологических синдромов.
27. Каково основное расстройство и дополнительные симптомы при астеническом синдроме?
28. Особенности интеллектуально-мнестических нарушений при астении?
29. Вегетативно-соматические нарушения при астении.
30. Каковы особенности психической истощаемости при разных видах астении?
31. Перечислите этиологические варианты астений?
32. Назовите этапы развития астенического синдрома.
33. Назовите основные симптомы расстройств памяти.
34. Дайте характеристику прогрессирующей амнезии.

35. Для каких заболеваний характерны парамнезии?
36. Опишите клинику Корсаковского синдрома.
37. Уровни врожденного слабоумия?
38. Дайте характеристику дебильности, имбецильности, идиотии.
39. Назовите диапазоны IQ для разных уровней врожденного слабоумия.
40. В чем разница между тотальным и лакунарным слабоумием?
41. Что характерно для астенического синдрома после соматического заболевания?
42. Чем характеризуется астенический синдром как следствие черепно-мозговой травмы?
43. Чем характеризуется классическая депрессивная триада?
44. Что относится к признакам идеаторного депрессивного торможения?
45. Что относится к признакам депрессивного двигательного торможения?
46. Что относится к сложным вариантам депрессивного синдрома?
47. Что относится к соматическим признакам депрессии?
48. Назовите простые и сложные варианты маниакального синдрома?
49. Что характерно для гипоманиакального состояния?
50. Чем характеризуется маниакальная триада?
51. Что относится к признакам гипоманиакального состояния?
52. Чем характеризуется обсессивный синдром?
53. Назовите виды obsessions, приведите примеры контрастных obsessions.
54. Что относится к навязчивостям, сопровождающимся тягостным аффектом?
55. Что относится к отвлеченным навязчивостям?
56. Чем характеризуется навязчивый страх (фобия)?
57. Чем проявляется ипохондрический синдром?
58. Что является особенностью паранойяльной ипохондрии?
59. Чем отличается ипохондрия от нозофобии?
60. Этапы развития ипохондрического синдрома.
61. Чем проявляется истерический припадок?
62. Чем проявляется астазия-абазия?
63. Чем определяются истерические сенсорные нарушения?
64. Чем характеризуются истерические сумеречные состояния?
65. Чем характеризуется синдром сверхценных идей?
66. Чем характеризуются бредовые идеи?
67. Чем характеризуется интерпретативный бред (бред толкования)?
68. Чем характеризуется синдром чувственного (образного) бреда?
69. Чем характеризуются иллюзии?
70. Чем проявляются сенестопатические (сенсорные) автоматизмы?
71. Чем проявляются кинестетические (моторные) автоматизмы?
72. Что относят к депрессивному бреду?
73. Что характерно для резидуального бреда?
74. Что характерно для бреда метаморфозы, бреда инсценировки?
75. Виды психических автоматизмов.
76. Особенности псевдогаллюцинаций при шизофрении.
77. Клиника меланхолической парафрении.
78. Какие нарушения памяти наблюдаются при парафрении?
79. Особенности бреда при парафрении.
80. Чем проявляется онейроидная кататония?
81. Особенности сознания при онейроидной кататонии.
82. Виды кататонического возбуждения.
83. Отличия кататонического возбуждения от депрессивного и от тревожного?
84. Какие стереотипии наблюдаются при кататоническом возбуждении?
85. Какие двигательные-волевые нарушения наблюдаются при кататоническом возбуждении?
86. Чем проявляется гебефреническое возбуждение?



87. Особенности аффективного фона при гебефрении, двигательные-волевые нарушения при гебефрении.
88. Отличия люцидной кататонии от онейроидной.
89. Критерии помрачения сознания Ясперса.
90. Особенности ориентировки при разных видах помрачения сознания.
91. Диффдиагностика делирия и онейроида.
92. Отличия истинного (эндогенного) онейроида от экзогенно-органического онейроида.
93. Диффдиагностика аменции и сумеречного помрачения сознания.
94. Виды припадков.
95. Какие признаки являются классифицирующими в этиопатогенетической классификации психических заболеваний?
96. В чем разница классификаций МКБ-10 и DSM-5?
97. Современные нозологические классификации психических заболеваний, принятые в РФ и за рубежом.
98. Особенности национальной классификации психических расстройств.
99. Международная классификация болезней (10 пересмотр) классификация психических и поведенческих расстройств.
100. Многоосевые систематики в психиатрии.
101. Отличие взглядов на шизофрению Э. Крепелина и Е. Блейлера.
102. Основные этиологические концепции шизофрении.
103. Характеристика продуктивных и негативных синдромов при шизофрении.
104. Клинические классификации шизофрении, принятые в РФ и за рубежом. Формы шизофрении: простая, параноидная, кататоническая, гебефреническая.
105. Клиника параноидной формы шизофрении.
106. Клиника простой формы шизофрении.
107. Типы течения шизофрении: непрерывно-прогредиентная, приступообразно-прогредиентная, рекуррентная, злокачественная.
108. Понятие «шизотипии» в психиатрии.
109. Клинические особенности шизотипических расстройств.
110. Клинические разновидности шизоаффективных психозов.
111. Общая характеристика хронических бредовых расстройств

### **ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

(Проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5)

1. К одному из положений МЗМП РФ №294 от 30 октября 1995 года «О психиатрической и психотерапевтической помощи» относится следующее:
  - a. Психотерапевтический кабинет может организовываться в составе территориальной поликлиники, непосредственно обслуживающей 25 тысяч населения
  - b. Определение расчетной нормы обслуживания для врача психотерапевта составляют 2 посещения в час
  - c. Врач психотерапевт не имеет права принимать решение об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дачу заключения для рассмотрения этого вопроса
  - d. Должность врача психотерапевта в психиатрическом отделении устанавливается из расчета 1 должность на 25 коек
2. К одному из положений приказа МЗМП РФ № 294 от 30 октября 1995 года относится следующее
  - a. Должность медицинского психолога устанавливается в психотерапевтическом кабинете из расчета 1 должность на 50 тысяч населения

- b. Врач психотерапевт является специалистом с высшим медицинским образованием по специальности «лечебное дело», имеющий стаж практической работы врача не менее 3-х лет
  - c. Должность врача психотерапевта в психотерапевтическом отделении устанавливается из расчета 1 должность на 15 коек
  - d. Врач психотерапевт повышает свою квалификацию по психиатрии не реже одного раза в 3 года
3. К одному из положений приказа МЗМП РФ №294 от 30 октября 1995 года относится следующее:
- a. Супервизия как элемент образовательного стандарта представляет собой наблюдение обучающегося за работой опытного психотерапевта
  - b. Программа специализации по специальности «психотерапия» предназначена для врачей-психиатров со стажем работы в области психиатрии не менее 3 лет, имеющих сертификат и специализацию по психиатрии
  - c. Образовательный стандарт по психотерапии предполагает продолжительность обучения не менее 500 часов
  - d. Балинтовская группа как форма проведения учебных занятий предназначена для выявления и проработки личностных проблем участников
4. Приказ МЗМП РФ № 286 от 19. 12. 94 «О порядке допуска к осуществлению медицинской деятельности» включает следующие положения:
- a. Лицензия - документ государственного образца, разрешающий специалисту осуществлять определенные виды медицинской деятельности на конкретных должностях
  - b. Диплом - документ единого образца, подтверждающий соответствие подготовки специалиста государственным образовательным стандартам
  - c. Сертификат специалиста - документ об уровне образования, специальности, подготовки и квалификации, выдаваемый образовательным учреждением профессионального образования
  - d. Сертификат специалиста подтверждается каждые три года после соответствующей подготовки
5. 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 оказаться от предлагаемого лечения или прекратить его
  - b. Заключение врача другой специальности (не психиатра) о состоянии психического здоровья обследуемого является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов
  - c. Пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация
  - d. Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке (по основаниям, предусмотренным приказом) решается комиссией врачей-психиатров данного психиатрического стационара
6. Согласно закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» госпитализация психически больного без его согласия может быть осуществлена в следующем случае:
- a. Внезапное начало психического заболевания
  - b. По заявлению коллег по работе, заметивших странное поведение данного лица



- c. Декомпенсация психического заболевания
  - d. Беспомощность больного, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
7. Особенностью психотерапевтической помощи больным невротами 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
8. Характерным для психотерапевтического кабинета в психоневрологическом диспансере является:
- a. Основной контингент больных составляют пациенты с тяжелыми формами невротозов, для многих из которых социальное окружение является постоянным источником декомпенсации
  - b. Лечение протекает в условиях психотерапевтического коллектива (сообщества)
  - c. Тщательная дифференциальная диагностика между невротами и другими пограничными психическими состояниями и инициальными формами психических заболеваний
  - d. Доминирующим видом лечения является личностно-ориентированная/реконструктивная/ психотерапия
9. Общая психиатрия является:
- a. Разделом физиологии высшей нервной деятельности
  - b. Разделом общей патологии
  - c. Разделом медицинской психологии
  - d. Самостоятельной философской дисциплиной
10. Общая психопатология является:
- a. Частью раздела «Общая психиатрия»
  - b. Самостоятельным разделом клинической психиатрии
  - c. Включает в себя раздел «Общая психиатрия»
  - d. Частью медицинской психологии
11. Патопсихология как наука – это раздел
- a. психиатрии
  - b. психологии
  - c. психопатологии
  - d. и психиатрии, и психологии одновременно
12. По определению, здоровье населения характеризуется состоянием:
- a. Физического благополучия
  - b. Физического и душевного благополучия
  - c. Физического, душевного и социального благополучия
  - d. Физического, душевного и социального благополучия при полной адаптации к условиям внешней среды
  - e. Физического, душевного и социального благополучия при полной адаптации к условиям внешней среды и способности к воспроизводству

- 13.** Число всех больных на определенный момент времени, это:
- а. Заболеваемость
  - б. Болезненность
  - в. Риск заболевания
  - г. Болезненная выборка
- 14.** Число новых случаев болезни, появившихся за год, это:
- а. Заболеваемость
  - б. Болезненность
  - в. Риск заболевания
  - г. Болезненная выборка
- 15.** В настоящее время в России здравоохранение относится к системе:
- а. Государственной
  - б. Бюджетно-страховой
  - в. Страховой
  - г. Добровольной
- 16.** В России отмечается:
- а. Снижение уровня самоубийств
  - б. Повышение уровня самоубийств
  - в. Стабилизация уровня самоубийств
- 17.** Вторичная профилактика направлена на:
- а. Предупреждение развития психических расстройств
  - б. Адекватное трудоустройство инвалидов
  - в. Санаторно-курортное лечение психотических форм психических расстройств
  - г. Предотвращение рецидивов психических заболеваний
  - д. Борьбу с вредными привычками
- 18.** Главной задачей психогигиены и психопрофилактики является:
- а. Лечение психически больных
  - б. Сохранение и укрепление психического здоровья и предупреждение развития психических расстройств
  - в. Проведение военно-врачебной экспертизы
  - г. Организация судебно-психиатрической экспертизы
  - д. Борьба с воинскими правонарушениями
- 19.** До постановления судьи основанием для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке при наличии тяжелого психического расстройства являются:
- а. Заявления граждан о неправильном поведении пациента
  - б. Направление в стационар психиатра скорой медицинской помощи
  - в. Направление в стационар психиатра психоневрологического диспансера (отделения, кабинета)
  - г. Беспомощность пациента, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
  - д. Ни одно из перечисленных
- 20.** Единицей наблюдения при изучении общей заболеваемости населения является:
- а. Посещение больного по поводу заболевания



- b. Первичное обращение больного по поводу заболевания
- c. Каждое заболевание, зарегистрированное при медицинском осмотре
- d. Больной, впервые обратившийся по поводу заболевания
- e. Первичное обращение больного по поводу обострения хронического заболевания

**21.** Естественный прирост населения – это разница между:

- a. Рождаемостью и смертностью в трудоспособном возрасте
- b. Рождаемостью и смертностью по возрастным группам
- c. Рождаемостью и смертностью за год
- d. Рождаемостью и смертностью по сезонам года
- e. Рождаемостью и смертностью в трудоспособном возрасте; Рождаемостью и смертностью по возрастным группам; Рождаемостью и смертностью за год; Рождаемостью и смертностью по сезонам года

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

- a. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
- b. «О психиатрической помощи гражданам Российской Федерации»
- c. «О гарантиях прав граждан при оказании психиатрической помощи»

**23.** Заявление в суд по вопросу о госпитализации лица в недобровольном порядке подается:

- a. Родственниками лица
- b. Участковым психиатром
- c. Представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо
- d. Комиссией врачей-психиатров психоневрологического диспансера
- e. Ни одно из перечисленных

**24.** К несчастным случаям на производстве приравниваются случаи утраты трудоспособности:

- a. В командировке
- b. По пути на работу
- c. При выполнении государственных или общественных обязанностей
- d. При выполнении гражданского долга по спасению человеческой жизни, охране государственной собственности
- e. В командировке; По пути на работу; При выполнении государственных или общественных обязанностей; При выполнении гражданского долга по спасению человеческой жизни, охране государственной собственности.

**25.** К числу экстремальных природно-экологических факторов относятся:

- a. Неблагоприятные природно-экологические факторы в условиях постоянного проживания
- b. Землетрясения и иные природные катастрофы
- c. Фон космического излучения
- d. Значительная разница летней и зимней температур воздуха
- e. Большое количество атмосферных осадков

**26.** Какие виды психопрофилактики Вы знаете:

- a. Начальная
- b. Первичная
- c. Основная

- d. Вторичная
- e. Заключительная
- f. Третичная

**27.** Какие основные терминологические отличия новой формулы медицинского критерия невменяемости от старой:

- a. Термин «душевное заболевание» изменен на термин «психическое расстройство»
- b. Перестали разграничиваться хроническое и временное психическое расстройство
- c. Термин «психоз» изменен на термин «расстройство»
- d. Из формулы исключено «иное болезненное состояние»
- e. Нет терминологических отличий

**28.** Какова правильная формула медицинского критерия невменяемости (ст. 21 УК РФ):

- a. ...вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики
- b. . . . вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния
- c. . . . вследствие психического расстройства
- d. . . . вследствие хронического психического расстройства или слабоумия
- e. . . . вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства или слабоумия

**29.** Какова правильная формула медицинского критерия недееспособности (ст. 29 ГК РФ):

- a. . . . вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики
- b. . . . вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния
- c. . . . вследствие психического расстройства
- d. . . . вследствие душевной болезни или слабоумия
- e. . . . вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства или слабоумия

**30.** Какова правильная формула юридического критерия невменяемости (ст. 21 УК РФ):

- a. Не мог понимать значение своих действий или руководить ими
- b. Не мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания
- c. Не мог отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими
- d. Не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими
- e. Не мог правильно руководить своими действиями

**31.** Какова правильная формула юридического критерия недееспособности (ст. 29 ГК РФ):

- a. Не мог понимать значение своих действий или руководить ими
- b. Не мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания
- c. Не мог отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими
- d. Не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими



е. Не мог правильно руководить своими действиями

**32.** Каковы терминологические отличия новой формулы медицинского критерия недееспособности от старой:

- а. Термин «психоз» изменен на термин «расстройство»
- б. В формулу введено «иное болезненное состояние»
- в. Определение «душевная болезнь или слабоумие» изменено на единый термин «психическое расстройство»
- г. Стали разграничиваться хроническое и временное психическое расстройство
- е. Нет терминологических отличий

**33.** Какой статьей закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» регламентирована недобровольная доставка в приёмное отделение психиатрических стационаров больного без его согласия:

- а. статья 11
- б. статья 14
- в. статья 18
- г. статья 25
- е. статья 29

**34.** Лечение без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя:

- а. Не может проводиться никогда
- б. Может проводиться только при применении принудительных мер медицинского характера
- в. Может проводиться при применении принудительных мер медицинского характера, а также при недобровольной госпитализации
- г. Может проводиться всем больным, находящимся под диспансерным наблюдением
- е. Может проводиться в амбулаторных условиях

**35.** Наличие юридического критерия невменяемости может быть обусловлено:

- а. Наличием психических и соматических расстройств
- б. Наличием индивидуально-психологических особенностей у психически здоровых лиц
- в. Малолетним возрастом
- г. Только наличием психических расстройств
- е. Наличием соматических расстройств

**36.** Обвиняемому, совершившему тяжкое деяние, может быть проведена:

- а. Любая экспертиза, предусмотренная процессуальным законодательством (амбулаторная, стационарная экспертиза, экспертиза в суде, экспертиза в кабинете следователя)
- б. Только амбулаторная экспертиза
- в. Амбулаторная экспертиза, экспертиза в суде
- г. Стационарная экспертиза, экспертиза в суде
- е. Только стационарная экспертиза

**37.** Основанием для госпитализации пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке является его тяжелое психическое состояние, которое обуславливает:

- а. Его непосредственную опасность для себя или окружающих
- б. Его непосредственную опасность для себя
- в. Его непосредственную опасность для окружающих

d. Его беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности

e. Существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи

**38.** От кого не принимаются вызовы бригад скорой психиатрической помощи:

a. от медицинских работников

b. от руководителей предприятий, учреждений, организаций (при отсутствии медицинских работников)

c. от работников полиции

d. от прямых родственников больных

e. как исключение вызовы могут приниматься от других лиц в случаях, когда больной проживает один, или прямые родственники больного, находясь с ним, не могут сами обратиться за помощью и просят об этом окружающих

f. в случаях общественно опасных действий больного

g. от посторонних лиц по их инициативе, если больной находится дома, проживает с прямыми родственниками, и они не считают необходимым обратиться в скорую помощь

h. на улице от посторонних лиц. В таких случаях рекомендуется вызывать полицию

**39.** От кого принимаются вызовы бригад скорой психиатрической помощи:

a. от медицинских работников

b. от руководителей предприятий, учреждений, организаций (при отсутствии медицинских работников)

c. от работников полиции

d. от прямых родственников больных

e. от посторонних лиц по их инициативе, если больной находится дома, проживает с прямыми родственниками, и они не считают необходимым обратиться в скорую помощь

f. на улице от посторонних лиц. В таких случаях рекомендуется вызывать полицию

**40.** Первичная профилактика направлена на:

a. Реабилитацию инвалидов

b. Лечение эндогенных заболеваний

c. Предупреждение возникновения психических расстройств

d. Военно-врачебную экспертизу психозов

e. Динамическое наблюдение за военнослужащими с аномалиями развития

**41.** По каким показателям оценивается эффективность психопрофилактической работы:

a. Повторная госпитализация

b. Уменьшение увольняемости

c. Сокращение потерь

d. Уменьшение нарушений дисциплины

e. Улучшением успеваемости

f. Снижение заболеваемости

**42.** Право на отказ от лечения психических расстройств имеют:

a. Все лица без исключения

b. Только лица, не состоящие под диспансерным наблюдением

c. Только госпитализированные в недобровольном порядке

d. Все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера



- е. Все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера, а также тех, кто госпитализируется в недобровольном порядке
- 43.** При недобровольной госпитализации психически больного, в неотложных случаях, решение о проведении лечения без согласия больного может приниматься:
- а. Врачом-психиатром единолично
  - б. Только комиссией врачей-психиатров
  - в. Только с санкции прокурора
  - г. Только по постановлению суда
  - д. Только по разрешению главного психиатра
- 44.** При проведении экспертизы нетрудоспособности выделяют следующие критерии:
- а. Медицинские
  - б. Медицинские и социальные
  - в. Медицинские, социальные и профессиональные
  - г. Медицинские, социальные, профессиональные и возрастно-половые
- 45.** Решение об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке может быть принято:
- а. Врачом любой специальности
  - б. Фельдшером станции скорой медицинской помощи
  - в. Только врачом-психиатром
  - г. Органом управления здравоохранением
  - д. Ни одним из перечисленных
- 46.** Решение об установлении диспансерного наблюдения за лицом, страдающим психическим расстройством, или его прекращении принимается:
- а. Врачом-психиатром единолично
  - б. Комиссией врачей-психиатров
  - в. Главным врачом диспансера
  - г. Только судом
  - д. Только прокурором
- 47.** С какими науками тесно соприкасается судебная психиатрия:
- а. С социологией
  - б. С невропатологией
  - в. С юриспруденцией
  - г. С психологией
  - д. Со всеми перечисленными науками
- 48.** Сведения о состоянии психического здоровья гражданина имеют право запрашивать:
- а. Никому не дано такого права
  - б. Соседи
  - в. Его сотрудники по работе
  - г. Судебно-следственные органы и вышестоящие органы здравоохранения
  - д. Участковые врачи территориальных поликлиник
- 49.** Согласие на лечение необходимо получать от больного или его законного представителя:
- а. Только в начале курса терапии

- b. При каждом и любом изменении первоначальной схемы терапии
- c. В начале курса терапии, а также при смене метода терапии и таких изменениях в лечении, которые связаны с существенным возрастанием риска побочных эффектов и осложнений
- d. При недобровольной госпитализации в психиатрический стационар
- e. При проведении принудительного лечения

**50.** Третичная профилактика направлена на:

- a. Выявление лиц с нервно-психической неустойчивостью
- b. Предупреждение рецидивов психического заболевания
- c. Профилактику невротических реакций
- d. Предупреждение инвалидизации пациентов
- e. Установление причины заболевания

**51.** Что является предметом судебно-психиатрической экспертизы:

- a. Диагностика, профилактика, лечение психически больных
- b. Профилактика общественно опасных действий психически больных
- c. Решение вопросов о вменяемости-невменяемости
- d. Выявление юридически значимых свойств психических расстройств
- e. Решение вопросов о дееспособности и недееспособности

**52.** Юридический критерий невменяемости включает:

- a. Интеллектуальный и волевой компоненты
- b. Только интеллектуальный компонент
- c. Только волевой компонент
- d. Эмоциональный и волевой компоненты
- e. Эмоциональный и интеллектуальный компоненты

**53.** Изучением связей между нервной системой и поведением занимается главным образом:

- a. Зоопсихология
- b. Парапсихология
- c. Психофармакология
- d. Психофизиология

**54.** В соответствии с основами законодательства об охране здоровья граждан РФ разрешена ли эвтаназия:

- a. Да
- b. Нет

**55.** Под нервно-психической неустойчивостью следует понимать:

- a. Состояния психической дезадаптации, характеризующиеся склонностью к срыву оптимального функционирования и адекватного личностного (либо поведенческого) реагирования в условиях эмоционального напряжения
- b. Состояния психической дезадаптации, характеризующиеся срывом оптимального функционирования и адекватного личностного (либо поведенческого) реагирования в условиях эмоционального напряжения
- c. Состояния психической дезадаптации, характеризующиеся склонностью к срыву оптимального реагирования в условиях профессиональной деятельности

**56.** Признаки социально-психологической дезадаптации:

- a. Низшая толерантность к эмоциональным нагрузкам



- b. Снижение или утрата ценности жизни
- c. Слабость психологической защиты
- d. Неадекватная возможностям самооценка
- e. Страх, тревога
- f. Низкий интеллект
- g. Нарушение поведения

**57.** Причиной беспомощного состояния потерпевшего может быть:

- a. Только наличие психических расстройств и малолетний возраст
- b. Наличие психических, соматических, непатологических индивидуально-психологических расстройств, малолетний возраст
- c. Только малолетний возраст
- d. Только наличие психических расстройств
- e. Только наличие психических и соматических расстройств

**58.** Генетические исследования имеют наибольшее значение при диагностике:

- a. Экзогенных психических заболеваний
- b. Эндогенных психических заболеваний
- c. Умственной отсталости
- d. Экзогенно-органических психических заболеваний
- e. Эндогенно-органических психических заболеваний
- f. Психогенных психических заболеваний

К альфа-ритму относятся волны частотой:

- a. Менее 8 герц
- b. 8-12 герц
- c. Более 12 герц

**59.** К бета-ритму относятся волны частотой:

- a. Менее 8 герц
- b. 8-12 герц
- c. Более 12 герц

**60.** К психофизиологическим методам исследования в психиатрии относят:

- a. Методы оценки показателей умственной и физической работоспособности
- b. Методы изучения интеллекта
- c. Физиологические методы оценки психического состояния
- d. Методы изучения особенностей эмоциональной сферы больных

**61.** Клинико-психопатологическое исследование больных осуществляется путем:

- a. Беседы с родственниками больного
- b. Наблюдения
- c. Опроса и наблюдения
- d. Сбора анамнестических сведений
- e. Анализа данных инструментального исследования

**62.** Краниография базируется на:

- a. Изучении электрических биопотенциалов головного мозга
- b. Рентгенографическом исследовании особенностей строения черепа
- c. Ультразвуковой оценке плотности тканей черепа и головного мозга
- d. Ультразвуковом исследовании симметричности расположения мозговых структур

- 63.** Наибольшую диагностическую информативность краниография имеет при:
- Эндогенных психических заболеваниях
  - Психогенных расстройствах
  - Экзогенно-органических психических заболеваниях
  - Эндогенно-органических психических заболеваниях
- 64.** Наибольшую диагностическую информативность ЭЭГ имеет при:
- Эндогенно-органических психических заболеваниях
  - Эндогенных психических заболеваниях
  - Психогенных расстройствах
  - Экзогенно-органических психических заболеваниях
- 65.** Основным методом исследования в психиатрии является:
- Электроэнцефалографический
  - Инструментальный
  - Психологический
  - Генетический
  - Клинико-психопатологический
  - Эпидемиологический
  - Иммунологический
- 66.** Основными частотными диапазонами ЭЭГ являются:
- Дельта-, тэта-и бета-диапазоны
  - Дельта-, тэта-и альфа-диапазоны
  - Тэта-, альфа-и бета-диапазоны
  - Дельта-, альфа-и бета-диапазоны
  - Дельта-, тэта-, альфа-и бета-диапазоны
- 67.** Преобладающим частотным ЭЭГ-диапазоном здорового человека являются:
- Дельта-волны
  - Тэта-волны
  - Альфа-волны
  - Бета-волны
- 68.** Психический статус представляет собой:
- Общую оценку психической деятельности в целом
  - Совокупность признаков расстройств психики
  - Характеристику сохранных элементов психической деятельности
- 69.** Типичными ЭЭГ-признаками эпилепсии считаются:
- Комплекс «медленная волна -быстрая волна»
  - Комплекс «быстрая волна -медленная волна»
  - Комплекс «быстрая волна -пик»
  - Комплекс «медленная волна -пик»
  - Комплекс «пик -быстрая волна»
  - Комплекс «пик -медленная волна»
- 70.** Эхо-энцефалография базируется на:
- Изучении электрических биопотенциалов головного мозга
  - Ультразвуковой оценке плотности тканей черепа и головного мозга
  - Рентгенографическом исследовании особенностей строения черепа
  - Ультразвуковом исследовании симметричности расположения мозговых структур



- 71. Акатизия:**
- Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
  - Двигательное беспокойство, выражающееся в том, что больной не может спокойно сидеть или стоять на одном месте в связи с возникновением ощущения дискомфорта; осложнение психофармакотерапии
  - Расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки
  - Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность, прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости
  - Полное равнодушие, безучастность ко всему окружающему и своему положению, бездумность. Ничто не вызывает интереса, эмоционального отклика
- 72. Амитриптилин относится к классу:**
- Транквилизаторов
  - Психостимуляторов
  - Нормотимиков
  - Ноотропов
  - Антидепрессантов
  - Нейролептиков
- 73. Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин относится к классу:**
- Нейролептиков
  - Антидепрессантов
  - Психостимуляторов
  - Нормотимиков
  - Ноотропов
  - Транквилизаторов
- 74. Все следующие утверждения по поводу электросудорожной терапии верны, кроме:**
- Основным показанием для этого вида лечения является депрессия
  - Она может быть эффективной в лечении больных с маниакальным возбуждением
  - Она получила широкое распространение в комплексной терапии обсессивно-фобического невроза
  - Она может вызвать нарушения памяти
- 75. Галоперидол относится к классу:**
- Нейролептиков
  - Транквилизаторов
  - Антидепрессантов
  - Психостимуляторов
  - Нормотимиков
  - Ноотропов
- 76. Диазепам относится к классу:**
- Транквилизаторов
  - Антидепрессантов
  - Психостимуляторов
  - Нормотимиков
  - Ноотропов
  - Нейролептиков

77. Имипрамин относится к классу:
- Транквилизаторов
  - Нейролептиков
  - Психостимуляторов
  - Нормотимиков
  - Ноотропов
  - Антидепрессантов
78. К ингибиторам МАО относятся:
- Ниаламид
  - Амитриптилин
  - Диазепам
  - Пимозид
  - Ни один из перечисленных
79. К производным бензодиазепаина относятся следующие препараты, исключая:
- Хлордиазепоксид
  - Диазепам
  - Нитразепам
  - Оксазепам
  - Ниаламид
80. К производным бутирофенона относятся:
- Галоперидол
  - Резерпин
  - Диазепам
  - Хлорпромазин
  - Ни один из перечисленных
81. К производным фенотиазина относятся:
- Галоперидол
  - Резерпин
  - Диазепам
  - Хлорпромазин
  - Ни один из перечисленных
82. К трициклическим антидепрессантам относятся:
- Имипрамин
  - Амитриптилин
  - Кломипрамин
  - Пипофезин
  - Имипрамин; Амитриптилин; Кломипрамин; Пипофезин
83. Какие из перечисленных препаратов являются антидепрессантами:
- Диазепам
  - Амитриптилин
  - Галоперидол
  - Мезокарб
  - Левомепромазин
  - Пирацетам
  - Хлорпромазин



- h. Имипрамин
- 84.** Какие из перечисленных препаратов являются нейролептиками:
- Диазепам
  - Амитриптилин
  - Галоперидол
  - Мезокарб
  - Левомепромазин
  - Пирацетам
  - Хлорпромазин
  - Имипрамин
- 85.** Какие из перечисленных препаратов являются ноотропами:
- Диазепам
  - Амитриптилин
  - Галоперидол
  - Мезокарб
  - Левомепромазин
  - Пирацетам
  - Имипрамин
  - Гамма-аминомасляная кислота
- 86.** Какие из перечисленных препаратов являются транквилизаторами:
- Диазепам
  - Амитриптилин
  - Галоперидол
  - Левомепромазин
  - Пирацетам
  - Хлорпромазин
  - Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
  - Нитразепам
- 87.** Какие из перечисленных психотропных препаратов чаще всего вызывают экстрапирамидные расстройства
- Галоперидол
  - Алимемазин
  - Хлорпротиксен
  - Нитразепам
  - Диазепам
- 88.** Какой из перечисленных препаратов относится к классу психостимуляторов:
- Диазепам
  - Амитриптилин
  - Мезокарб
  - Галоперидол
  - Левомепромазин
  - Пирацетам
  - Имипрамин
  - Гамма-аминомасляная кислота
- 89.** Какой из перечисленных синдромов обусловлен побочным действием нейролептиков:
- Делириозный синдром

- b. Судорожный синдром
  - c. Экстрапирамидный синдром
- 90.** Какой класс препаратов требует исключения из диеты больного копченостей, сыра и творога, а также не комбинируется с другими психотропными средствами:
- a. Антидепрессанты -ингибиторы обратного захвата серотонина (Прозак)
  - b. Антидепрессанты -необратимые ингибиторы МАО (Ниаламид)
  - c. Ноотропы с ГАМК-ергическими свойствами (Пирацетам)
  - d. Нейролептики бутерофенонового ряда (Галоперидол)
  - e. Соли лития (лития карбонат)
- 91.** Клофелин относится к:
- a. Опиатам
  - b.  $\alpha$ -Адреноблокаторам
  - c. Антагонистам опиатов
  - d. Антагонистам опиоидных рецепторов
- 92.** Лития карбонат относится к классу:
- a. Нейролептиков
  - b. Антидепрессантов
  - c. Психостимуляторов
  - d. Нормотимиков
  - e. Ноотропов
  - f. Транквилизаторов
- 93.** Мезокарб относится к классу:
- a. Нейролептиков
  - b. Антидепрессантов
  - c. Психостимуляторов
  - d. Нормотимиков
  - e. Ноотропов
  - f. Транквилизаторов
- 94.** Методы психотерапии патогенетически обоснованы в комплексной терапии:
- a. Маниакально-депрессивного психоза
  - b. Шизофрении
  - c. Неврозов
  - d. Эпилепсии
  - e. Отдаленных последствий черепно-мозговой травмы
- 95.** Методы экстракорпоральной детоксикации в лечении психически больных наиболее часто применяются с целью:
- a. Профилактики развития фаз при маниакально-депрессивном синдроме
  - b. Преодоления терапевтической резистентности к психотропным препаратам
  - c. Уменьшения выраженности тревожных расстройств
  - d. Коррекции побочных эффектов лекарственных средств
- 96.** Миансерин относится к классу:
- a. Транквилизаторов
  - b. Нейролептиков
  - c. Психостимуляторов
  - d. Нормотимиков



- e. Антидепрессантов
  - f. Ноотропов
- 97.** Налтрексон применяется:
- a. Внутрь в таблетках, капсулах
  - b. Внутрь в сиропе
  - c. Внутримышечно
  - d. Внутривенно
  - e. Путем имплантации в мышечные ткани
- 98.** Нейролептики являются препаратами выбора в лечении:
- a. Депрессии
  - b. Невроза
  - c. Психопатии
  - d. Шизофрении
  - e. Интоксикационного делирия
- 99.** Основным показанием для назначения amitриптилина является:
- a. Депрессия
  - b. Алкоголизм
  - c. Психопатия
  - d. Шизофрения
  - e. Интоксикационный делирий
  - f. Болезнь Альцгеймера
- 100.** Основным показанием для назначения транквилизаторов является:
- a. Депрессия
  - b. Шизофрения
  - c. Тревожные расстройства
  - d. Синдром психического автоматизма
  - e. Первичный систематизированный бред
- 101.** Пирацетам относится к классу:
- a. Нейролептиков
  - b. Антидепрессантов
  - c. Психостимуляторов
  - d. Нормотимиков
  - e. Ноотропов
  - f. Транквилизаторов
- 102.** Тригексифенидил в комплексной терапии шизофрении применяется с целью:
- a. Усиления антипсихотических эффектов нейролептиков
  - b. Уменьшения выраженности побочных эффектов нейролептиков
  - c. Предупреждения развития терапевтической резистентности при длительной терапии нейролептиками
- 103.** Трифлуоперазин относится к классу:
- a. Транквилизаторов
  - b. Антидепрессантов
  - c. Психостимуляторов
  - d. Нормотимиков
  - e. Ноотропов

- f. Нейролептиков
- 104.** Хлорпромазин относится к классу:
- Транквилизаторов
  - Антидепрессантов
  - Психостимуляторов
  - Нейролептиков
  - Нормотимиков
  - Ноотропов
- 105.** MMPI, опросник Кеттелла относятся к методам:
- проективным
  - стандартизированного самоотчета
  - диалоговым
  - аппаратурным
  - анализа продуктов деятельности
- 106.** В «Пиктограмме» испытуемый на понятие «развитие» рисует спираль. назовите 2 верные интерпретации данной образной ассоциации:
- ассоциация конкретного уровня
  - ассоциация символического (категориального) уровня
  - ассоциация эмоционально насыщенная
  - ассоциация формальная
  - ассоциация выхолощенная (бессодержательная)
- 107.** В «Счете по Крепелину» испытуемый показал следующую динамику продуктивности (количество арифметических операций в мин): 25, 21, 21, 15, 12, 7. это свидетельствует о:
- утомляемости
  - снижении уровня обобщения
  - нарушениях памяти
  - колебаниях внимания
  - нарушениях восприятия
- 108.** Из 10 слов испытуемый воспроизводит 4. это свидетельствует о:
- нормальном объеме запоминания
  - высоком объеме запоминания
  - низком объеме запоминания
- 109.** Использование несущественных признаков объектов, латентных или маловероятных признаков объектов при обобщении является:
- нарушением уровня обобщения
  - нарушением процесса обобщения
  - мотивационным нарушением мышления
  - динамическим нарушением мышления
  - нарушением логики суждений
- 110.** Испытуемый объединяет в одну группу книгу и дерево на основании того, что «и там и там есть лист». Данное обобщение можно интерпретировать как проявление:
- снижения уровня обобщения
  - искажения процесса обобщения
  - ригидности мышления
  - нарушения динамики мыслительной деятельности



- е. нарушения внимания
- 111.** Испытуемый объясняет поговорку «Шила в мешке не утаишь» так: «правильно, оно же острое – проткнет мешок». Это свидетельствует о:
- а. правильном понимании условного смысла
  - б. искаженном понимании условного смысла
  - в. резонерстве
  - г. буквальном (конкретном) понимании условного смысла
  - д. соскальзываниях в суждении
- 112.** Методика «10 слов», предназначена для исследования:
- а. памяти
  - б. восприятия
  - в. внимания и умственной работоспособности
  - г. мышления
  - д. личности
- 113.** Методика «Исключение понятий» предназначена для исследования:
- а. памяти
  - б. восприятия
  - в. внимания и умственной работоспособности
  - г. мышления
  - д. личности
- 114.** Методика «Классификация» предназначена для исследования:
- а. мышления
  - б. памяти
  - в. восприятия
  - г. внимания и умственной работоспособности
  - д. личности
- 115.** Методика «Корректирующая проба Бурдона», предназначена для исследования:
- а. памяти
  - б. восприятия
  - в. внимания и умственной работоспособности
  - г. мышления
  - д. личности
- 116.** Методика «Отсчитывание», предназначена для исследования:
- а. памяти
  - б. восприятия
  - в. внимания и умственной работоспособности
  - г. мышления
  - д. личности
- 117.** Методика «Пиктограмма» предназначена для исследования:
- а. непосредственного запоминания
  - б. опосредованного запоминания
  - в. смыслового запоминания
  - г. произвольного запоминания

- 118.** Методика «Простые аналогии» предназначена для исследования:
- памяти
  - восприятия
  - внимания и умственной работоспособности
  - мышления
  - личности
- 119.** Методика «Сравнение понятий» предназначена для исследования:
- памяти
  - восприятия
  - внимания и умственной работоспособности
  - мышления
  - личности
- 120.** Методика «Существенные признаки» предназначена для исследования:
- памяти
  - мышления
  - восприятия
  - внимания и умственной работоспособности
  - личности
- 121.** Методика «Счет по Крепелину», предназначена для исследования
- памяти
  - восприятия
  - внимания и умственной работоспособности
  - мышления
  - личности
- 122.** Методика «Таблицы Шульте», предназначена для исследования
- памяти
  - восприятия
  - мышления
  - внимания и умственной работоспособности
  - личности
- 123.** Методика Леонтьева предназначена для исследования
- памяти
  - восприятия
  - внимания и умственной работоспособности
  - мышления
  - личности
- 124.** Опросник Кеттелла основан на:
- теории бессознательного
  - теории установки
  - теории деятельности
  - теории черт личности
  - теории поведения
- 125.** Опросник Кеттелла, опросник Шмишека предназначены для исследования:
- способностей
  - характера



- c. темперамента
  - d. эмоциональных состояний
  - e. уровня умственного развития
- 126.** При сравнении понятий испытуемый находит общее между собакой и кошкой в том, что «у них по четыре ноги». Данный ответ можно интерпретировать как проявление:
- a. снижения уровня обобщения
  - b. искажения процесса обобщения
  - c. ригидности мышления
  - d. нарушения динамики мыслительной деятельности
  - e. нарушения внимания
- 127.** ТАТ и тест Роршаха относятся к следующему виду проективной техники:
- a. классическая словесная апперцепция
  - b. проективное предпочтение
  - c. проективное шкалирование
- 128.** Методика «Корректирующая проба Бурдона», предназначена для исследования
- a. памяти
  - b. восприятия
  - c. внимания и умственной работоспособности
  - d. мышления
  - e. личности
- 129.** Тест Векслера, тест Равена предназначены для исследования:
- a. способностей
  - b. характера
  - c. темперамента
  - d. эмоциональных состояний
  - e. уровня умственного развития
- 130.** Установите последовательность вероятностей возникновения суицида при следующих заболеваниях и состояниях: психически здоровые (1); эндогенная депрессия (2); невротическая депрессия (3); шизофрения (4) Выберите правильное сочетание
- a. 2, 4, 3, 1
  - b. 4, 3, 2, 1
  - c. 1, 3, 4, 2
  - d. 4, 3, 1, 2
- 131.** Основными клиническими вариантами малопрогрессирующей /вялотекущей/ шизофрении являются: малопрогрессирующая шизофрения с явлениями деперсонализации (1); малопрогрессирующая шизофрения с явлениями навязчивости (2); ипохондрическая шизофрения (3); галлюцинаторно-параноидный вариант (4); бедная симптомами шизофрения (5); малопрогрессирующая шизофрения с истерическими проявлениями (6) Выберите правильное сочетание
- a. 1, 2, 3, 4, 5
  - b. 1, 2, 3, 5, 6
  - c. 1, 2, 4, 5, 6
- 132.** Основными клиническими вариантами малопрогрессирующей (вялотекущей) шизофрении являются: малопрогрессирующая шизофрения с явлениями навязчивости (1);

Галлюцинаторно-параноидный вариант (2); кататонический тип (3); малопрогрессирующая шизофрения с явлениями деперсонализации (4); ипохондрическая шизофрения (5); малопрогрессирующая шизофрения с истерическими проявлениями (6); бедная симптомами шизофрения (7)

Выберите правильное сочетание

- a. 1, 4, 5, 6, 7
- b. 1, 2, 3, 4, 5
- c. 1, 3, 4, 5, 6

**133.** Основными симптомами при малопрогрессирующей (вялотекущей) шизофрении являются: соматизированные психические нарушения (1); навязчивости (2); бред (3); субдепрессии (4); расстройства самосознания (5); галлюцинации (6) Выберите правильное сочетание

- a. 3, 4, 5, 6
- b. 2, 3, 4, 5
- c. 1, 2, 4, 5
- d. 1, 2, 3, 6

**134.** «Нарушение восприятия времени» относится к:

- a. Галлюцинациям
- b. Психосенсорным расстройствам
- c. Сенсопатиям
- d. Иллюзиям

**135. Аказмы** относятся к:

- a. Аутометаморфозиям
- b. Элементарным зрительным галлюцинациям
- c. Иллюзиям
- d. Сенестопатиям
- e. Элементарным слуховым галлюцинациям

**136. Аказмы:**

- a. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
- b. Нарушение памяти в виде утраты способности фиксации, сохранения и воспроизведения различной информации (событий, знаний и т. д.)
- c. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
- d. Выпадение из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию или другим психическим расстройствам
- e. Элементарные слуховые обманы в виде шума, стука, грохота, шипения, выстрелов и т. д.

**137.** Апрозексия – это:

- a. Неспособность к длительному сосредоточению
- b. Повышенная переключаемость внимания
- c. Сужение «поля внимания»
- d. Полное отсутствие («выпадение») внимания

**138.** Апрозексия, гипопрозексия, гиперметаморфоз относятся к патологии:

- a. Памяти



- b. Ощущений
- c. Воли
- d. Внимания
- e. Восприятия

**139.** Атаксия интрапсихическая:

- a. Разобщенность и расщепление психических процессов (мышления, чувств, поступков), их мимического и речевого выражения
- b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
- c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
- d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации)
- e. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья

**140.** Аутометаморфозии относятся к:

- a. Сенсопатиям
- b. Деменции
- c. Психосенсорным расстройствам
- d. Псевдогаллюцинациям
- e. Расстройствам памяти

**141.** Аффективные иллюзии относятся к:

- a. Сенсопатиям
- b. Патологическим иллюзиям
- c. Психосенсорным расстройствам
- d. Функциональным галлюцинациям

**142.** Бессвязность (инкогеренция) мышления – это:

- a. Непроизвольно возникающий, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний
- b. Затрудненность последовательного течения мыслей, сопровождаемая замедленностью, крайней тягучестью
- c. Неточность, нецеленаправленность мышления, не сопровождающаяся, однако, ускорением течения ассоциаций
- d. Утрата способности к образованию ассоциативных связей, отражению действительности в ее связях и отношениях
- e. Неожиданная остановка, перерыв мысли, ее внезапная блокада

**143.** Бессвязность и разорванность мышления относятся к:

- a. Бредовым идеям
- b. Расстройствам мышления по темпу ассоциативного процесса
- c. Обсессиям
- d. Расстройствам мышления по стройности ассоциативного процесса
- e. Сверхценным идеям

**144.** Брадипсихия – это:

- a. Замедление речи, наступающее во всех случаях заторможенного мышления
- b. Замедление всех психических процессов
- c. Идеи, суждения, не соответствующие действительности и полностью овладевающие сознанием больного и не корригируемые при разубеждении, разъяснении

- d. Необоснованное, чрезмерное преувеличение своих духовных и физических сил, социального положения и связанных с этим возможностей
- e. Необоснованное убеждение в постороннем влиянии на мысли, чувства и поступки больного, нередко с суждением о происхождении такого воздействия (гипноз, лучевое и волновое воздействие и др. )

**145.** Бред – это:

- a. Идеи, суждения, не соответствующие действительности и полностью овладевающие сознанием больного и не корригируемые при разубеждении, разъяснении
- b. Утрата эмоциональных реакций на все окружающее, с мучительным переживанием полной душевной опустошенности
- c. Упорный отказ от пищи, обусловленный психическим заболеванием
- d. Безразличие к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствие желаний, побуждений
- e. Расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки

**146.** Бред индуцированный – это:

- a. Необоснованное суждение обо всем происходящем вокруг больного как специально устроенном, инсценированном с какой-то целью
- b. Бред, возникающий у лиц, находившихся в длительном контакте с психически больным, совпадающий по тематике с бредом больного
- c. Ложное убеждение, проявляющееся идеей полного изменения окружающей обстановки, превращения предметов, перевоплощения лиц
- d. Приобретение предметами, событиями и окружающими лицами особого смысла
- e. Ложное убеждение в наличии неизлечимой, приводящей к смерти или унижительной болезни (рак, СПИД и др. )

**147.** Бред интерметаморфозы – это:

- a. Депрессивные, ипохондрические фантазии с идеями громадности и отрицания (всеобщая гибель, мировые катаклизмы, исчезновения собственного тела, отдельных органов)
- b. Ложное убеждение в ошибочном или умышленном обвинении больного окружающими лицами в совершении неблагоприятных или преступных действий, к которым он не имеет никакого отношения
- c. Образные представления (фантазии и грезы), сопровождающиеся тревогой, страхом, экстазом, растерянностью
- d. Ложное убеждение, проявляющееся идеей полного изменения окружающей обстановки, превращения предметов, перевоплощения лиц
- e. Приобретение предметами, событиями и окружающими лицами особого смысла

**148.** Бред Котара – это:

- a. Погружение в мир личных переживаний с ослаблением или потерей контакта с действительностью. Утрата интереса к реальности с отсутствием стремления к общению с окружающими людьми
- b. Нарушение восприятия, проявляющееся в искажении формы и величины своего тела
- c. Депрессивные, ипохондрические фантазии с идеями громадности и отрицания (всеобщая гибель, мировые катаклизмы, исчезновения собственного тела, отдельных органов)
- d. Кратковременное психическое расстройство, возникающее в ответ на интенсивную, внезапную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, за которым



следует общая расслабленность, безразличие и часто глубокий сон; сопровождается частичной или полной ретроградной амнезией

- e. Ложное убеждение в ошибочном или умышленном обвинении больного окружающими лицами в совершении неблагоприятных или преступных действий, к которым он не имеет никакого отношения

**149.** Бред манихейский – это:

- a. Разновидность аффективного бреда, содержанием которого являются идеи самообвинения, греховности
- b. Разновидность чувственного, экспансивного бреда, содержание которого носит фантастический, антагонистический характер
- c. Разновидность чувственного, экспансивного бреда, содержанием которого являются идеи реформаторства, мессианства
- d. Разновидность чувственного, экспансивного бреда ретроспективного содержания, нередко сопровождающегося псевдогаллюцинаторными воспоминаниями
- e. Разновидность аффективного бреда, содержанием которого являются ипохондрические фантазии с идеями громадности и отрицания (всеобщая гибель, мировые катаклизмы, исчезновение собственного тела, отдельных органов)

**150.** Бред параноидный – это:

- a. Высшая степень бессвязности мышления, когда речь представляет собой беспорядочный, бессмысленный набор слов
- b. Патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития. С сохранением черт, присущих детскому или подростковому возрасту
- c. Ощущение спазма, подкатывание к горлу клубка, шара, возникающее в невротическом симптомокомплексе
- d. Возникающее при глубоком нарушении сознания, ограничивающееся пределами постели двигательное беспокойство, проявляющееся небольшими по амплитуде движениями преимущественно пальцев рук (больной тербит простыню, одежду, «обирается»)
- e. Различные бредовые идеи неблагоприятного воздействия на больного извне, содержащие идеи преследования, отношения, воздействия, отравления, обвинения, ущерба

**151.** Бредовые идеи характерны для клинической картины:

- a. Умственной отсталости
- b. Невротических расстройств
- c. Наркоманий
- d. Психозов
- e. Расстройств личности

**152.** Бредовые идеи являются признаком:

- a. Расстройств невротического уровня
- b. Расстройств психотического уровня
- c. Могут наблюдаться на любом из вышеперечисленных уровней
- d. Могут наблюдаться и у психически здоровых, и у психически больных лиц

**153.** Вагабондаж (дромомания, пориомания) – это:

- a. Патологическое, непреодолимое стремление к перемене мест, к бродяжничеству
- b. Запой, периодически возникающее, непреодолимое влечение к пьянству
- c. Периодически и внезапно возникающая страсть к воровству

- d. Расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких, иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
- e. Неотвратимое стремление к поджогу, который производится без намерения принести зло, причинить ущерб

**154.** Галлюцинации гипнагогические – это:

- a. Видения, возникающие непосредственно перед засыпанием, при закрытых глазах, на темном фоне зрения
- b. Ощущение явного присутствия в полости тела, обычно в животе, инородных предметов, живых существ
- c. Зрительные или слуховые галлюцинации, возникающие при пробуждении
- d. Слуховые галлюцинации в виде голосов, приказывающих (или наоборот запрещающих) совершать те или иные поступки, действия
- e. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на тот же анализатор

**155.** Галлюцинации императивные – это:

- a. Зрительные галлюцинации в виде образов людей, животных, неодушевленных предметов, отличающихся необычайно большими иногда гигантскими размерами
- b. Зрительные галлюцинации в виде образов живых существ и неодушевленных предметов, отличающихся необычно малыми размерами
- c. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на тот же анализатор
- d. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на другой анализатор
- e. Слуховые галлюцинации в виде голосов, приказывающих (или наоборот запрещающих) совершать те или иные поступки, действия

**156.** Галлюцинации функциональные – это:

- a. Зрительные или слуховые галлюцинации, возникающие при засыпании или пробуждении
- b. Ощущение явного присутствия в полости тела, обычно в животе, инородных предметов, живых существ
- c. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на другой анализатор
- d. Ощущение ползания по телу насекомых, появления на поверхности тела или под кожей посторонних предметов
- e. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на тот же анализатор

**157.** Гиперметаморфоз – это:

- a. Расстройство внимания в форме его непроизвольного кратковременного привлечения к обычно не замечаемым предметам и явлениям
- b. Неожиданная, непроизвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
- c. Замедление возникновения ассоциаций, уменьшение их количества
- d. Нарушение способности соотносить возможности собственной личности с реальностью
- e. Ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненным представлением



**158.** Гиперметаморфоз – это:

- a. «Выпадение» внимания
- b. Сужение «поля внимания»
- c. Повышенная переключаемость внимания, отвлекаемость
- d. Снижение переключаемости, внимания

**159.** Гипсофобия – это страх:

- a. Получить травму и оказаться в гипсе
- b. Острых предметов
- c. Высоты и глубины
- d. Загрязнения
- e. Воды
- f. Замкнутых пространств

**160.** Закупорка мышления (шперрунг) – это:

- a. Ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненным представлением
- b. Неожиданная, произвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
- c. Застойность, малая подвижность, замедленность смены психических процессов
- d. Высшая степень бессвязности мышления, когда речь представляет собой беспорядочный, бессмысленный набор слов
- e. Патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития, с сохранением черт присущих детскому или подростковому возрасту

**161.** Иллюзии – это:

- a. Застойность, малая подвижность, замедленность смены психических процессов
- b. Повышенная восприимчивость к обычным внешним раздражителям, сопровождающаяся неприятным субъективным чувством
- c. Понижение восприимчивости к внешним раздражениям
- d. Лишенные смыслового значения произвольные насильственные движения
- e. Ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненным представлением

**162.** Иллюзии возникают у:

- a. Психически здоровых людей
- b. При различных психических расстройствах
- c. Психически здоровых и психически больных лиц

**163.** Иллюзии могут наблюдаться:

- a. При психических расстройствах
- b. У психически здоровых лиц
- c. В обоих случаях

**164.** Истинным галлюцинациям свойственны:

- a. Проекция галлюцинаторных образов «во внутрь»
- b. Чувственная яркость, живость
- c. Наличие критического отношения
- d. Мнестические расстройства

**165.**Какая разновидность фобий свойственна заключительному этапу невротического заболевания:

- a. Гипсофобия
- b. Агорафобия
- c. Нозофобия
- d. Фобофобия
- e. Клаустрофобия

**166.**Какие из перечисленных понятий можно отнести к свойствам восприятия?

- a. Предметность
- b. Контрастность
- c. Константность

**167.**Какие из понятий относятся к познавательным психическим процессам?

- a. Восприятие
- b. Речь
- c. Потребности
- d. Эмоции

**168.**Какой вид мышления характерен для детей до 3-х лет?

- a. Наглядно-действенное мышление
- b. Образное мышление
- c. Практическое мышление

**169.**Кверулянтство – это:

- a. Непроизвольное, назойливое возникновение одного и того же представления в сознании больного, несмотря на прилагаемые усилия избавиться от него
- b. Расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
- c. Отказ от речи, отсутствие речевого общения больного с окружающими при сохранности речевого аппарата
- d. Предшествующее бреду преобладание в самочувствии тревоги, страха с ощущением непонятности окружающего, предчувствием надвигающегося несчастья, опасности
- e. Возникновение непреодолимых, чуждых личности больного мыслей (обычно неприятных), представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, влечений, движений и действий, при сохранности критического к ним отношения и попытках борьбы с ними

**170.** Классическое описание псевдогаллюцинаций принадлежит:

- a. И. М. Балинскому
- b. В. Х. Кандинскому
- c. В. П. Осипову
- d. С. С. Корсакову

**171.** Критическое отношение к болезненным переживаниям наиболее характерно для больных с:

- a. Резонерством
- b. Сверхценными идеями
- c. Обстоятельностью
- d. Обсессиями
- e. Бредовыми идеями
- f. Галлюцинациями



**172.** Метаморфозы – это:

- a. Искажение восприятия формы или величины своего тела
- b. Нарушение ориентировки в собственной личности
- c. Нарушение восприятия размеров и формы предметов и пространства

**173.** Монолога симптом – это:

- a. Двигательное возбуждение, сопровождающее дисфорию или сумеречное помрачение сознания
- b. Двигательное возбуждение больных олигофренией, проявляющееся в бессмысленных, порой разрушительных действиях и сопровождающееся криками, а в редких случаях нанесением себе повреждений
- c. Повторение услышанных слов и предложений
- d. Повторение увиденных действий
- e. Спонтанная речь больного, сопровождающаяся разорванностью мышления

**174.** Мышление – это:

- a. Опосредованное, обобщенное отражение действительности
- b. Процесс отражения объективной реальности, составляющий высшую ступень человеческого познания
- c. Процесс отражения внутренних связей предметов и явлений
- d. Опосредованное, обобщенное отражение действительности; Процесс отражения объективной реальности, составляющий высшую ступень человеческого познания; Процесс отражения внутренних связей предметов и явлений.

**175.** Навязчивые воспоминания относятся к группе:

- a. Навязчивых страхов
- b. Навязчивых влечений
- c. Идеаторных obsessions
- d. Навязчивых действий

## **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

(Проверяемые компетенции:

УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

**1.** Больной К., 18 лет, при поступлении предъявил жалобы на раздражительность, плохой сон, трудности в общении со сверстниками. Из анамнеза известно, что в детстве болел простудными заболеваниями. Воспитание в семье получил по типу гиперопеки, постоянно контролировался родителями. По характеру сформировался капризным, обидчивым, внушаемым. На замечания реагировал бурными эмоциональными вспышками, но быстро успокаивался. Любил находиться в центре внимания, активно участвовал в общественных мероприятиях. После уличного конфликта не работал длительное время, так как «потерял речь». Лечился амбулаторно, с положительным результатом. Часто предъявлял жалобы на здоровье, которые при обследовании не подтверждались. После очередного конфликта вновь перестал разговаривать. При обследовании: сознание ясное. Психотических расстройств нет. Эмоционально лабилен, в поведении демонстративен, театрален. Стремился выделиться среди больных. Искал сочувствия у персонала.

### **Вопросы:**

- 1. Права пациента и регламент оказания помощи врача?
- 2. Ваш диагноз?

**2.** К семейному врачу родителями был приведен на прием Ж., 18 лет. Из рассказа родителей выяснилось, что Ж. утром этого дня был найден в заброшенном старом доме в компании двух

подростков с полиэтиленовым пакетом на голове, при снятии которого почувствовался резкий запах ацетона. Сам Ж. некоторое время затруднялся вступить в контакт, выглядел «как пьяный» с расширенными зрачками и сильно гиперемированным лицом. На вопросы отвечал односложно, избирательно.

При беседе ведет себя развязно, демонстративно. Откровенно рассказывает о том, что уже в течение нескольких лет занимается вдыханием паров различных веществ бытовой химии: очистителей стекол, ацетона, растворителей, клея «Момент» и др. Подробно описывает все ощущения, которые возникают при вдыхании указанных веществ: ощущение благодушия, беззаботности, видения «мультиков», при этом искренне бравирует своим прошлым. Критика к своему состоянию легковесная, настрой на здоровый образ жизни отрицательный.

**Вопросы:**

1. Каков Ваш диагноз?
2. Возможные действия врача?
3. Правовые основы для пациента?

**3.** Больной Б., 16 лет, ученик средней школы. Рос и развивался нормально, учится хорошо, занимался спортом. Два месяца назад перенес грипп с высокой температурой, в последующем оставался астенизированным, с трудом справлялся с учебной программой, перестал посещать спортивную секцию. Поводом для обращения к психиатру стали жалобы подростка, на которые обратили внимание родители подростка. Заявлял, что на улице «машины как-то уменьшились в размерах, а дома стали казаться очень большими». Некоторые предметы. Например – «деревья, столбы», воспринимал как «искореженные, будто бы в мультфильмах», улица казалась «бесконечной». Лестница дома «как будто вела в небо». При этом ориентировки в окружающем не терял, считал, что «на самом деле ничего не изменилось, все осталось на своих местах, мне это только кажется». Излагая свои болезненные переживания, остается внешне спокойным, охотно беседует, просит «дать лекарства, чтобы все воспринималось по-прежнему».

**Вопрос:**

1. Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?
2. Психопрофилактические и социальные аспекты помощи?

**4.** Больной И., 34 года, военнослужащий. Принимая непосредственное участие в боевых действиях в Чечне, подорвался на mine, в бессознательном состоянии был госпитализирован. По выходе из коматозного состояния обнаружил выпадение памяти на период, предшествующий подрыву сроком на 7-8 дней: «помню, как получили приказ, как готовились к выполнению боевого задания, а потом несколько дней забылись начисто... Очнулся лишь в госпитале, после операции, не знаю, почему здесь оказался...». После длительного лечения вернулся в строй, приступил к исполнению служебных обязанностей, однако, спустя несколько месяцев, начал обращать внимание на ослабление памяти: «стал каким-то забывчивым, не могу вспомнить необходимое в данный момент, хотя позже эти факты сами всплывают в памяти, путаю часто даты, имена, телефоны и т. д.» Чтобы компенсировать мнестические недостатки начал пользоваться записной книжкой, постоянно держит под рукой справочник, «стал тренировать свою память, даже книжку купил специальную по этой теме». Поводом для обращения к психиатру послужили нелепые высказывания, на которые обратили внимание окружающие.

Неоднократно, особенно при встречах с боевыми друзьями, рассказывал о своем «героическом прошлом», о якобы «сверхсекретных заданиях», которые выполнял по непосредственному приказу из Москвы, о том, что имел личные контакты с высшими командными лицами (как с нашими, так и со стороны противника), заявлял, что принимая личное участие в стратегических разработках, что «тайно» награжден рядом правительственных наград. В ответ на объективное мнение сослуживцев, что очень многое в рассказах И. не соответствует (и не могло соответствовать!) реальной обстановке не возражает,



активно не спорит, «хотите верьте – хотите нет». Со слов окружающих, «вроде бы по характеру И. остался таким же, да и по службе, в целом, справляется, дома у него все нормально. Выдумал про себя какую-то сказку, и верит в нее, как ребенок...».

**Вопрос:**

1. Правовые основы помощи?
2. Какие психопатологические симптомы (в количестве 3-х) Вы можете выявить в этом клиническом наблюдении?

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.

**Вопрос:**

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

6. Пациент К., 24 г., доставлен в отделение психиатрического стационара специализированной бригадой скорой помощи. При поступлении жалобы, адекватные состоянию, не предъявляет. Сбор анамнестических сведений затруднен из-за негативного отношения пациента. По данным специализированной бригады скорой медицинской помощи и из беседы с родителями известно, в течение 3 месяцев изменилось поведение: стал подозрителен, заметил, что за ним «следят», «пытаются сглазить». Через некоторое время стал замкнут, нарушился ночной сон. В сновидениях «видел слова, но не мог понять их смысл», также беспокоили сны эротического содержания. Стал рисовать замысловатые геометрические фигуры, рисунки непонятного содержания. Утверждал родителям, что его мозг «как будто кто-то съедает». Последние дни и недели крайне агрессивен к родителям, угрожал им физической расправой. Ежедневно выходил на перекресток улиц рядом с домом и подолгу там стоял, свое поведение никак при этом не объяснял. Во время беседы с врачом закрывал глаза, к чему-то прислушивался, что-то шептал. При осмотре: сознание не помрачено. Продуктивному контакту не доступен. Напряжен, подозрителен. Крайне негативистичен. Ответы на вопросы формальные, односложные, часто не по существу заданного. Настроение снижено. В дальнейшем из бесед с врачом стало известно, что в течение 5-6 месяцев больной слышит 2 незнакомых «голоса», звучащие «внутри головы». Отношение к «голосам» однозначно определить не может: «да, они предупреждают меня и помогают мне, но делают это для своих целей, каких – не знаю». Своё поведение перед госпитализацией объясняет «приказами этих голосов»: «выйди на перекресток и от тебя отстанут», «ты можешь защитить себя». Уверен, что «стал жертвой какого-то эксперимента», «все это с самого начала было подстроено». Больным себя не считает, критика к своему состоянию отсутствует. На фоне проводимого лечения нейрорептиками отмечено существенное редуцирование описанной симптоматики.

**Вопросы:**

1. Какие именно варианты антипсихотической терапии возможны в показаниях к лечению
2. Права пациента?

7. Расскажите основы инструкции «Об организации работы отделения (кабинета) медико-социальной помощи детского амбулаторно-поликлинического учреждения» (утв. приказом Минздрава РФ 5 мая 1999 г. № 154).

Расскажите основные задачи и функции отделения.

8. Порядок организации медицинской реабилитации утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 года № 1705н

Расскажите основные реабилитационные мероприятия в рамках медицинской реабилитации реализуются при взаимодействии:

1. Врачей
2. Медицинских сестер
3. Специалистов, имеющих высшее немедицинское образование (логопедов, медицинских психологов, инструкторов-методистов по лечебной физкультуре, специалистов по социальной работе, учителей-дефектологов).

9. Пациент А. 27 лет с диагнозом «Параноидная шизофрения» наблюдается в ПНД по месту жительства.

Расскажите, в чем заключается и что включает в себя медицинская реабилитация.

10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 августа 2005 г. № 534 «О мерах по совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы», Приложение № 3 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 августа 2005 г. № 534 «Положение об организации деятельности Центра патологии речи и нейрореабилитации»

В чем заключается рекомендуемая структура Центра?

11. Приложение № 1 к Порядку оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н «Правила организации деятельности психоневрологического диспансера (диспансерного отделения психиатрической больницы)»

Для обеспечения функций психоневрологического диспансера по оказанию психиатрической помощи в амбулаторных и стационарных условиях рекомендуется предусматривать в его структуре какие подразделения?

12. «Положение об организации деятельности психотерапевтического центра» (утв. приказом Минздрава РФ от 16 сентября 2003 г. № 438)

Рекомендуемая структура психотерапевтического центра состоит из чего?

13. На прием обратилась женщина 41 г., образование средне-специальное, занята на периодических работах в фирме у мужа, замужем, брак в течение 25 лет, муж директор коммерческой организации, 44 г., двое детей: сын 25 лет – молодой специалист, дочь поступила в вуз в другом городе. Причиной обращения считает семейный кризис и неверность супруга. Предъявляет жалобы на сниженное настроение, предшествовавшие обращению недельное состояние с колебаниями АД, головокружениями, пошатываниями при ходьбе (лечилась в стационаре на дому у невропатолога), переживает ощущение личного краха. При обращении подолгу рассказывает о семейных сложностях.

Какая терапия показана на данном этапе?



**14.** К Вам обратилась женщина с заказом на семейную психотерапию. Предъявляет жалобы на головные боли, возникающие после конфликтов с мужем. До этого обследовалась, органических заболеваний не выявлено. Муж соглашается присутствовать на семейных встречах, но повода для собственных личностных изменений не видит.

В данном случае возможно проведение какой терапии?

**15.** Пациентка В., 23-х лет, физик. Внешне спокойна. Взгляд холодновато -отрешённый, очки с затейливо-готической оправой. Впечатление душевной малодоступности за маской вежливо-церемонной доброжелательности. Когда получили с мужем, математиком, от своего учреждения отдельную квартиру и можно было переехать туда от свекрови, с которой постоянно ссорилась, муж подал на развод, пожелав остаться с матерью. В. согласилась с этим: «человек должен быть свободен в своём выборе». Но теперь, когда оказалась одна в новой квартире, всё мучается вопросами о том, почему она и её свекровь не могут «душевно пробиться друг к другу», хотя обе испытывают это желание. Тягостное взаимонепонимание при сильном желании быть духовно, душевно вместе.

1. Вероятнее всего, у пациентки В. какой диагноз?
2. Тактика врача?
3. Права пациента?

**16.** Женщина 27 лет, обратилась амбулаторно с жалобами на трудности засыпания, подавленность, «лень». Описывает у себя периодические состояния грусти, начиная с подросткового возраста. Временами чувствует себя лучше, но эти периоды длятся не более 2-х недель, улучшения почти не бывают полными. Трудоспособна, но думает, что делает работу не так хорошо, как следовало бы. Фиксирует внимание на повторных разочарованиях в жизни, на низкой самооценке.

1. Диагноз?
2. Социальные и психолого-психотерапевтические варианты помощи?

**17.** У 40-летнего женатого мужчины, преуспевающего бизнесмена с удовлетворительной семейной жизнью, отмечается сосредоточенность на мыслях о возможной связи с более молодой женщиной. У него не отмечено психических расстройств в анамнезе и других жалоб. К

1. Какая психотерапия наиболее адекватна?
2. Правовые основы регулирования оказания помощи?

**18.** В области организации психиатрической помощи и совершенствования ее нормативно-правовой базы в соответствии с п. 1 «Плана мероприятий по совершенствованию в течение 2020-2024 годов системы оказания психиатрической помощи населению в субъектах Российской Федерации», утвержденного распоряжением Правительства РФ No 3512-р от 23. 12. 2020 г., в 2021 г. необходимо завершить работу по созданию либо актуализации нормативной базы оказания психиатрической помощи.

Что включает в себя?

**19.** К психотерапевту на прием приходит женщина, ждущая ребенка, по словам клиентки, это не желанный ребенок, так как отношения с мужем разладились, и она собирается от него уйти. Клиентка хочет, чтобы психолог помог ей принять решение, оставлять ребенка, либо сделать аборт. Психолог по своим убеждениям является верующим человеком и считает аборт недопустимым.

Вопросы:

1. Должен ли психолог работать с данным клиентом?
2. Как психолог должен строить свою работу с клиентом, чтобы помочь ей принять верное для нее решение?

**20.** К психотерапевту обратились родители подростка. Сын стал неуправляемым, не успевает в школе, часто прогуливает уроки. Терапевт просит привести на терапию подростка. Терапия проходит успешно, и через несколько сеансов подросток сообщает консультанту, что он распространяет наркотики в школе и получает за это деньги. Психотерапевт обратился к директору школы и рассказал об этом случае.

Вопросы:

1. Правильно ли сделал терапевт, что обратился не к родителям подростка, а к директору школы?

2. Нарушил ли терапевт правило конфиденциальности?

**21.** Психотерапевт работает с несовершеннолетним подростком 14 лет. В процессе психотерапии подросток поделился с терапевтом информацией, которую не хочет рассказывать родителям, но по закону ее следует сообщить родителям (у подростка имеется инфекция, передающаяся половым путем).

Вопрос: следует ли психотерапевту сообщать эти сведения родителям?

**22.** При каких основных психических расстройствах определяется та или иная группа инвалидности при медико-социальной экспертизе?

**23.** Ночью в приемный покой многопрофильной больницы самостоятельно обратился гражданин К. с просьбой оказать ему помощь и укрыть от преследователей. Сообщил, что уже несколько месяцев замечает за собой слежку. В его отсутствие в квартире установили подслушивающие устройства особой конструкции, способные не только записывать его разговоры, но и мысли. Сегодня, из-за ведущегося за ним наблюдения не пошел на работу, весь день казалось, что видел какие-то подозрительные машины у подъезда, видел из окна, как люди жестикулирующей передавали друг другу подробную информацию о нем.

Когда стемнело, спасаясь от преследователей, спустился по водосточной трубе с 4-го этажа, поранил руки, подвернул ногу и на такси приехал в больницу. Пациент ориентирован во всех видах правильно, тревожен, напряжен, подозрительно осматривается по сторонам. Не может объяснить мотивы преследования, считает, что "они ошиблись, меня приняли за кого-то другого". Разубеждению не поддается, просит вызвать милицию или прокурора.

1 Оптимальная тактика дежурного врача приемного покоя

2 Возможно ли в данном случае в психиатрическое освидетельствование пациента

3 Психический статус пациента определяется как?

4 Критичность к своему состоянию у данного пациента?

**24.** Пациент, 30 лет, бывший военный. По характеру целеустремленный, решительный, склонный к самосовершенствованию. Участвовал в боевых действиях, его подразделение почти полностью было уничтожено в бою. После демобилизации, 2 года назад, стал периодически испытывать состояния, когда, как будто наяву, видел сцены того трагического сражения и гибели сослуживцев. Такие состояния длились 5-20 минут, после них чувствовал подавленность. Наплывы воспоминаний провоцируются событиями и фильмами, напоминающими о войне. По ночам отмечал кошмарные сновидения подобной же тематики, просыпался в ужасе, долго не мог заснуть. Стал избегать выхода на улицу, перестал смотреть телевизор из-за боязни вызвать вышеописанные воспоминания. Практически ни с кем не общался, не мог устроиться на работу и устроить личную жизнь из-за раздражительности, нетерпимости к мирной жизни, где «все лгут, и не понимают, что ему пришлось перенести». Жил на ранее накопленные средства, чтобы лучше спать, стал прибегать к алкоголю. Обратился к психиатру по совету сослуживца. Фон настроения нерезко снижен с оттенком раздражения. Выглядит тревожным, голос громкий с раздражительными интонациями. Считает, что врач его не понимает, переходит на крик, стучит кулаком по столу. Жалуется на возникающие помимо воли наплывы воспоминаний о боевых действиях, раздражительность, кошмарные сны. Просит



успокоительных таблеток, хочет найти работу, создать семью. Критичен к частому употреблению алкоголя.

1. Какой диагноз?

2. В комплексе немедикаментозной терапии и реабилитации у данного пациента ведущее значение что будет иметь?

**25.** Больной К., 20 лет, студент. Прибыл на осмотр врачом-психиатром в сопровождении родителей. С их слов, родной дядя по линии матери страдал «каким-то эндогенным заболеванием, неоднократно лечился в психбольницах». Мальчик рос и развивался нормально, единственный ребенок в семье, был достаточно живой и общительный, среди сверстников ничем не выделялся, успешно закончил школу и поступил в технический ВУЗ. В настоящее время – студент 3-го курса, проживает с родителями, холост.

Примерно год тому назад родители обратили внимание на «изменение в характере»: без видимой причины, с их слов, «у сына куда-то стали исчезать ранее свойственные ему чувства привязанности, любви к семье, стал каким-то формальным в общении, на словах говорит все правильно, но как-то безлико, без эмоции. Раньше любил ухаживать и гулять с собакой, а сейчас к ней стал совсем безразличным, в институте отошел от прежних друзей, заявлял об утрате интереса к выбранной профессии. Нарастает пассивность, безразличие, да и за собой постепенно перестал следить: приходится напоминать, чтобы вовремя подстригся, принял душ, потерял прежнюю аккуратность в одежде. Выражение лица становится каким-то отупелым, без четких живых эмоций. Сокурсники говорили, что за последний год К. существенно изменился, хотя с учебными нагрузками справляется, в целом, успешно, но в общении стал совершенно другим человеком, эмоции у него становятся плоскими, однообразными, его ничего сильно ни радует, ни огорчает.

При осмотре: формально ориентировка сохранена, внешне спокоен, безразличен к процедуре осмотра, «раз родители привели – значит, так надо...». Мимика невыразительная, ответы односложные, выражениях эмоциональных проявлений не обнаруживает, считает свое психическое состояние «нормальным», хотя тут же соглашается с предложением обследования в условиях психиатрического стационара. Острых психических расстройств на момент осмотра не обнаруживает.

**Вопрос:**

1. Какой психопатологический симптом является ведущим в этом клиническом примере?

**26.** Обследуемый А., 14 лет, школьник. Поводом для консультации у психиатра послужило беспокойство родителей и учителей участвовавшие за последний год случаи немотивированного воровства. В школе и дома крадет предметы, необходимость в которых явно отсутствует: может взять из портфеля одноклассников авторучку, чистую тетрадь и выбросить их где-то рядом с классом, либо вскоре с шутками вернуть их владельцам. Из дома несколько раз утаскивал чистые носки, ложки и вилки, на вопросы родителей давал невразумительные объяснения: «сам не знаю, зачем они мне, просто что-то находит на меня, когда очень хочется украсть...». Проживает в хороших материальных условиях, воровство совершается обычно без типичных мер предосторожностей, дорогие вещи, деньги обычно внимания не привлекают, сам объясняет свои особенности поведения «дурным влечением», причину появления которого не знает.

**Вопрос:**

1. Какой психопатологический симптом является ведущим в этом клиническом примере?

**27.** Врач скорой помощи в ночное время был вызван на дом к больному Н., 36 лет. Со слов родственников, Н. два дня назад самостоятельно вышел из недельного запоя, к вечеру предыдущего дня стал немотивированно раздражителен, возбужден, звал какого-то Ивана

Васильевича, ловил на кровати несуществующих «котят». Из собранного анамнеза стало известно, что в детстве Н. перенес две черепно-мозговых травмы, по поводу чего неоднократно находился на лечении в неврологическом стационаре. С 26 лет систематически употребляет крепкие спиртные напитки, последние 5-6 лет с обязательным утренним «опохмелением», нередко переходящим в запой по 7-10 дней. Последнее время алкогольные эксцессы сопровождаются раздражительностью, придирчивостью, неприязнью, недовольством, легко переходящим в злобу с агрессивными поступками.

На момент осмотра пульс 96 уд/мин, АД 110/65 мм рт. ст., частота дыхания 24 в мин, возбужден, весь дрожит, покрыт липким потом. В контакт вступает с трудом, при беседе напряжен, с испугом озирается по сторонам, недоуменно смотрит на врача. Свое имя и фамилию называет правильно. Считает, что находится около похоронного бюро. Вдруг вскакивает и кричит: «Смывайте быстро кровь, дочка кровью исходит». Неадекватно смеется. Вместо врача видит какую-то Ирину Васильевну. На повторный вопрос, где он находится, заявляет: «Что вы меня заливаете водой?.. Я в пивнухе, стою на рабочем месте... Опять кровь с меня течет, вытрите меня». Просит «отделить проводку от руки». Неправильно называет число и месяц. Постоянно сдувает «мошек» с одеяла.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. Действия врача скорой помощи

**28.** Дежурный психиатр был вызван ночью в инфекционное отделение на консультацию больного сыпным тифом, обращавшегося ранее к психиатру по поводу умеренно выраженного невротического расстройства. Со слов медперсонала, последние 2-3 ночи больной практически не спит, выглядит встревоженным, вздрагивает от малейшего шума, пугается тени. Просит не выключать на ночь свет, боится оставаться в одиночестве. Накануне вечером больной стал возбужденным, активно стряхивал с себя воображаемых «насекомых», затем стал сооружать плот из подушек и одеял, утверждая, что надо спастись от наводнения. Позже пытался развести костер в палате, чтобы «головешками отгонять притаившихся по углам зверей».

На момент осмотра встревожен, напряжен. В контакт вступает с трудом, в месте и времени дезориентирован, однако собственное имя называет правильно. Постоянно вскакивает, размахивает руками. Речь невнятная, плохо артикулированная, обращается к воображаемым собеседникам. Внимание неустойчивое, быстро истощаемое. Громким окликом удается отвлечь от галлюцинаторного созерцания, получить один-два правильных ответа, но меньше, чем через минуту контакт снова становится невозможным, в связи с чем более детально оценить психические функции больного не удалось.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

Больной В., 37 лет, слесарь. Три дня назад появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось, что его комната наполнена народом, какие-то люди из-за стены кричат, угрожают убить, зовут «пойти выпить». Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, полусобаки-полукошки, слышал стук в окно, крики о помощи. В страхе выбежал из дома и бросился в отделение милиции, спасаясь от «преследования». Оттуда и был доставлен в психиатрическую больницу. В стационаре возбужден, особенно в вечернее время, рвется к дверям, к окнам. При беседе внимание на теме разговора сосредоточивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает стряхивать с себя что-то, говорит, что стряхивает ползающих по нему насекомых, видит перед собой «кривляющиеся рожи», показывает на них пальцем, громко смеется.

**Вопросы:**



1. Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?
2. О каком синдроме идет речь?

**29.** Больная С., 30 лет. Поступила в психиатрическую больницу вскоре после родов. Выглядит бледной, истощенной, губы сухие, запекшиеся. Психическое состояние крайне изменчиво. Временами возбуждена, мечется в постели, срывает с себя белье, принимает страстные позы. Выражение лица тревожное, растерянное, внимание фиксируется на случайных предметах. Речь бессвязна: «Вы отняли у меня крошку... Стыдно. . . Вы думаете с Ваней жить, а нужно с богом. . . Я черт, а не бог. . . Вы все с ума сойдете. . . У меня торможение. . . Хлорпромазин, а потом в магазин. . . » и т. д. Из отдельных отрывочных высказываний можно понять, что больная слышит голоса родственников, идущие откуда-то снизу, крики и плач детей. Настроение меняется: от глубоко угнетенного до восторженно-эйфорического. Вместе с тем, легко озлобляется, угрожает выколоть глаза. Состояние возбуждения неожиданно сменяется глубокой прострацией. Больная умолкает, бессильно опускает голову на подушку, с тоской и растерянностью осматривается по сторонам. В это время удается вступить с ней в контакт, получить ответ на простые вопросы. При этом оказывается, что больная не знает, где она находится, не может назвать текущую дату, месяц, путает время года, не может дать почти никаких сведений о себе и о своей семье. При кратковременной беседе быстро истощается и перестает отвечать на вопросы.

**Вопросы:**

1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром?

**30.** К врачу обратилась мать 13-летней девочки с жалобами на то, что ее дочь последние полтора года «периодически выпадает из жизни». Во время беседы дочь может внезапно остановиться и замолчать, однако, на вопрос: «Что с тобой?» – она тут же отвечает: «Ничего» – и продолжает беседу. Во время еды она может уронить ложку, какое-то мгновение быть с отсутствующим взглядом, но через секунду «оживает», растерянно оглядывается и продолжает есть. Сама девочка эти состояния не замечает или, отшучиваясь, говорит, что у нее бывают «отключения».

Со слов матери, детские годы жизни дочери прошли в тяжелых психотравмирующих условиях, связанных с пьянством

отца. До 10 лет девочка страдала ночным энурезом, в 11 лет была сбита мотоциклистом, в результате чего получила черепно-мозговую травму с сотрясением головного мозга. В последнее время у нее снизилась успеваемость, появилась немотивированная раздражительность с элементами агрессивности. Из аккуратной «покладистой» девочки «превратилась» в конфликтную, злопамятную «молодую особу».

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**31.** К врачу общей практики доставлен больной Л., 18 лет, который во время строительных работ получил удар по голове ручкой раскручивающейся лебедки. На момент осмотра пульс 78 уд/мин, АД 130/85 мм рт. ст., в области лба болезненная гематома 3 x 5 см. Апатичен, адинамичен, в целом напоминал человека в состоянии сильного опьянения. Реагировал только на те вопросы, которые задавались громким голосом. Отвечал с трудом, односложно и неполно. Движения замедленные, лицо гипомимично, выражение безразличное. Болевая чувствительность и рефлексы сохранены в полном объеме.

Вместо госпитализации был оставлен в медицинском пункте под наблюдение дежурного врача. Состояние пострадавшего ухудшалось, он перестал отвечать на вопросы, на громкие окрики только открывал глаза или беззвучно шевелил губами. Реакция на болевое раздражение

ослаблена, но все же оставалась сохранной (одергивал руку при уколе), сохранялись также зрачковые, корнеальные и конъюнктивальные реакции, высота сухожильных рефлексов резко снизилась.

**Вопросы:**

1. Какие психопатологические состояния описаны в задаче?
2. Каковы должны быть действия врача?

**32.** К врачу-психиатру обратилась гражданка Ф., 43 лет, с жалобами на то, что последнее время она замечает у себя «некую внутреннюю отчужденность», стала «какой-то другой, ...это я и не я – чувствую это, а описать не могу». Недавно, например, очень ждала приезда своего сына, которого не видела уже несколько лет. Но после свидания «сидела и горько плакала: он пришел, мой горячо любимый сын, а во мне никакой радости, я ничего не почувствовала, это так ужасно, так мучительно». В процессе обследования психической сферы удалось выяснить, что память, внимание и мышление не обнаруживают никаких формальных расстройств, а сама настойчивость, с которой Ф. укоряет себя в преступном равнодушии к сыну, исключает наличие у нее эмоциональной тупости в узком значении этого слова.

При беседе Ф. вспомнила интересный эпизод своей жизни: однажды, в 15 лет, она долго готовилась перед экзаменами, очень волновалась и практически не спала несколько ночей подряд. На фоне общей усталости и астенизации она вдруг заметила, что «не чувствует своих ног». Подсевшая к ее кровати мать, казалось, «находилась где-то очень далеко». Через несколько минут все это прошло.

**Вопрос:**

Какие психопатологические состояния описаны в задаче?

**33.** Больной З., 32 лет, находится на лечении в психиатрической клинике. Из анамнеза известно, что родился в состоянии асфиксии, с детства отличался замкнутостью, малоподвижностью, склонностью к одиночеству. 6 лет назад развелся, после чего злоупотребляет спиртными напитками, дважды госпитализировался в токсикологический центр по поводу отравления суррогатами алкоголя, исключен из Вооруженных сил согласно решению ВВК об ограничении годности к военной службе по поводу хронического алкоголизма.

В настоящий момент госпитализирован в психиатрический стационар в связи с тем, что считает себя «правителем всей вселенной», утверждает, что он «сделал великие открытия, ...изобрел эликсир жизни, regretum mobile, ...написал множество книг под псевдонимами Пушкина и Толстого, ...владеет сказочным богатством, огромным количеством денег, золота и драгоценностей». Кроме того, заявляет, что в него «влюблены все женщины мира» и он специально пришел в больницу, чтобы «спрятаться от них и отдохнуть». При этом обнаруживает стеничную одержимость болезненными идеями и полное отсутствие критики.

**Вопросы:**

1. Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?
2. О каком синдроме идет речь?

**34.** Больной К. 39 лет. Отец больного злоупотреблял спиртными напитками. В детстве серьезными заболеваниями не болел. Учился «средне», по характеру ранее был веселым, «компанейским». За последние годы характер изменился, появилась вспыльчивость, раздражительность. После окончания 10 классов поступил в военное училище, первые годы после его окончания женился, успешно продвигался по службе. Спиртные напитки стал употреблять с 19-летнего возраста. Выпивал в компании, умеренно. Незаметно втянулся, ежедневно после работы стал выпивать с сослуживцами. Выпив немного, терял над собою контроль, доводил себя до тяжелого алкогольного опьянения. Начал похмеляться по утрам, без этого не мог работать. Появились упущения по службе, служебные взыскания, задержка



очередных воинских званий, ухудшились отношения с женой. В течение последних 10 лет пьет запоями по 7-10 дней подряд, до 1 литра водки в день, часто являлся на службу пьяным, совершал прогулы. Дома в состоянии опьянения устраивал дебоши, ломал мебель, избивал жену. После развода с ней взял отпуск, в течение 2-х недель пьянствовал, практически ничего не ел. Три дня назад пить перестал, так как закончились деньги. Чувствовал себя плохо, появилась бессонница, тошнота, боли в области сердца. Соседи вызвали скорую помощь и милицию, так как из квартиры слышались по ночам громкие крики, больной стучал в стены, выбил в квартире все стекла, отказывался открывать дверь.

При осмотре больной возбужден, не может усидеть на одном месте, залезает под кровать, ползает по полу, заглядывает под столы и стулья, что-то ищет. Весь напрягается, с выражением ужаса на лице вскрикивает: «Вон она побежала, с длинным хвостом!» Не может точно назвать число и день недели. Прислушивается к разговорам за окном, восклицает: «Это опять они, те бандиты, что хотят меня убить!»

**Вопросы:**

1. Какой синдром наблюдается у пациента?
2. К какой группе синдромов он относится?

**35.** Больная С. 34 лет. Родители злоупотребляли алкоголем. Когда больной было 2 года, ее отец, после нескольких дней запоя повесился. Через год мать в состоянии алкогольного опьянения попала под поезд. Воспитывалась в детском доме, затем училась в школе-интернате. Учеба давалась с трудом, после окончания 8 классов закончила ПТУ, получила специальность штукатур-маляра. С 12 лет алкоголизуется, половая жизнь с 13 лет, беспорядочная, неоднократно лечилась по поводу венерических заболеваний. Из-за пьянства и прогулов нигде на работе подолгу не удерживалась, в настоящее время не работает. Трижды привлекалась к уголовной ответственности за кражи, отбывала наказание в исправительной колонии общего режима в течение 3 лет. Замужем не была, имеет 2 детей, судом лишена родительских прав. Проживает в общежитии с сожителем. Накануне поступления, после ссоры с сожителем в состоянии алкогольного опьянения, с суицидной целью выпила около 200 мл. дихлофоса. Соседи по комнате после безуспешных попыток разбудить больную вызвали неотложную помощь. Доставлена в токсикологический центр.

При осмотре: Контакт недоступна. Кожный покров с синюшным оттенком. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. АД 90/50 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Дыхание ослаблено, в нижних отделах легких с обеих сторон влажные хрипы. Живот мягкий. Печень на 2 см. выступает из-под края реберной дуги. Зрачки сужены, реакция на свет слабая. Корнеальный рефлекс сохранен. Сухожильные рефлексы не вызываются. На болевые раздражители не реагирует. Менингеальных симптомов нет.

**Вопросы:**

1. Какой синдром наблюдается у пациентки?
2. К какой группе синдромов он относится?

**12.** Больной С. 19 лет. Единственный ребенок в семье. В росте и развитии не отставал. В школу пошел своевременно, закончил 10 классов, учился средне. После школы работал токарем на заводе. Призван в Вооруженные силы, служил в танковых войсках. По службе сначала характеризовался положительно. Однако через некоторое время командование и сослуживцы заметили отклонения в поведении. Стал уединяться, перестал общаться с сослуживцами, несколько дней не спал, отсутствовал на построении, в результате поисков был обнаружен на чердаке казармы с намотанными на голову проводами. Заявлял о том, что подвергается воздействию «особых лучей из космоса», что его мысли известны окружающим, его действиями управляют инопланетяне. Был направлен в психиатрическое отделение госпиталя. Через несколько дней после поступления состояние ухудшилось. Перестал вступать в контакт с больными и медперсоналом, не принимал пищу, неподвижно лежал на постели с открытыми глазами, с интересом и изумлением вглядываясь в потолок. Был неопрятен калом и мочой,

налажено питание больного через зонд. Через две недели состояние улучшилось, постепенно стал вставать с постели в туалет, для приема пищи, начал общаться с медперсоналом. Сообщил, что сознавал, что находится в госпитале, помнил о том, как за ним ухаживали, какие разговоры вели при нем. В то же время наблюдал и чувствовал себя участником фантастических событий. Говорил о том, что его перенесли в будущее, он посещал другие планеты и галактики, общался с инопланетянами, участвовал в звездных войнах. Рассказывает об этом с интересом, жалеет, что все это уже закончилось.

**Вопросы:**

1. Какой синдром наблюдается у пациента?
2. К какой группе синдромов он относится?

**36.** Больная В., 42 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Перенесенные в детстве заболевания не помнит. Окончила 8 классов, работала в колхозе. В 29 лет перенесла черепно-мозговую травму, после которой около года не могла говорить. В дальнейшем начала ухудшаться память: забывала о назначенной встрече, дни рождения родственников и т. д. У больной появилось слабодушие, нередко беспричинно плакала, перестала понимать шутки и анекдоты. Кроме того, стала быстро уставать при физической нагрузке, плохо адаптироваться к новой обстановке. Трижды находилась на лечении в психиатрическом стационаре, последний раз с диагнозом «отдаленные последствия травмы головного мозга с умеренно выраженным слабоумием».

При обследовании больной отмечалось расширение зон и оживление сухожильных и периостальных рефлексов, неустойчивость в позе Ромберга. Поведение адинамичное: подолгу лежит на кровати или бесцельно смотрит в окно. Настроение неустойчивое, легко переходит от слез к улыбке и наоборот. Контакт доступен. Имя и фамилию называет правильно, но считает, что находится в обыкновенной больнице по поводу простудного заболевания. С трудом ориентируется во времени. Анамнестические сведения давала скудные. Не помнит жизненно важных событий, возраста своих детей. Интеллект снижен. С трудом и ошибками проводит элементарные счетные операции, не понимает переносный смысл пословиц.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**37.** Больной В. 33 лет переведен в психиатрическую клинику (ввиду выраженных расстройств памяти) из хирургической, где он лечился по поводу травмы головы. В анамнезе неоднократные обращения к психиатру по поводу затяжных умеренно выраженных невротических расстройств. В настоящий момент охотно сообщает свое имя и фамилию, профессию, имена детей. В то же время не помнит обстоятельства травмы, не знает, где он сейчас находится, какое сегодня число, что он недавно ел. Практически не может произвести счет по Крепелину, из десяти прочитанных слов воспроизводит максимум два. Никак не может запомнить имя лечащего врача (несмотря на то, что каждый день спрашивает об этом), не помнит, где стоит его кровать. При этом отмечается повышенное настроение с оттенком благодушия. На вопрос, чем он вчера занимался, сообщает, что «пришлось срочно пересматривать один проект». В другой раз говорит: «Целый день занимался починкой мотоцикла, что-то он опять у меня забарахлил».

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**38.** Больной С., 59 лет, находится в психиатрическом стационаре в связи со стойким снижением умственных способностей. Из анамнеза известно, что С. в прошлом высоко образованный и интеллигентный человек. Мать больного страдала маниакально-депрессивным психозом, что проявлялось в периодически возникающих депрессивных настроениях с суицидальными



тенденциями. Сам С. всегда отличался подвижным характером и хорошо развитыми организаторскими способностями. С отличием окончил политехнический институт, в юности был редактором студенческой газеты.

Последние несколько лет наблюдается снижение интеллекта, «уплощение» юмора, мнестические нарушения. В настоящее время у С. наряду с полным отсутствием критической оценки своего состояния нарушена способность приобретать знания и навыки. Не понимает смысла предлагаемых пословиц и поговорок. Суждения и умозаключения непоследовательны, поверхностны, память грубо нарушена: не помнит дат своей жизни, известных исторических событий. При этом наблюдается расторможение инстинктивных влечений: больной ходит голым по палате, цинично пристаёт с сексуальными притязаниями к медперсоналу, ест руками, не стесняется доедать за другими больными.

При исследовании компьютерной томографией обнаружилась обширная атрофия коры головного мозга.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**39.** Больная Д., 47 лет, в прошлом врач-инфекционист, кандидат медицинских наук, находится в психиатрической клинике в связи с резким снижением памяти и интеллекта. Из анамнеза, собранного с помощью старшей сестры больной, известно, что отец Д. страдал ишемической болезнью сердца, в результате чего рано умер и с 5 лет она воспитывалась родителями отца (мать больной оставила семью, когда девочке было чуть более полгода). С детства отличалась подвижным, жизнерадостным характером, имела много друзей, всегда была «душой компании». В школе и в институте училась хорошо, успешно закончила аспирантуру, однако личная жизнь не складывалась (с мужем прожили чуть больше двух лет, детей не было), т. к. «карьера для нее была важнее всего». 7 лет назад Д. перенесла клещевой энцефалит, после чего у нее обнаружилась прогрессирующая рассеянность, стала забывать жизненно важные даты, имена друзей и т. д. В настоящий момент крайне сенситивна, настроение меняется от эйфорично-благодушного до напряженно-тревожного. Анамнестические данные дает крайне скудные, постоянно причитая: «Все позабыла, все позабыла...». Не смотря на имеющуюся ученую степень, не может воспроизвести даже общие положения своей диссертации, в пословицах и поговорках с большим трудом улавливает основной смысл. При беседе постоянно что-то переспрашивает, уточняет, недопонимает даже самые простые вопросы. При этом быстро утомляется и просит перенести беседу на другое время.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**40.** Больной Г., 78 лет, пенсионер. В течение двух месяцев находится в психиатрической клинике. Требуется за собой постоянного ухода. Сам не может найти свою палату, садится на чужие койки, при еде неряшлив, неопрятен. Временами бывает благодушен, смеется, глядя на других больных. Однако чаще раздражителен, гневлив, ругается, замахивается на санитарок, медсестер. За время пребывания в больнице не смог запомнить ни своего врача, ни соседей по палате. Приходящих к нему на свидание родственников также не узнает, не хочет разговаривать с ними, цинично бранится и уходит из столовой, забрав с собой принесенные продукты. Иногда больной становится тревожным, что-то ищет под кроватью, связывает постельное белье в узел и садится на него. Со злобой отталкивает от себя врача, заявляет, что все кругом воры, разбойники, он только что снял с себя сапоги, а их украли. Требуется, чтобы позвали «милицию», возбуждается, кричит: «Караул!»

Однажды больной был продемонстрирован на лекции студентам. Вот отрывок из записи разговора с ним.

– Иван Тимофеевич, сколько Вам лет?

- 40, или, может быть, 30.
- Так Вы еще молодой человек?
- Какой я тебе молодой, отстань, все вы воры, жулики! . . .
- А какой сейчас у нас год?
- Наверное, 1961. . .
- Сколько будет, если к 12 прибавить 8?
- Наверное, 10.
- Иван Тимофеевич, а где Вы сейчас находитесь?
- Я дома, у себя в избе.
- Как Вас здесь кормят?
- Какое кормят! Трое суток не ел. Весь хлеб украли. Вот только сейчас под лавку положил! . .

**Вопрос:**

Охарактеризуйте психопатологическое состояние

**41.** Больной Р., 23 лет. Три года тому назад стал ощущать постоянный неприятный запах от своих ног и из подмышечной области. Затем ему стало казаться, что запах кала, мочи и гнили исходит из половых органов и заднего прохода. Замечал, что будто бы находящиеся рядом с ним люди «поводят носами», отворачиваются. В разговорах окружающих слышались слова: «Запах. . . Свинья. . . » Чувствовал себя виноватым, по несколько раз в день мылся, менял белье, но «запах» не исчезал. В связи с этим не мог находиться среди людей, старался быть в одиночестве. Появились мысли о самоубийстве. Все попытки врача убедить больного в том, что никто из окружающих не ощущает неприятного запаха, больной встречает с полным недоверием, утверждая, что запах чувствуют все, но хотят это от него скрыть.

**Вопросы:**

Охарактеризуйте психопатологическое состояние

**42.** К врачу-психиатру психотерапевтом была направлена пациентка К., 58 лет, по поводу длительного, не прекращающегося в течение нескольких лет ощущения ползания по телу насекомых. Детство К. прошло без особенностей, наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В юности эпизодически курила ананшу, в возрасте 47 лет проходила курс лечения в психиатрической клинике по поводу невротического состояния с умеренно выраженными астено-депрессивными проявлениями, в 52 года у К. был диагностирован церебральный атеросклероз. Замужем, воспитывает двоих детей. Около 4 лет назад обратила внимание на появившийся в области паха, а затем и по всему телу зуд. Неоднократно обращалась к врачам различных специальностей: дерматологам, терапевтам, неврологам, проходила лечение по поводу нейродермита, исследовала функции печени и т. д. Между тем ощущение зуда переросло в чувство ползания по коже насекомых, блох, муравьев, больная обращалась к различным «знахарям», натирала согласно их советам тело керосином, лампадным маслом, избавилась от имевшейся до этого в доме собаки, бесконечно мылась, кипятила белье и т. д. Стала замечать появившуюся у себя на этом фоне немотивированную раздражительность, вспыльчивость, расстройство сна. Обратившись по этому поводу к психотерапевту, после полноценного сбора анамнеза была направлена им на консультацию к психиатру.

На момент осмотра ориентирована во всех отношениях правильно. На коже тела многочисленные расчесы и царапины. В контакт вступает неохотно, категорически отрицает возможность наличия у себя психического заболевания. Интеллектуально-мнестическая сфера без грубой патологии, внимание неустойчивое, быстро истощаемое. В целом астенизирована, гиподинамична.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?



2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**43.** Больной К., 33 лет, цеховой мастер. Заболевание началось в связи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на своих сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что его жена его до брака была в связи с директором предприятия. Ее влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведенных на другую работу. Во время обхода цеха директор подошел к нему и пожал руку. Все это, по убеждению больного, свидетельствует о связи директора с его женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать больного с завода. По его приказу сотрудники «намекают» больному на увольнение, соседи записывают все его разговоры с женой и доносят о них директору, лечащего врача специально неправильно информировали и т. д. Больной весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намекает на «влиятельных друзей», без которых он «давно бы был на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить кого следует».

**Вопросы:**

1. Определите ведущие симптомы
2. Назовите синдром

**44.** Больной П., 48 лет, за несколько дней до поступления в психиатрический стационар стал замкнутым, уединялся. Задавал однообразные вопросы: «Что дальше?», «Ну зачем же?», при этом пристально смотрел в глаза жены. Был осмотрен психиатром, который предложил госпитализацию. Ночью больной неожиданно проснулся, почувствовал, как «из соседнего дома при помощи специального передатчика излучают зеленые радиоволны». Увидел в окнах напротив свет и понял, что там «заседает шпионская группа». «Члены группы» периодически выглядывали в окно и «воздействовали космическим излучением» на его жену, делая ее тем самым «послушной марионеткой». Понял, что и жена теперь входит в эту организацию. «Они» ей дали задание отравить его, подсыпать яд в стакан с молоком. Решив, что необходимо срочно разоблачить и уничтожить преступников, начал искать нож (накануне вечером жена спрятала все острые предметы). Нашел в коридоре ржавую вилку и, подойдя к спящей жене, ударил ее несколько раз по голове.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**45.** Больной Ш., 26 лет, инженер. Заболевание началось довольно остро. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свои рубашки и носовые платки. В отделении психиатрической больницы напряжен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену какие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недоверчиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует выписку. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, больных - за артистов русского народного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!» В словах окружающих слышит «намекы», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка – дорога на кладбище («Это значит -скоро умру!»); олени, изображенные на картине, означают «лень» -следовательно его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом.

**Вопросы:**

1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром

**46.** Больной Б., 50 лет. В отделении психиатрического стационара держится самоуверенно, говорит с апломбом, гневлив, бывает агрессивен. Себя называет «фельдмаршалом», «властителем Мира». Слышит «голоса», доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что он свободно может переноситься на Луну, Юпитер, другие планеты, откуда он управляет Вселенной, движением небесных тел. Часто ощущает запах бензина, спирта, которые ему «подпускают в нос с помощью особой техники». При этом раздражается, требует, чтобы «немедленно прекратили это безобразие». Чувствует, как с помощью аппарата на него действуют «протонами», создают «превратные мысли», «наматывают на мозг», из Лондона действуют с помощью «электронов». При закрытых глазах видит различных животных – рака, скорпиона и т. п. Требует немедленной выписки; хочет ехать в Москву, где ему «дадут столько денег, сколько он захочет». Вместе с тем, при беседе на отвлеченные темы обнаруживает достаточную рассудительность, дает меткие оценки своим сотрудникам, больным в отделении, хорошо разбирается в существе текущих политических событий и т. п.

**Вопросы:**

1. Определите ведущие симптомы.
2. Назовите синдром.

**47.** Больная Г., 14 лет, ученица 8 класса. Всегда спокойная, застенчивая, за последнее время девочка стала вести себя дерзко и развязно. Перестала ходить в школу, несколько раз не ночевала дома, на улице кокетничала с незнакомыми молодыми людьми. В отделении держится в стороне от детей и подростков. Большую часть времени ничем не занята, но оставшись в одиночестве танцует, что-то напевает. Гиперсексуальна. В присутствии других детей, в особенности мальчиков, ложится в кровать, задирает халат, голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? Раз трусики шьют, то пусть их все видят!». Себя называет «Вильгельмом-Завоевателем по фамилии Перепрыжкин». Постоянно гримасничает, хмурит брови, закрывает глаза, морщит лоб. Внезапно, без видимой причины раздражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные продукты тут же съедает, кроме этого, пытается выхватить пищу у других детей. При свидании с подругами не проявляет никакой радости. При беседе с врачом неоткровенна, на вопросы отвечает уклончиво, формально. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационарирования. Не обеспокоена перерывом в учебе: «Ничего особенного. Перейду учиться в другую школу».

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**48.** Больная К., 17 лет. Болеет с подросткового возраста. Неоднократно лечилась в психиатрической больнице. Данное поступление вновь связано с неправильным поведением, расторможенностью. В отделении больная в присутствии других людей и, особенно врачей мужского пола, ложится в кровать, задирает халат, голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? У меня попка хорошая... Пусть ее все видят!». Постоянно гримасничает, морщит лоб, закрывает глаза, хмурит брови. Внезапно, без видимой причины, раздражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные ими продукты тут же съедает, кроме того, пытается выхватить пищу у других больных.

При беседе с врачом неоткровенна, на вопросы отвечает формально и уклончиво. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационарирования. Не беспокоится из-за прерывания учебы в колледже: «Ничего нет особенного. Все равно переведут на другой курс». При свидании с родственниками не



проявляет никакой радости.

**Вопросы:**

1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром

**49.** Больной М., 22 года, артист оперного театра. В отделении психиатрического стационара находится в непрерывном возбуждении, кривляется, дурачится, строит рожи, громко хохочет. Залезает на подоконник, на стол и с громким воинственным криком прыгает оттуда на койки, залезает под кровать, рычит, пытается ухватить проходящих людей за ноги. Себя называет «Гарзаном», говорит, что он «изображает охотника в диком лесу и прыгает с ветки на ветку». Оставленный без присмотра ведет себя непредсказуемым образом: может сдернуть с больного одеяло, разбить окно; однажды отвинтил пробки от грелок и спустил их в унитаз. Временами возбуждение достигает степени неистовства. Больной становится злобным, нецензурно выражается (но тут же извиняется), пытается пить свою мочу, мазаться калом, нападает на окружающих. Громко кричит: «привяжите меня, не могу, я сейчас начну окна бить!». Злобность, гневливость держатся недолго и вновь сменяются повышенным настроением.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**50.** Больная К., 26 лет. Поступила в психиатрический стационар в состоянии сильного психомоторного возбуждения. Постоянно вскакивает с постели, кричит, плюется, стучит кулаками о стену, нападает на других больных. Находясь в постели, двигательно беспокойна, то обнажается, сбрасывает с себя одежду, то натягивает на голову одеяло. Бьет себя кулаками по голове, рвет постельное белье. Большею частью прodelывает все это молча. Выражение лица озлобленное, сумрачное. На вопросы или не отвечает, или со злобой нецензурно выражается. Повторяет движения: врач поднял руку – и больная поднимает руку; врач хлопнул в ладоши – и больная делает то же самое. Временами, наряду с двигательным возбуждением начинает говорить без умолку; в свою речь вставляет слова и фразы, услышанные от окружающих. Фрагмент речи больной: «. . . уберите хлорпромазин, в постели можете курить на голодный желудок, я вам сказала, чтобы психов гнать отсюда, бросьте издеваться, я сама вам покажу, хоть вы кривые, а я косая, инъекцию галоперидола закатите на стол, я вся тут перемажусь, как свинья. . . ».

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**51.** Пациент К., 24 г., доставлен в отделение психиатрического стационара специализированной бригадой скорой помощи. При поступлении жалобы, адекватные состоянию, не предъявляет. Сбор анамнестических сведений затруднен из-за негативного отношения пациента. По данным специализированной бригады скорой медицинской помощи и из беседы с родителями известно, в течение 3 месяцев изменилось поведение: стал подозрителен, заметил, что за ним «следят», «пытаются сглазить». Через некоторое время стал замкнут, нарушился ночной сон. В сновидениях «видел слова, но не мог понять их смысл», также беспокоили сны эротического содержания. Стал рисовать замысловатые геометрические фигуры, рисунки непонятного содержания. Утверждал родителям, что его мозг «как будто кто-то съедает». Последние дни и недели крайне агрессивен к родителям, угрожал им физической расправой. Ежедневно выходил на перекресток улиц рядом с домом и подолгу там стоял, свое поведение никак при этом не объяснял. Во время беседы с врачом закрывал глаза, к чему-то прислушивался, что-то шептал. При осмотре: сознание не помрачено. Продуктивному контакту не доступен. Напряжен, подозрителен. Крайне

негативистичен. Ответы на вопросы формальные, односложные, часто не по существу заданного. Настроение снижено. В дальнейшем из бесед с врачом стало известно, что в течение 5-6 месяцев больной слышит 2 незнакомых «голоса», звучащие «внутри головы». Отношение к «голосам» однозначно определить не может: «да, они предупреждают меня и помогают мне, но делают это для своих целей, каких – не знаю». Свое поведение перед госпитализацией объясняет «приказами этих голосов»: «выйди на перекресток и от тебя отстанут», «ты можешь защитить себя». Уверен, что «стал жертвой какого-то эксперимента», «все это с самого начала было подстроено». Больным себя не считает, критика к своему состоянию отсутствует. На фоне проводимого лечения нейрорептиками отмечено существенное редуцирование описанной симптоматики.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**52.** Больной Ш., 20 лет. В течение последних 3-х лет постепенно стал меняться круг интересов, утратил прежних друзей, время проводил за чтением оккультной литературы, по ночам просматривал «мистические» видеофильмы. Постоянно рассуждал о каком-то «сатанизме» и строил малопонятные для окружающих отвлеченные философские концепции «демонического начала» мироздания. Обратил на себя внимание внешней отчужденностью и беспричинными перепадами настроения. Не мог «найти общий язык» с товарищами, держался замкнуто, в свободное время разрисовывал листы бумаги какими-то символами. Состояние особенно ухудшилось, когда на фоне нарастающей тревоги, стало казаться что «непознанные демонические силы» осуществляют «наблюдение» за ним и «считывают» его мысли. Чувствовал чей-то «преследующий взгляд», испытывал «необычные» ощущения «жжения» кожи и твердил о влиянии на него «черных ангелов». Для обследования родителями был госпитализирован в неврологическую клинику, откуда под влиянием императивных галлюцинаций сбежал, всю ночь где-то прятался, затем самостоятельно вернулся, после чего был направлен на обследование в психиатрическую клинику. При поступлении напряжен и подозрителен, свои переживания не раскрывал. Рисует абстрактно-символические картинки.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**53.** Больной А., 44 г. врач. Данных о психопатологически отягощенной наследственности не выявлено. После окончания медицинского ВУЗа работал по специальности. Заболел остро 2 месяца назад, когда без видимых причин резко снизилось настроение, стал агрессивен, напряженным, тревожным. Казалось, что «путались и обрывались мысли», утверждал, что он является «генерал-лейтенантом, дважды героем России», «воевал в Афганистане, но ранее это скрывал». Уверял, что его «постоянно показывают по телевидению», что «имеет множество автомобилей», предлагал жене «поехать в любом из них». В связи с неадекватностью поведения бригадой скорой помощи был доставлен в психиатрический стационар, где отмечалось двигательное возбуждение, негативное отношение к обследованию и лечению. Отмечались эпизоды кратковременного двигательного возбуждения со стереотипными движениями, застывания в одной позе. На обращенные к нему вопросы не реагировал вовсе или гримасничал, показывал язык, принимал угрожающие позы. В беседах говорил, что «вокруг все как в калейдоскопе», казалось, что «сходит с ума». Уверял, что врач про него «уже знает все, все его дела и поступки», себя называл «алкоголиком».

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**54.** Больной К., 25 лет. Из анамнеза: родная сестра страдает душевным заболеванием. Раннее



развитие без особенностей. По характеру ранимый, но холодный и равнодушный к близким. Болен в течение 4 месяцев, когда обратил на себя внимание окружающих подозрительностью и «нервозностью». Был тревожен, высказывал опасения за «собственную безопасность», увлекся «проблемами экстрасенсорики» и резко ограничил круг общения. Через 2 месяца состояние резко ухудшилось. На фоне нарастающей тревоги высказывал идеи преследования, испытывал отчуждение и наплывы мыслей. Казалось, что за ним «следят» какие-то незнакомые люди «в черных куртках», слышал «голоса» внутри головы угрожающего содержания: «. . . Убийцы в твоей постели. » Сутками не спал, прятался, искал в доме «подслушивающую аппаратуру», не подпускал к себе семью. Бригадой скорой помощи был доставлен в психиатрическое отделение, где на фоне лечения нейролептиками острая психотическая симптоматика редуцировалась. В отделении бездеятелен, малопродуктивен, неряшлив. Большую часть времени ничем не занят, лежит в постели или бесцельно перемещается.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**55.** Больная Г., 44 лет, поступила с жалобами на: повышенную утомляемость; выраженную общую слабость – «ноги не держат»; усталость; чувство «бессилия»; плаксивость; пониженное настроение, нарушение засыпания, периодические головокружения; шум в ушах.

Из анамнеза: родилась в сельской семье седьмым ребенком (всего в семье 8 детей). Данных о психопатологически отягощенной наследственности нет. Беременность, роды матери и раннее развитие без патологии. Росла в плохих социально-бытовых условиях, плохо и однообразно питалась. В школу пошла с 8 лет, училась хорошо, поступила в «библиотечный» техникум, закончив который работала по специальности. В 23 года вышла замуж, имеет сына 23 лет. Себя характеризует как человека «незлобивого», «в целом доброго», мнительного, чувствительного, легковозбудимого. Заявляет, что любит обсуждать все проблемы с близкими знакомыми, но облегчения это не приносит.

Считает себя больной с 30 лет, когда впервые отметила у себя слабость и дрожь в руках, которую можно было унять усилием воли. Постепенно нарастала болезненная чувствительность к психотравмам, становилась все более ранимой, но вида не показывала, появилась плаксивость, стала быстро уставать. Этим явлениям предшествовали постоянные ангины с гнойным отделяемым и лихорадкой, которыми больная страдала на протяжении последних 8-10 лет.

Два года назад на фоне судебных тяжб за родительское имущество появились вышперечисленные жалобы. Больная консультировалась у «психотерапевта в поликлинике», принимала, валериану, грандаксин, реланиум, феназепам, ноотропил, никотиновую кислоту. Состояние особенно ухудшилось в последние полгода.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, в беседу вступает охотно, ведет себя претенциозно, хотя на вопросы отвечает правильно, излишне подробно. Держится немного отстранено, контролирует себя. Стремится показать себя в лучшем свете. Выявляется недоверие и настороженность по отношению к врачам, говорит, что «с ними ей не везло»: в детстве не распознали анемию, во время беременности не увидели токсокоз, во время грудного вскармливания не сказали, как надо кормить». Речь эмоциональная, правильная. Надменна, эгоцентрична, демонстративна. Просит информировать ее о назначенном лечении, «чтобы она могла потом знать, что ей помогает, а что нет». Отмечается небольшой тремор рук. Настроение немного снижено, расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, уровень обобщений средний, темп мышления нормальный, нарушений стройности ассоциативного процесса и продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

**Вопросы:**

1. Какой синдром отмечается у больной?
2. Каковы этиопатогенетические механизмы наблюдаемых у больной психических нарушений?

**56.** Больная К., 38 лет, поступила в психиатрическую клинику с жалобами на: необычную головную боль, необычные ощущения в теле – «охватило холодом, а на утро не смогла подняться с кровати: все кружилось, казалось, что потолок поменялся местами с полом», головокружение на рабочем месте, дрожь, внутреннее покачивание, «шапочка на голове», особенно во второй половине дня, слабость, слезливость, неустойчивость настроения, разнообразные неприятные ощущения в виде «внутренней слабости», комка в горле, мигрирующих болей в плечевых и тазобедренных суставах, головокружения, чувства «внутреннего жара», отсутствие аппетита, нарушения сна, периодические головные боли, нарушения менструального цикла, снижение либидо.

Из анамнеза: ранее развитие без особенностей. Закончила 10 классов. На уроках могла «потерять речь» у доски из-за «повышенной стеснительности». До 13 лет были разнообразные «нервные тики» – моргание глазами, подергивание ноги при ходьбе и т. п. При этом характеризует себя в тот период как веселую, активную и жизнерадостную. После школы окончила торговый техникум. Замужем, воспитывает сына 10 лет и дочь 5 лет. В связи с тем, что сын был крайне возбудимым «спал по 15 мин в день», «закатывал истерики – бился головой об пол» появилась тревожность, опасения, что сын будет сумасшедшим. В это время отказалась занять более высокую должность, но т. к. заметила, что склонна «сильно переживать за порученное дело – начинала болеть голова, расстраивалась, появлялась бессонница», сама попросила перевести ее на более низкую должность. После рождения дочери появились опасения и за ее здоровье.

В течение последнего года обратила внимание на появление нарушений менструального цикла, снижения либидо. Однажды на работе очень разболелась голова, «охватило холодом, а на утро не смогла подняться с кровати: все кружилось, казалось, что потолок поменялся местами с полом». Эти явления нарастали день ото дня, появилось головокружение на рабочем месте, дрожь, внутреннее покачивание, чувство тяжести в голове.

Объективно при поступлении: общее состояние удовлетворительное. Ориентирована правильно. Настроение неустойчивое, с легким возникновением тревожности, плаксивости. Фиксирована на своем состоянии, высказывает различные мысли ипохондрического содержания. Жалобы излагает детально, с демонстративностью в поведении. Повышенно истощаема по ходу беседы с появлением вегето-сосудистой лабильности. Расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, уровень обобщений средний бреда нет. Суицидальных намерений нет.

**Вопрос:**

1. Какой синдром определяется у больной?

**57.** В нейрохирургическом отделении врачом-психиатром был консультирован больной К., 23 лет, с черепно-мозговой травмой. По мере выхода из двухдневного сопорозного состояния у больного постепенно нарастало двигательное возбуждение, стал метался в постели, на обращения в свой адрес не реагировал, палату принимал за стадион, а кровати за зрительские трибуны. Наряду с этим он практически не спал и отказался от пищи.

На момент осмотра контакт с больным затруднен, сохраняется хорейное возбуждение с червеобразными движениями в постели и хаотичным раскачиванием головой. Не может вспомнить своего имени, определить, где он находится, неправильно указывает месяц и число. Глядя на часы, затрудняется назвать время, хотя правильно отмечает расположение стрелок. При этом речь больного бессвязна, ограничена нелепыми стереотипными выкриками обыденного смысла: «Кто опять? Не хочу никого! В дерево, в дерево... книгами». Слова произносятся без изменения интонации, без остановки, то шепотом, то громко, то нараспев. Периодически речь больного прерывается быстро истощающимся смехом или всхлипыванием. Выражение лица растерянное, настроение подавлено тревожное.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?



2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**58.** Пациент, 18 лет. Согласно анамнезу: отец больного страдал алкоголизмом. По словам матери, с раннего детства отставал в психомоторном развитии -только к 3, 5 годам начал ходить и говорить. Перенес: корь, скарлатину, до 17 лет страдал ночным энурезом. В школу пошел с 8 лет, два года учился в 1 классе, но не смог усвоить программу. Был переведен в коррекционную школу, с трудом окончил 6 классов. Профессии приобрести не смог. Работал на стройке разнорабочим, иногда помогал в домашнем хозяйстве.

Мать пациента жалуется на плохую сообразительность сына, инертность. При осмотре: пациент не может назвать текущего года, путает месяцы, вообще не знает сколько в году месяцев, путает их названия. Устный счет производит по пальцам, с ошибками. Читает по слогам медленно, многосложные слова произносит неправильно. Пишет только простые слова и только печатными буквами. После того, как врач дважды прочитал ему басню "Лиса и Журавль", не смог передать ее содержание, не понял смысла. Не может

Формы текущего контроля успеваемости: оценка уровня сформированности компетенций осуществляется на клинических практических занятиях по результатам собеседования по контрольным вопросам, решения ситуационных задач, тестирования, написание психического статуса пациента психиатрического профиля. Оценка самостоятельной работы студента проводится по результатам тестирования, выполненного на

ЭИОП elearning. volgmed. ru. Результаты выше обозначенных форм текущего контроля успеваемости отражаются в журнале академической успеваемости групп.

перечислить стороны света, из городов знает только Москву. Запас слов мал. Интересы к чему-либо не проявляет, бродит без дела по отделению, много смеется, иногда листает журнал и рассматривает картинки. В соматическом состоянии отклонений не выявлено. При экспериментально-психологическом исследовании: IQ = 52.

Вопросы к задаче:

1. Перечислите симптомы, описанные в задаче.
2. Укажите ведущий психопатологический синдром.
3. Установите и обоснуйте диагноз.

**59.** Больной А., 34 года, рабочий. На протяжении последних 10-12 лет злоупотребляет алкоголем, пьет по 5-7 дней в дозе 500-700 мл ежедневно, тяжело переносит похмелье, по поводу «тяги» к спиртному дважды лечился амбулаторно у нарколога, дома – частые конфликты с женой по поводу пьянства. На прием к психиатру доставлен супругой, со слов которой «три дня назад, после очередной пьянки, стал каким-то тревожным, к чему-то прислушивается, затыкает уши руками, с кем-то переговаривается, ругается». При осмотре: внешне – тревожен, суетлив, в то же время понимает, где находится и с кем беседует. Сообщает, что в последние дни стал «слышать» знакомые и незнакомые голоса, которые «идут с улицы, из соседних домов», «разговариваю с ними, как с живыми...». Уверен в реальности происходящего, переговаривается с ними, объяснить причину их возникновения не может, больным себя не считает.

**Вопрос:**

1. Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?
2. Тактика лечения?

**60.** Больная Р., 28 лет при поступлении в клинику предъявляла жалобы на наличие навязчивых мыслей: «боязнь сойти с ума», «боязнь ошибиться на работе», боязнь раскрыть профессиональные коммерческие тайны при наличии «непреодолимого желания» их раскрыть, быструю утомляемость, слабость, снижение работоспособности, чувство внутреннего напряжения.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась первым

ребенком в семье из двух детей (имеет брата 24 лет). Родители живы и здоровы. В школу пошла 7 лет, училась на «хорошо» и «отлично». Росла впечатлительным ребенком, существенное значение придавала успеваемости в школе. Окончила среднюю школу, затем институт, после чего работает по специальности. Замужем, муж водитель грузовика, отношениями с мужем не довольна, считает его «слабовольным, интеллектуально слаборазвитым человеком». Воспитывает дочь 2 лет.

Заболела 2 года назад, после рождения дочери, психоэмоционального напряжения, связанного с этим обстоятельством. В этот же период муж больной попал в автокатастрофу, что усилило тревогу, способствовало формированию навязчивых мыслей о его возможной гибели. В дальнейшем навязчивые мысли стали формироваться в отношении различных профессиональных ситуаций, в течение последних двух месяцев отмечалось ухудшение состояния. С перечисленными выше жалобами больная госпитализирована в клинику психиатрии академии.

Объективно: больная ориентирована в пространстве, во времени и собственной личности. В контакт вступает охотно, отмечаются выраженные вегетативные реакции: в момент беседы больная часто краснеет. Заявляет, что хочет избавиться от беспокоящих ее навязчивых мыслей, «от навязчивых мыслей жить невыносимо». Расстройств восприятия нет, мышление последовательное, нормальное по темпу, бреда нет. Суицидальных намерений нет.

**Вопрос:**

1. Какой синдром наблюдается у больной?

**61.** Больная Ч., 25 лет, предъявляет жалобы на быструю утомляемость, слабость, снижение работоспособности, нарушение сна (нарушение засыпания, частые пробуждения по ночам).

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась от нормальной доношенной беременности и родов единственным ребенком в семье. Окончила среднюю школу, училась посредственно. По окончании школы окончила медицинское училище, в настоящее время работает по специальности. Проживает совместно с матерью и бабушкой в отдельной квартире. Отец, в течение последних пяти лет с семьей не жил, за пять месяцев до поступления больной в клинику психиатрии покончил жизнь самоубийством. В возрасте 10 лет больная подверглась нападению в подъезде молодым незнакомым мужчиной, действия которого со слов больной носили сексуально агрессивный характер, подробно об этом факте рассказывать отказывается, факт изнасилования отрицает. С тех пор, со слов больной, она испытывает «неприязнь к мужчинам».

Считает себя больной в течение последних полутора лет, когда появились вышеперечисленные жалобы, причиной своего заболевания считает разрыв отношений с молодым человеком, который, со слов больной «настаивал на интимных отношениях и не удовлетворялся дружбой». В течение предшествовавшего поступлению в клинику месяца, состояние ухудшилось: нарушился сон, появилась тревога. С перечисленными жалобами больная госпитализирована в психиатрическую клинику.

Больная ориентирована в пространстве, во времени и собственной личности. В контакт вступает охотно, однако ведет себя несколько настороженно, излагает жалобы спокойно. Настроение сниженное, отмечается фиксация на болезненных переживаниях, связанных с гибелью отца, при этом больная заявляет, что «самоубийство представляет собой возможных выход из ситуации». Нарушений восприятия, мышления нет. Суицидальных суждений нет.

**Вопрос:**

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Тактика лечения?

**62.** Больной П., 25 лет. При поступлении предъявлял жалобы на болезненные ощущения в эпигастральной области. При объективном обследовании патология со стороны органов брюшной полости не выявлена. Из анамнеза. Ранее заболеваниями психоневрологического профиля не страдал. Заболел остро, когда без видимых причин резко снизилось настроение,



нарушился сон, стал болезненно замкнутым, напряженным и тревожным. Казалось, что «путались и обрывались мысли», не понимал, «что с ним происходит», уединялся, высказывал идеи самообвинения, утверждал, что в чем то «сильно подвел всех» и «не может смотреть в глаза коллегам», однако объяснить, в чем его вина, не мог. По направлению врача-психиатра ПНД был госпитализирован в психиатрическую клинику. Был недоступен продуктивному контакту, выглядел подавленным и отрешенным. Свои переживания не раскрывал. Но требовал зачем-то «привлечь его к ответу», чтобы «искупить вину». Отказывался от пищи. Уверял, что врач про него почему-то «уже все знает». Впоследствии на фоне лечения антидепрессантами наблюдалась постепенная редукция симптоматики. В отделении одинок, бездеятелен, вял, малопродуктивен. При осмотре: В беседе формален, паралогичен, без критики к своему состоянию: «что-то казалось. . . , наверное, был нервный срыв». Обманов восприятия не выявлено. Настроение остается сниженным. Свои переживания, относящиеся ко времени поступления в клинику не раскрывает. В отношении будущего безразличен: «теперь все равно...». Интеллектуально-мнестические функции грубо не снижены. Суицидальные мысли отрицает.

**Вопрос:**

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Предположительный диф диагноз и терапия?

**63.** Больная П. 35 лет. Жалобы на раздражительность, повышенную утомляемость, плохой сон. Анамнез. Впервые состояние изменилось около 4-х лет назад, когда после рождения второго ребенка появилась подавленность, внутренний дискомфорт, некоторая апатия, стала испытывать недовольство своим носом, «старалась не поворачиваться в профиль, чтобы меньше было заметно». В том же году сделала себе пластическую операцию носа. В течение этого года снизился аппетит, ухудшился сон. Ощущала отсутствие «целостности», уставала в течение дня, уезжала за город отдыхать в одиночестве. Была раздражительной по незначительному поводу. Считала, что муж и свекровь «энергетические вампиры», ощущала, что «во время общения с ними теряет энергию». Иногда отмечала, что в разговорах теряет нить беседы, так как «мысли путались и останавливались». Стала читать эзотерическую литературу, находила в ней подтверждение своим ощущениям. Убедилась в существовании «оболочек вокруг человека», которые «могут повреждаться и через них теряется энергия». Около года назад на фоне сниженного настроения по телефону, угрожала мужу суицидом. Бригадой скорой помощи была доставлена в психиатрическую клинику. В отделении замкнута, малообщительна, бездеятельна, эмоционально монотонна. На фоне проводимого лечения нейрорептиками и транквилизаторами отмечается некоторое уменьшение эмоциональной напряженности, сохраняются мыслительные и эмоционально-волевые расстройства.

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

**Вопросы:**

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

**64.** Больной М., 36 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Мать больного 72 лет, здорова, по характеру добрая, покладистая. Отец погиб на войне. Старшая сестра больного здорова. Больной родился от первой беременности в срок. Роды были затяжные, с наложением акушерских щипцов. Раннее детство без особенностей. От сверстников в развитии не отставал, однако был несколько вялым, пассивным, часто наблюдалась рвота. Посещал дошкольные учреждения. Учился ровно по всем предметам. С товарищами был общителен, дружелюбен. Из заболеваний в детском возрасте отмечаются детские инфекции, до 13 лет страдал ночным энурезом, во сне был беспокоен, часто просыпался. В дальнейшем эти явления исчезли. После окончания начальной средней школы работал токарем. К работе относился серьезно, замечаний и взысканий не имел. От службы в армии освобожден в связи с появлением судорожных припадков. Окончил вечерний техникум при заводе. С 21 года работал мастером. Всегда был старательным и добросовестным. Алкогольные напитки не употребляет, следуя рекомендациям врачей. В возрасте 30 лет установлена II группа инвалидности по психическому заболеванию. Не работает.

В 18 лет впервые возник большой судорожный припадок, когда, по рассказам коллег, по дороге с работы внезапно упал, начались судороги во всем теле, сопровождавшиеся мочеиспусканием и дефекацией. В дальнейшем припадки повторялись 1-2 раза в полгода. В возрасте 22 лет припадки участились и стали ежемесячными. Лечился амбулаторно. Пароксизмы стали редкими (1-2 раза в год), но родные стали отмечать периодически возникающие расстройства сознания, во время которых больной на несколько секунд прерывал начатое действие, совершал бесцельные движения руками, а затем, как бы очнувшись, продолжал начатое. Подобные явления отмечались 2-3 раза в неделю.

С 28 лет у больного появились головные боли. Стал медлителен. Перешел на работу в отдел кадров. Был старательным, требовательным к сотрудникам. Участились головные боли. Стал конфликтовать с женой и дочерью. На работе был медлителен, болезненно реагировал на замечания в свой адрес, стали возникать конфликты с сослуживцами. В 32-летнем возрасте в связи с заметным снижением профессионального уровня и значительными изменениями личности установлена II группа инвалидности. Неоднократно лечился в различных психиатрических больницах. В настоящее время не работает, примерно 1 раз в неделю бывают пароксизмы по типу амбулаторного автоматизма.

Психическое состояние: больной ориентирован в месте, собственной личности, однако затрудняется назвать точную дату, хотя правильно называет месяц и год. Контактен. На вопросы отвечает развернуто, обстоятельно, не всегда по существу, самостоятельно переключается на описание своих расстройств. Речь больного замедленна, монотонна, весьма многословна, однако словарный запас ограничен. Он опрятен, поза несколько скованная.

Больной жалуется на периоды потери сознания и непроизвольные движения во время этого с полной амнезией в последующем, головные боли, слабость. Галлюцинаторные и бредовые расстройства отсутствуют. Все внимание больного сосредоточено на собственном заболевании. В значительной степени изменена память. Настроение подвержено колебаниям. На фоне благодушия и благожелательности часто возникают приступы раздражительности. Конфликтует с персоналом и больными по поводу соблюдения режима. Злопамятен. Критического отношения к своему состоянию нет. Основной целью жизни считает заботу о собственном здоровье.

При электроэнцефалографическом исследовании установлены признаки очаговой билатеральной пароксизмальной активности, явления ареактивности и десинхронизации.

На рентгенограммах черепа патологических изменений нет.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Укажите принципы лечения



**65.** Девочка 12 лет по физическому развитию напоминает ребенка 4 лет. У нее резко выраженное сходящееся косоглазие, маленьких размеров голова с явным преобладанием лицевого черепа над мозговым. Выражение лица бессмысленное, рот полуоткрыт с почти постоянно вытекающей слюной. Целыми днями сидит в постели, стереотипно раскачиваясь взад-вперед. Порой делает попытки встать, держась за край кровати, но чаще всего при этом не удерживается, садится и вновь начинает стереотипно раскачиваться. Никак не реагирует на окружающее, например, даже не повернула головы при резком звуке падающего таза. Не понимает не только речи, но и жесты и интонаций. Обычно издает только мычание, но иногда, главным образом при запаздывающем кормлении, начинает дико кричать и царапать себе лицо. Ест только с помощью нянечки, на которую никак не реагирует, неопрятна при мочеиспускании и дефекации.

**Вопросы:**

1 Ваш диагноз?

**66.** Больной В., 18 лет, предъявил жалобы на вспыльчивость, раздражительность, конфликтность, неустойчивое настроение. Воспитывался по типу гиперопеки. Отец злоупотреблял алкоголем, был жестоким, властным, часто конфликтовал в семье. Обследуемый с детства был вспыльчив, груб, не мог себя сдерживать. В школе часто нарушал дисциплину, имел неудовлетворительные оценки по поведению. Рано начал курить, употреблять алкоголь, часто убегал из дома, время проводил в уличных компаниях, участвовал в драках, попадал в милицию. На работе с трудом адаптировался к регламентируемым условиям, тяготился требованиями начальства, грубил и пререкался, считал, что к нему предвзято относятся. На замечания реагировал болезненно, угрожал расправой. Во время стационарного обследования не уживался с больными, не подчинялся медицинскому персоналу, был эмоционально лабилен, на замечания отвечал аффективными вспышками. Заявлял, что если его выпишут в часть, то он что-нибудь с собой сделает. Рассказал, что дома во время ссоры ударил брата отверткой в лицо. Психотических расстройств не обнаруживал, коррекции поддавался с трудом.

**Вопросы:**

1 Ваш диагноз?

2 Тактика терапии

**67.** Больной Р., 19 лет. В детстве практически не болел. Учился удовлетворительно, друзей не имел. По характеру сформировался нерешительным, впечатлительным, склонным к опасениям, сомнениям. Долго переживал неудачи, боялся трудностей, принятия самостоятельных решений. Приняв решение, длительно сомневался в его правильности, избегал самостоятельности. Поступил в ВУЗ на факультет государственного и муниципального управления, чтобы не огорчать мать, но не представлял, как будет руководить подчиненными. В процессе учебы не справлялся с нагрузками, терялся в сложной обстановке, «не хотел быть на виду». Настроение колебалось в сторону снижения, по вечерам долго не мог уснуть, анализировал события прошедшего дня, вспоминал все обиды и неприятности. Неуверенность и скованность объяснял ожиданием насмешек, провокационных вопросов, собственных ошибок, нежеланием утратить авторитет у однокурсников. Считал, что приспособившись к шаблону проще, чем найти себя в новом деле. Не переносил несправедливость, поручения стремился выполнить добросовестно, скрупулезно, но не укладывался в сроки. При обследовании обратил на себя внимание замкнутостью, повышенной чувствительностью, тревожной мнительностью, постоянными сомнениями и колебаниями, пассивной защитой и стремлением избегать трудности. Из-за особенностей характера считал себя абсолютно не пригодным к воинской службе. Бред и галлюцинации не выявлял.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?

**68.** Больной Т., 18 лет, единственный ребенок в семье, воспитывался матерью, так как отец семью оставил. В раннем возрасте болел детскими инфекциями. С детских лет отличался впечатлительностью, стеснительностью, мнительностью, обидчивостью. Учился с трудом, стеснялся отвечать у доски, переживал, что все у него получается хуже, чем у сверстников. После школы поступил в автомобильный техникум. Адаптация к учебе была затруднена с первых дней. На фоне учебных нагрузок снизилось настроение, часто уединялся, плакал, плохо переносил повышение психических и физических нагрузок. Не смог освоить вождение автомобиля, возникали мысли о собственной неполноценности, боялся отчисления, заявлял, что покончит с собой. Тяжело переносил насмешки однокурсников. Тревожился по пустякам. По ночам плохо спал, снились тревожные сны. Психотических расстройств не обнаруживал.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения

**69.** Больной Д. направлен на обследование в связи с тем, что обратил на себя внимание вялостью, медлительностью, плохой памятью и сообразительностью. Обучаясь в техникуме, не мог освоить специальность, подвергался насмешкам однокурсников. В детстве отставал в развитии, часто болел, ходить и говорить начал с опозданием. В школе учился с трудом, плохо запоминал стихи, хуже усваивал предметы математического профиля. Дублировал 3-й класс, мало читал. Окончил 9 классов, работал разнорабочим. На насмешки окружающих отвечал аффективными вспышками, импульсивными действиями. При клиническом и экспериментально-психологическом обследовании установлено: запас знаний невелик, память удовлетворительная, словарный запас ограничен. Суждения конкретные, правильно понимает простые поговорки, но сложные абстракции недоступны. Примитивен, плохо поддается обучению. Склонен к подражанию, в ответах преобладают штампы. Критика снижена, хотя и переживает свою несостоятельность. Инициативы не проявляет, любит простой физический труд.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения?

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

Со слов больного и его матери наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Рос и развивался без особенностей. Предпочитал находиться в центре внимания сверстников. Был склонен к лживости, фантазированию. После средней школы продолжил образование в ПТУ. Работал слесарем. В 19 лет был призван на военную службу. К службе адаптировался легко, имел поощрения от командования. После службы поступил в технический ВУЗ. Учился средне. По окончании ВУЗа работал по специальности. Отношения с начальством на последнем месте работы характеризует как конфликтные, однако на работе было много друзей, которые «сочувствовали и были на его стороне». После с работы занимался мелким бизнесом, несколько раз менял место работы, зарабатывал извозом на личном автомобиле. Последние полгода практически не работает. Около года назад в пьяном виде попал в автокатастрофу. От механической травмы пострадал правый глаз с ослаблением зрения. Проживает в пригороде Санкт-Петербурга в 2-х комнатной



квартире. Женат. Отношения с женой конфликтные, «на грани развода». Около года жил с другой женщиной, после ссоры с которой, «вернулся в семью». Имеет двух дочерей. Со старшей дочерью, которая проживает отдельно, отношения также конфликтные. С младшей дочерью пятнадцати лет, отношения хорошие.

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

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

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

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

### **Вопросы:**

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

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

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

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

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

**Вопросы:**

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

**72.** Бригадой скорой помощи была госпитализирована в хирургический стационар молодая девушка 16 лет по поводу флегмоны правой ягодичной области, возникшей, со слов девушки, в результате внутримышечного введения раствора витамина «С». Однако позже она призналась, что вводила себе не раствор витамина, а героин. При расспросе рассказала, что употребляет наркотики уже в течение двух лет, сначала пробовала морфин, омнопон, кодеин, однако героин оказался в этом ряду самым сильным и самым «впечатляющим» препаратом. При беседе «обожествляла» наркотик, говорила, что он – «единственное утешение в нашей серой, грязной жизни». По силе и полноте получаемых ощущений, эффект от наркотика «раз в сто» сильнее «удовольствия от секса». Единственным его недостатком, со слов девушки, является высокая стоимость. Нередко приходится воровать, продавать свои вещи, т. к. без очередной дозы становится «плохо»: помимо общего снижения настроения, начинает «выкручивать» суставы, «ломать» мышцы, появляется сильная головная боль. Да и на каждый очередной прием требуется больше наркотика, чем раньше для достижения такого же «спектра» ощущений. По образному выражению девушки, все наркоманы «сволочи» и за очередную дозу «готовы продать родную мать».

**Вопросы:**

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

**73.** «Голоса – это взаимное понятие дорожки в воде. Голоса мы сопоставляем как связки своих рук с руками руковых рук. Надо беречь правую руку, так как там находятся сплетения пишущих устройств, которые всех слышат и разговаривают. Без отопления голоса будут замкнуты, получится звезда, которая будет закрыта танковым шлемом, как у вас в атаке. Это и требовалось доказать Софронову на мусорной раме прибором Эстонии на столе. Она была на потолке и шла гулять как бы за анютиными глазками. Смирнов очень хороший зверь. Причина и явление электрических следов, нарисованных на нашем предмете страны,



является выходом на работу воздуха руки без понимания цилиндра...»

**Вопрос:**

1. К какому виду расстройства мышления относится данный клинический пример речи больного?

**74.** «Смотря что понимать под термином «самочувствие». Если ранжировать физиологические, психологические, социальные и характерологические составляющие, то первые две у меня относительно в норме, у оставшихся же имеется отчетливая тенденция к отрыву от общепринятых личностно-государственных нормативов. Понятие «нормы» в современном историческом этапе развития человечества неоднозначно. Так, я могу быть нормальным по отношению к государству и ненормальным с точки зрения своего семейного обитания, или наоборот, а с помощью математики можно рассчитать неограниченное число вариантов в системе «Я – самочувствие – норма». Идеально здоровых людей в мире не существует, у всех что-нибудь да болит. В условиях современного цивилизованного общества это неизбежно; болезни – расплата за прогресс. Прогресс привел человека в космос, а самочувствие человека в космосе отличается от его здоровья на Земле...»

**Вопрос:**

1. К какому виду расстройства мышления относится данный клинический пример речи больного в ответ на вопрос врача о самочувствии?

**75.** Больной Б., 50 лет. В отделении психиатрического стационара держится самоуверенно, говорит с апломбом, гневлив, бывает агрессивен. Себя называет «фельдмаршалом», «властителем Мира». Слышит «голоса», доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что он свободно может переноситься на Луну, Юпитер, другие планеты, откуда он управляет Вселенной, движением небесных тел. Часто ощущает запах бензина, спирта, которые ему «подпускают в нос с помощью особой техники». При этом раздражается, требует, чтобы «немедленно прекратили это безобразие». Чувствует, как с помощью аппарата на него действуют «протонами», создают «превратные мысли», «наматывают на мозг», из Лондона действуют с помощью «электронов». При закрытых глазах видит различных животных – рака, скорпиона и т. п. Требует немедленной выписки, хочет ехать в Москву, где ему «дадут столько денег, сколько он захочет». Вместе с тем, при беседе на отвлеченные темы обнаруживает достаточную рассудительность, дает меткие оценки своим сотрудникам, больным в отделении, хорошо разбирается в существе текущих политических событий и т. п.

**Вопросы:**

1. Определите ведущие симптомы.
2. Назовите синдром.

**76.** Больная К., 17 лет. Болеет с подросткового возраста. Неоднократно лечилась в психиатрической больнице. Данное поступление вновь связано с неправильным поведением, расторможенностью. В отделении больная в присутствии других людей и, особенно врачей мужского пола, ложится в кровать, задирает халат, голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? У меня попка хорошая... Пусть ее все видят!». Постоянно гримасничает, морщит лоб, закрывает глаза, хмурит брови. Внезапно, без видимой причины, раздражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные ими продукты тут же съедает, кроме того, пытается выхватить пищу у других больных.

При беседе с врачом неоткровенна, на вопросы отвечает формально и уклончиво. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационарирования. Не беспокоится из-за прерывания учебы в колледже: «Ничего нет особенного. Все равно переведут на другой курс». При свидании с

родственниками не проявляет никакой радости.

**Вопросы:**

1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром

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

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

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

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

**Вопросы:**

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

**78.** Больной Н., 32 года, преподаватель физкультуры, с высшим образованием. До травмы – физически и психически полноценный человек. 3 года назад упал во время упражнения вниз головой. Долго был без сознания. Лежал несколько месяцев в психиатрической больнице (возбуждение с нарушением сознания). При выписке получил инвалидность I группы. Ничего не помнил о случившемся, перестал работать по специальности, стал апатичным, беспомощным. В последнее время устроился на работу грузчиком. На работу водила жена: сам не мог найти дорогу, изредка бывали состояния возбуждения, сопровождающиеся бессмысленным разрушением вещей и агрессией; после ничего не помнил о случившемся. Физически крепкий, прекрасно сложенный, с развитой мускулатурой. Охотно занимается



простым физическим трудом; инициативы не проявляет; делает, что прикажут. Предоставленный самому себе, молчалив, апатичен. На работе неуютим. Никаких жалоб на головные боли, головокружение и пр. не высказывает. Вегетативные и вазомоторные нарушения не наблюдаются. Отмечается нерезко выраженный окулоостатический феномен. Охотно делает стойку, может долго стоять на руках без всякой вазомоторной реакции. Имеет несколько растерянный вид, не сразу понимает вопросы. Отвечает односложно, короткими фразами, не всегда грамматически правильными. Слова выговаривает отчетливо; повторяет слова правильно. Названий некоторых предметов не помнит. Считает очень плохо – в пределах первого десятка. Пишет короткими фразами, читает медленно. В месте приблизительно ориентируется, во времени не ориентирован. Тяжелое поражение памяти: не помнит ни ближайших, ни отдаленных событий и дат, не помнит, когда получил травму, давно ли не работает по специальности; не помнит имен близких людей. Запоминание нового особенно нарушено. Внимание фиксируется с трудов. Сообразительность резко снижена. К абстрактному мышлению совершенно не способен. Эмоционально в известной мере сохранен; стремится домой. На вопросы о физическом состоянии всегда отвечает, что чувствует себя хорошо, но если в разговоре подчеркнуть его недостатки (неспособность к счету и т. д.), то на глазах появляются слезы. В спинномозговой жидкости 0,5‰ белка.

**Вопрос:**

1. Укажите ведущий синдром.
2. Ваш диагноз?

**79.** Больной Б., 21 год. Жалобы на чувство открытости мыслей, звучание голосов внутри головы. Анамнез: (со слов больного, его письма матери) данных о психопатологически отягощенной наследственности нет. От сверстников в развитии не отставал, воспитывался в условиях гипоопеки, по характеру сформировался скромным, малообщительным, обидчивым, ранимым, застенчивым. В школьные годы, а затем и период учебы в ПТУ отличался стремлением к одиночеству, малозаметностью, шумных компаний сверстников избегал, предпочитая держаться в тени. После окончания ПТУ поступил в технический ВУЗ. Заболел остро около года назад: в августе отметил появление беспричинно приподнятого настроения, возникновение ощущения способности «предсказывать будущее». Тогда же стал считать, что ВУЗ, в котором он учится – прикрытое для подготовки сотрудников ФСБ, полагал, что им вдруг заинтересовалась контрразведка из-за его способности «предсказывать будущее». Несколько позже отметил появление ощущения того, что на него «воздействуют» с помощью какой-то аппаратуры для того, чтобы «улучшить», при этом окружающим «открывают» содержание мыслей больного, считал, что этой же аппаратурой у него «вызывали» позывы на мочеиспускание, управляли аппетитом, эмоциями, мыслями. В то же время отмечал, что стали возникать голоса, как правило, комментирующего характера, звучащие внутри головы. Обращал на себя внимание командования малопонятными поступками: «без какой-либо команды наводил порядок, отказывался от приема пищи...». По бредовым мотивам написал заявление на отчисление, считая, что после этого на него перестанут воздействовать. В октябре того же года состояние еще более ухудшилось: стойко снизилось настроение, появились мысли о собственной непригодности к чему бы то ни было, на этом фоне с суицидной целью нанес самопорез левого предплечья. Был направлен психиатрическую клинику. При поступлении предъявлял жалобы на чувство открытости мыслей, вкладывание мыслей, ощущения остановок и наплывов мыслей, звучание голосов в голове, обсуждающих его. Пребыванием в отделении тяготился. Несмотря на проводимую терапию нейролептиками, состояние без существенного улучшения. Критика не сформировалась.

В неврологическом статусе без очаговой симптоматики.

Психический статус: Сознание не помрачено. Основные виды ориентировки сохранены. Контакт формальный. Отмечает наличие слуховых галлюцинаций в виде недифференцированных голосов в голове нелепого содержания с нередкими неологизмами:

«заяц, драный заяц гедал..., полканеешь, полканеешь». Временами подозрителен, эпизодически к чему-то прислушивается. Высказывает несистематизированные бредовые идеи воздействия. Мышление с элементами соскальзывания, паралогичности: так, заявляет, что он «должен быть выписан», потому что больше находиться на отделении он не может, а книги читать он не хочет. Свои переживания раскрывает неохотно. Эмоционально тускл, однообразен, мимические реакции неадекватные. Память, интеллект грубо не нарушены. Критика отсутствует. В отделении малозаметен, замкнут, общения избегает, свободное время преимущественно в пределах постели.

ЭЭГ недельной давности – легкие нарушения биоэлектрической активности головного мозга, свидетельствующие о дисфункции дисэнцефальных структур, на фоне начальных проявлений цереброваскулярной недостаточности, без выраженных нарушений общего функционального состояния.

Заключение психологического исследования: нарушения мыслительной деятельности – снижение уровня обобщения, соскальзывания, паралогические, расплывчатые суждения, разноплановость, актуализация латентных признаков. Эмоционально однообразен, амбивалентен. Умеренно выраженное снижение психической работоспособности на фоне сохранности мнестических процессов.

**Вопросы:**

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

**80.** Больной С., 26 лет, наследственность психопатологическими заболеваниями не отягощена. От сверстников в развитии не отставал. В школе учился хорошо. Окончил торгово-экономический институт, служил в армии по призыву. В настоящее время нигде не работает. После окончания школы, с 17 лет, «стал пробовать травку». Объясняет это популярностью наркотиков в среде молодежи, с которой общался. Сначала не испытывал никаких приятных ощущений, просто было интересно. Затем, спустя некоторое время после выкуренной сигареты, почувствовал нечто вроде «интеллектуальной расторможенности» – легкость формирования ассоциаций, прилив сил, раскрепощенность в поступках, обострение памяти, веселость, желание петь. Речь становилась быстрой, все вокруг – «безумно смешным». Такое состояние возникало через 10-20 мин после сигареты и продолжалось от 3 до 5 часов, в зависимости от сорта конопли. Далее наступал период абстиненции, который выражался в виде головной боли, тошноты, вялости, повышенной потливости. Тяжелых состояний больной не ощущал, так как всегда мог достать коноплю или готовил ее сам. Через год постоянного употребления гашиша стали появляться астенические симптомы (быстро уставал, нарушился сон), ухудшилась память, стал неряшливым, неопрятным. Коноплю уже курил только для того, чтобы избавиться от постоянных головных болей. По настоянию родственников обратился за помощью к психиатру-наркологу.

**Вопросы:**

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



## **ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ № 2**

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ**

(проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-9, ОПК-8, ПК-4, ПК-5)

1. Основные этиологические концепции аффективных расстройств.
2. Основные патогенетические теории аффективных расстройств.
3. Классификация аффективных расстройств по МКБ-10.
4. Обязательные симптомы депрессий.
5. Клиническая характеристика типичных вариантов депрессий.
6. Дифференциальная диагностика типичных и атипичных вариантов депрессий.
7. Клиническая характеристика атипичных вариантов депрессий.
8. Психопатологическая характеристика маний. Формы течения аффективных расстройств в зависимости от их выраженности.
9. Обязательные признаки маниакальных состояний.
10. Клинические разновидности маний.
11. Клинические варианты маниакальных состояний.
12. Основные эпидемиологические данные о психических расстройствах при атрофических процессах головного мозга.
13. Основные этио-патогенетические концепции психических расстройств при атрофических процессах головного мозга.
14. Классификация психических расстройств при атрофических процессах головного мозга по МКБ10.
15. Сенильная деменция (старческое слабоумие). Болезнь Альцгеймера. Болезнь Пика. Хорея Гентингтона. Болезнь Паркинсона.
16. Основные симптомы сенильной деменции.
17. Дифференциальная диагностика болезни Альцгеймера и болезнь Пика.
18. Основные симптомы болезни Паркинсона.
19. Клиническая характеристика хореи Гентингтона.
20. Общая клиническая характеристика сосудистых заболеваний головного мозга.
21. Классификации сосудистых заболеваний головного мозга по МКБ-10.
22. Клиническая динамика сосудистых заболеваний головного мозга.
23. Особенности личностных изменений у больных атеросклерозом сосудов головного мозга.
24. Клиника интеллектуально-мнестических нарушений у больных атеросклерозом сосудов головного мозга.
25. Психозы при атеросклерозе сосудов головного мозга.
26. Клинические критерии умственной отсталости.
27. Отечественная классификация умственной отсталости.
28. Классификация умственной отсталости по МКБ-10.
29. Клинические проявления различных степеней психического недоразвития при умственной отсталости.
30. Дифференциальная диагностика умственной отсталости и деменции.
31. Теоретические основы ведущих психотерапевтических направлений.
32. Цели, задачи и методы психотерапевтических интервенций.
33. Показания и ограничения к использованию психотерапии и различных ее форм.
34. Современные классификации психотропных препаратов.
35. Показания и противопоказания для эфферентной терапии.
36. Основные структурные подразделения психотерапевтической и психосоциальной направленности психиатрического ЛПУ (приказ Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. N 566 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»).

37. Система законодательства, регулирующая область психотерапии. Формы организации психотерапевтической помощи. Основные нормативные документы.
38. Современный этап реформы системы психиатрической помощи. Пути преодоления кризиса. Примеры реформирования в отечественной психиатрии и психотерапии.
39. Механизмы действия психотропных препаратов.
40. Оценка эффективности психофармакотерапии.
41. Группы используемых лекарственных препаратов при неотложной терапии.
42. Неотложные состояния в психиатрии и методы их коррекции.
43. Определение понятия «психотерапии».
44. Отличие помощи психотерапевтической от психологической и общемедицинской.
45. Основные факторы психотерапевтического воздействия (специфические и неспецифические).
46. Основные модели психотерапии.
47. Цели, задачи и методы психотерапии.
48. Классификация методов психотерапии.
49. Оценка эффективности психотерапии.
50. Этапы психотерапевтической беседы.
51. Клинические основы применения психотерапии и выбор метода психотерапии.
52. Динамическое (психодинамическое, психоаналитическое) направление психотерапии.
53. Гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, опытное, феноменологическое) направление психотерапии. Основные подходы (философский, соматический, духовный) и их представители.
54. Понятие «инсайта».
55. Особенности реализации прав пациентов в психотерапии. Право на получение информации о своем здоровье в психотерапии.
56. Понятие альтернативной психотерапии. Характеристики альтернативного целителя и пациента альтернативного целителя. Причины распространения. Тактика врача-психотерапевта.
57. Вклад терапевта и вклад пациента в процесс психотерапии.
58. Принципы, цели, организационные формы терапевтического сообщества. Показания, противопоказания.
59. Этико-деонтологические проблемы психотерапии.
60. Цели психотерапии при различных невротических расстройствах.
61. Особенности психотерапии детского возраста.
62. Основные этио-патогенетические концепции невротических расстройств.
63. Психопатологические синдромы при невротических расстройствах.
64. Дифференциальная диагностика невротических и невротоподобных расстройств.
65. Клиническая динамика основных психопатологических синдромов при невротических расстройствах.
66. Проблема коморбидности невротических расстройств.
67. Клинические исходы невротических расстройств.
68. Фобические тревожные расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации.
69. Клиническая характеристика тревожно – фобических расстройств.
70. Клиническая характеристика обсессивно-компульсивных расстройств.
71. Клиническая характеристика реакций на тяжелый стресс.
72. Диссоциативные (конверсионные), соматоформные расстройства.
73. Клинические разновидности диссоциативные расстройства.
74. Клинические разновидности соматоформных расстройств.
75. Клиническая картина ипохондрического расстройства.
76. Клиническая характеристика неврастении.
77. Области применения антипсихотиков (нейролептиков) в психотерапии.



78. Области применения антидепрессантов в психотерапии.
79. Области применения транквилизаторов и снотворных в психотерапии.
80. Области применения ноотропов в психотерапии.
81. Этические принципы психотерапевта.
82. Врачебная тайна в психотерапии.
83. Особенности реализации прав пациентов в психотерапии.
84. Право на получение информации о своем здоровье в психотерапии.
85. Основные стандарты работы врача-психотерапевта.
86. Общие принципы психотерапии при психозах. Сферы приложения психотерапии при психозах. Показания и противопоказания.
87. Формулировка целей и задач психотерапии при психозах. Взаимоотношения задач психотерапии и психотерапевтических методик.
88. Психотерапия при психозах. Первичный осмотр врача-психотерапевта. Принципы психотерапии. Организация работы. Взаимодействие специалистов в полипрофессиональной бригаде (команде).
89. Оценка качества психиатрической помощи с позиции её пользователей. Общественные организации пациентов и их родственников. Значение групп само и взаимопомощи.
90. Биопсихосоциальная модель в современной психиатрии. Общественно ориентированные формы психиатрической помощи. Основные принципы организации психиатрической помощи с опорой на сообщество (по И. Я. Гуровичу).
91. Контур базисных служб системы психиатрической помощи (по Торникрофт Г., Танселла М. ). Базисные компоненты и варианты. Существующие модели в отечественной психиатрии и психотерапии.
92. Общие представления о «личности», структура личности.
93. Основные этиологические концепции личностных расстройств.
94. Критерии психопатий по П. Б. Ганушкину.
95. Отечественная классификация расстройств личности.
96. Классификация личностных расстройств по МКБ-10.
97. Клиника истерического расстройства личности
98. Клиника эмоционально-неустойчивого расстройства личности
99. Общие представления об акцентуантах
100. Классификация акцентуированных личностей по К. Лиангарду.
101. Классификация акцентуаций характера по А. Е. Личко.
102. Дифференциальная диагностика акцентуаций и психопатий.
103. Клинические проявления параноидного, шизоидного, сенситивного расстройств личности.
104. Клинические проявления эмоционально-лабильного, диссоциального, эпилептоидного расстройства личности
105. Клинические проявления истерического, циклотимического, неустойчивого, ананкастного расстройства личности.
106. Понятие «психоанализа» и его цели.
107. Из истории вопроса о психоанализе.
108. Что нового дал психоанализ З. Фрейда.
109. Методика проведения классического психоанализа и показания к нему.
110. Стадии развития личности по З. Фрейду.
111. Топическая структура личности в психоанализе.
112. Основные понятия в психоанализе: (перенос, сопротивление, контрперенос, защита, инсайт, рабочий альянс, «правило воздержания»-«абстиненция», вытеснение).
113. Понятие контрпереноса. История понятия. Источники контрпереноса (по М. Кану). Использование в психотерапии.
114. Основные техники работы с материалом в психоанализе (способы продуцирования

- материала, техника анализа материала и его этапы).
115. Типичные ошибки в психоанализе. Методы воздействия на бессознательное.
  116. Анализ сновидений. Выздоровление через осознание.
  117. Планы и цели психотерапевтического интервью.
  118. Эдипов комплекс и его формирование.
  119. Исторические истоки гештальт-терапии.
  120. Основные положения и понятия («фигуры» и «фона»).
  121. Отличия гештальт-терапии от классического психоанализа.
  122. Понятие личности в гештальт-терапии.
  123. Представление о патологии в гештальт-терапии: основные черты невротической личности.
  124. Цели и задачи гештальт-терапии.
  125. Структура и стадии развития личности в гештальт-терапии.
  126. Понятие характера и зрелой личности в гештальт-терапии. Моральные установки и основные черты гештальт-терапевта.
  127. Основные терапевтические подходы и техники, работа с симптомом. Триада оптимального психотерапевтического контакта К. Роджерса.
  128. Иерархия, уровни иерархии в семейной психотерапии.
  129. Проблема интегрированного лечения. Преимущества и недостатки психотерапии и психофармакотерапии. Принципы, при сочетанном применении психотерапии и психофармакотерапии.
  130. Формы психосоциальной работы. Отличия психосоциальной работы от психотерапии.
  131. Области применения антипсихотиков (нейролептиков) в психотерапии.
  132. Области применения антидепрессантов в психотерапии.
  133. Общие характеристики «автоматических когниций».
  134. Отграничение невротических личностных расстройств (психопатий, «невроза характера», развитий личности т. п.) и шизотипического расстройства.
  135. Пограничные психические расстройства в отечественной классификации. Понятие «малая» психиатрия. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (МКБ-10).
  136. Определение невроза по Б. Д. Карвасарскому. Невротические синдромы.
  137. Формулировка целей и задач психотерапии при психозах. Взаимоотношения задач психотерапии и психотерапевтических методик.
  138. Общие принципы психотерапии при психозах. Сферы приложения психотерапии при психозах. Показания и противопоказания.
  139. Понятие интрапсихического (внутриличностного) конфликта. Типология интрапсихических конфликтов (по В. Н. Мясищеву).
  140. Три уровня личностной организации: невротический, пограничный, психотический. Критерии диагностики типа личностной организации.
  141. Модели взаимодействия психотерапии и психофармакотерапии. Пять моделей.
  142. Варианты проведения когнитивно-поведенческой психотерапии. Рационально-эмоциональная когнитивно-поведенческая терапия А. Эллиса, когнитивно-поведенческая терапия А. Бека, мультимодальная терапия А. Лазарауса и др.
  143. Организационные модули психосоциального лечения и реабилитации. Полипрофессиональное бригадное обслуживание. Отделения первого психотического эпизода. «Защищённое» жильё. Настойчивое лечение в сообществе. Реабилитационные и медико-реабилитационные отделения.
  144. Понятия эксплоративной (раскрывающей) и суппортивной (поддерживающей) психотерапии.
  145. Какое влияние оказывает больной невротом на своего супруга и лиц из ближайшего окружения?
  146. Экспрессивные методы психотерапии.



147. Критерии диагностики неврозов. Негативная и позитивная диагностика невроза. Клинико-патогенетический анализ.
148. Диагностический этап в поведенческой терапии. Основные задачи. Критерии выбора мишени терапии.
149. Поведенческий анализ как этап поведенческой терапии. Основные задачи.
150. Систематическая десенсибилизация (основные этапы).
151. Структура семейных отношений: сплоченность, иерархия, граница.
152. Жизненный цикл семьи. Стадии диагностического интервью и заключения терапевтического контракта.
153. Границы, виды семейных границ.
154. Основные положения системного подхода в семейной психотерапии.
155. Охарактеризуйте основные области и связанные с ними задачи практического применения арт-терапии.
156. Охарактеризуйте основные организационные формы групповой арт-терапии (динамическая, студийная, тематическая группы), их процессуально-технологические особенности и показания к применению.
157. Что такое системная клиническая арт-терапия? На каких теоретических положениях и принципах она основана?
158. Какие основные концептуальные положения и принципы составляют основу теории и методологии «классической» арт-терапии (психодинамическая модель)?
159. Поведенческие процедуры в когнитивно-поведенческой психотерапии. ё
160. Каковы абсолютные противопоказания к проведению гипносуггестивной терапии?
161. Методика Джекобсона (варианты активной и пассивной прогрессивной мышечной релаксации).
162. Методы психотерапевтической и фармакологической помощи при нехимических аддикциях.
163. Имплозивные техники (наводнение, имплозия, парадоксальная интенция, методика вызванного гнева).
164. Основные мишени воздействия при проведении когнитивно-поведенческой терапии при панических расстройствах и агорофобии.
165. Дисфункциональные типы семейных структур.
166. Интероцептивная экспозиция. Основные приемы реализации при паническом расстройстве и агорофобии.
167. Поверхностные и центральные установки. Методика выявления установок.
168. Экзистенциальный анализ. Основные представители и их психотерапевтические подходы.
169. Опишите фазы группой психотерапии, ориентированной на динамику группы.
170. Основные процедуры в психоанализе. Источники интерпретаций.
171. Нарушения внутрисемейных взаимодействий как фактор риска обострения.
172. Место и задачи семейной психотерапии в наркологии.
173. Основная схема когнитивно-поведенческой психотерапии.
174. Показания и противопоказания для проведения семейной психотерапии.
175. Чем «открытое» внушение отличается от «прямого»?
176. Каковы основные причины супружеских дисгармоний в семьях больных неврозом?
177. Структура, состав и размер психотерапевтической группы. Групповые нормы.
178. Опишите план гипнотерапевтической сессии. На каком ее этапе начинается «наведение»?
179. Структура, состав и размер психотерапевтической группы. Групповые нормы.
180. Патоморфоз неврозов. Типы. Общие тенденции. Современное состояние. Динамика внутриличностных конфликтов.
181. Опишите план гипнотерапевтической сессии. На каком ее этапе начинается «наведение»?

182. Чем отличается гипноз от медитации и аутогенной тренировки?
183. Как определить иррациональные убеждения. Этап опровержения иррациональных установок. Классификация техник этого этапа (жесткие, легкие, объективные, интегративные).
184. Опишите план гипнотерапевтической сессии. На каком ее этапе начинается «наведение»?
185. Классификация методов групповой психокоррекции/психотерапии. Формы групповой психокоррекции/психотерапии.
186. Патоморфоз неврозов. Типы. Общие тенденции. Современное состояние. Динамика внутриличностных конфликтов.
187. Классификация невротических расстройств по длительности. Варианты затяжного неврастенического, истерического и обсессивно-фобического расстройства.
188. Интернет – зависимость. Типология, диагностика, значение АСЕ-модели К. Янг.
189. Этика телесно -ориентированной психотерапии
190. Базовые техники телесноориентированной психотерапии.
191. Современные методы телесно-ориентированной психотерапии.
192. Факторы выбора терапевтического лекарственного воздействия (по В. Н. Краснову и И. Я. Гуровичу).

### **ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

(проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-4, ПК-5)

**176.** Навязчивые состояния (ананказм, обсессии) – это:

- a. Возникновение непреодолимых, чуждых личности больного мыслей (обычно неприятных), представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, влечений, движений и действий, при сохранности критического к ним отношения и попытках борьбы с ними
- b. Непроизвольное, назойливое возникновение одного и того же представления в сознании больного, несмотря на прилагаемые усилия избавиться от него
- c. Непреодолимое стремление вспоминать имена героев книг, даты каких-либо событий и т. д. без какой-либо надобности
- d. Непреодолимая боязнь, охватывающая больного, несмотря на понимание им ее бессмысленности и попытки с ней справиться
- e. Непреодолимое стремление считать без надобности какие-либо объекты (окна, дома, прохожих и т. д. )

**177.** Наиболее опасными для больного и окружающих являются галлюцинации:

- a. Обонятельные
- b. Тактильные
- c. Фотопсии
- d. Слуховые императивные
- e. Речедвигательные

**178.** Неологизмы – это:

- a. Употребление больным им созданных отдельных слов, языка или особого шифра (криптография)
- b. Затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях
- c. Психическое расстройство, заключающееся в том, что знакомые предметы, лица, обстановка воспринимаются как впервые увиденные
- d. Психическое расстройство, заключающееся в том, что привычные явления, ситуация осознается как впервые возникающая



- e. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения

**179.**Обстоятельность мышления и шперрунги относятся к:

- a. Сверхценным идеям
- b. Расстройствам мышления по темпу ассоциативного процесса
- c. Навязчивым идеям
- d. Бредовым идеям
- e. Расстройствам мышления по стройности ассоциативного процесса

**180.**Обстоятельность является:

- a. нарушением уровня обобщения
- b. нарушением процесса обобщения
- c. мотивационным нарушением мышления
- d. динамическим нарушением мышления
- e. нарушением логики суждений

**181.** Олицетворенное осознание – это:

- a. Искажение ощущения формы и величины своего тела или отдельных его частей
- b. Мучительное непонимание больным своего состояния, которое осознается как необычное, необъяснимое
- c. Ослабление, вплоть до полного исчезновения различий между «я» и «не я», между миром внутренним и внешним, между реальность и образом, созданным аутистическим миром больного
- d. Исчезновение ощущения течения времени, его непрерывности и последовательности. Время для больного может идти необычно медленно или быстро
- e. Возникновение у больного (в помещении, где он находится один) чувства присутствия кого-то постороннего. Присутствие постороннего не воспринимается, а непосредственно переживается с одновременным сознанием ошибочности возникшего чувств

**182.** Основные признаки бредовых идей:

- a. Ложное содержание
- b. Убежденность в их правильности
- c. Длительность протекания
- d. Нелепые галлюцинации
- e. Недоступность коррекции
- f. Выраженные аффективные расстройства
- g. Нарушение памяти

**183.** Основные признаки навязчивых идей:

- a. Нарушения сознания
- b. Непроизвольность возникновения
- c. Расстройство внимания
- d. Признаки слабоумия
- e. Сохранность критического отношения к навязчивостям

**184.** Основные признаки сверхценных идей:

- a. Наличие галлюцинаций
- b. Связь возникновения с реальными событиями
- c. Нелепое содержание
- d. Одностороннее отражение реальных обстоятельств

е. Длительность протекания

**185.** Ощущение – это:

- a. Отражение свойств предметов объективного мира, возникающее при их непосредственном воздействии на рецептор
- b. Познавательный психический процесс, отражающий отдельные свойства и качества предметов внешнего мира и внутреннего состояния организма
- c. Целостное отражение предметов, возникающее при непосредственном воздействии их на рецепторы
- d. Отражение свойств предметов объективного мира, возникающее при их непосредственном воздействии на рецептор; Познавательный психический процесс, отражающий отдельные свойства и качества предметов внешнего мира и внутреннего состояния организма; Целостное отражение предметов, возникающее при непосредственном воздействии их на рецепторы

**186.** Парейдолии – это:

- a. Зрительные иллюзии фантастического содержания на фоне сниженного тонуса психической деятельности
- b. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения
- c. Расстройство мышления сопровождающееся отчетливо неприятным субъективным переживанием внезапного исчезновения нужной мысли
- d. Неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несущественных деталях
- e. Крайнее обеднение запаса слов

**187.** Пиромания – болезненное влечение к:

- a. Бродяжничеству
- b. Воровству
- c. Поджогам
- d. Самоубийству

**188.** По механизму бредообразования выделяются:

- a. Бред паралогический -бред нелепый
- b. Бред интерпретативный -бред образный
- c. Бред фрагментарный -бред систематизированный

**189.** По содержанию бредовые идеи воздействия и отравления относятся к группе бредовых идей:

- a. Величия
- b. Самоуничижения
- c. Преследования

**190.** Прогностически благоприятными являются галлюцинации:

- a. Зрительные
- b. Обонятельные
- c. Псевдогаллюцинации
- d. Вкусовые
- e. Истинные
- f. Тактильные



**191.** Псевдогаллюцинациям свойственно:

- a. Проекция галлюцинаторных образов «вовне»
- b. Чувство «насилственности», «сделанности»
- c. Чувственная яркость, живость
- d. Выраженные астенические проявления

**192.** Разноплановость является:

- a. нарушением уровня обобщения
- b. нарушением процесса обобщения
- c. мотивационным нарушением мышления
- d. динамическим нарушением мышления
- e. нарушением логики суждений

**193.** Расплывчатое мышление – это:

- a. Затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях
- b. Крайнее обеднение запаса слов
- c. Возникновение у больного (в помещении, где он находится один) чувства присутствия кого-то постороннего. Присутствие постороннего не воспринимается, а непосредственно переживается
- d. Невозможность полного воспроизведения в сознании деталей, эпизодов или подробностей событий, происходивших во время алкогольного опьянения
- e. Бессмысленное двигательное возбуждение (иногда в форме «двигательной бури»), возникающее при внезапных, очень сильных потрясениях, катастрофах, в ситуациях угрожающих жизни

**194.** Резонерство – это:

- a. Затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях
- b. Употребление больным им созданных отдельных слов, языка или особого шифра (криптография)
- c. Тип мышления, характеризующийся склонностью к пустым, бесплодным, формальным аналогиям
- d. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения
- e. Неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несущественных деталях

**195.** Резонерство, разноплановость и разорванность мышления характерны для:

- a. Психопатий
- b. Маниакально-депрессивного психоза
- c. Эпилепсии
- d. Шизофрении
- e. Невротических состояний
- f. Олигофрении

**196.** Сенестопатии характеризуются:

- a. Нарушением сознания
- b. Ровным фоном настроения
- c. Наличием выраженной соматоневрологической патологии
- d. Необычным характером испытываемых ощущений
- e. Переживанием искаженного восприятия внешних объектов

f. Тягостными, мучительными неприятными ощущениями

**197.** Сенестопатии это:

- a. Усиление ощущений кожного чувства
- b. Разнообразные нарушения со стороны моторной сферы, имеющие субъективный характер и не получающие отражения в данных объективного исследования: чувство потери равновесия, шаткости походки и т. д.
- c. Разнообразные, крайне неприятные тягостные ощущения, исходящие из разных областей тела, отдельных внутренних органов, без реальных соматических причин
- d. Нарушение восприятия «схемы тела» – искаженное восприятие собственного тела, физического (телесного) «Я»
- e. Ощущения ползания по телу насекомых, появления на поверхности тела или под кожей посторонних предметов

**198.** Сенсопатии относятся к:

- a. Патологии эмоций
- b. Патологии влечений
- c. Психосенсорным расстройствам
- d. Патологии ощущений

**199.** Синестезии являются разновидностью:

- a. Иллюзий
- b. Психосенсорных расстройств
- c. Галлюцинаций
- d. Сенсопатий
- e. Псевдореминисценций

**200.** Соскальзывание является:

- a. нарушением уровня обобщения
- b. нарушением процесса обобщения
- c. мотивационным нарушением мышления
- d. динамическим нарушением мышления
- e. нарушением логики суждений

**201.** Шизофазия – это:

- a. Повторение увиденных действий
- b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
- c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
- d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации)
- e. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья

**202.** «Тоска», «тревога» относятся к группам симптомов:

- a. Неустойчивости эмоциональной сферы
- b. Снижения настроения
- c. Качественного искажения эмоций

**203.** «Тоскливо-злостный» характер настроения обозначается как:

- a. Дистимия
- b. Гипотимия



с. Дисфория

**204.** Абулия характерна для:

- а. Психопатий
- б. Шизофреническом дефекте
- с. Алкогольных психозов
- д. Циклофрении
- е. Органического поражения лобных долей головного мозга

**205.** Абулия:

- а. Состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема введения веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами
- б. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность
- с. Потеря способности запоминать текущие события
- д. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
- е. Утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, вначале на время, затем на недавние события, позднее и на давно прошедшее. При этом вначале забываются факты, затем чувства, последней разрушается память привычек

**206.** Амнезия антероградная:

- а. Выпадение из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию или другим психическим расстройствам
- б. Утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, вначале на время, затем на недавние события, позднее и на давно прошедшее. При этом вначале забываются факты, затем чувства, последней разрушается память привычек
- с. Потеря способности запоминать текущие события
- д. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
- е. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, как непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию (или другому расстройству психики), так и после него

**207.** Анергия:

- а. Потеря способности запоминать текущие события
- б. Снижение до полного отсутствия психической, двигательной и речевой активности
- с. Состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема (введения) веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами
- д. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность
- е. Помрачение сознания без бреда, галлюцинаций и выраженных аффективных расстройств, проявляющееся блужданием с внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных действий и последующей амнезией

**208.** Апатия относится к группе симптомов:

- a. Снижения настроения
- b. Качественного искажения эмоций
- c. Неустойчивости эмоциональной сферы

**209.** Астазия-абазия:

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

**210.** Аффект патологический:

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

**211.** Аффективная диссоциация:

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

**212.** Вербигерация – это:

- a. Нарушение плавности речи в виде судорожного расстройства координации речевого акта. Повторение отдельных слогов
- b. Неожиданная, произвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
- c. Замедление возникновения ассоциаций, уменьшение их количества



- d. Ритмическое монотонное повторение какого-либо слова или словосочетания, иногда проявляющееся бессмысленным нанизыванием сходных по звучанию фраз, слов и слогов
- e. Слуховые галлюцинации в виде одного или нескольких голосов

**213.** Выраженные расстройства памяти характерны для:

- a. Маниакально-депрессивного психоза
- b. Расстройств личности
- c. Органического поражения головного мозга с психическими нарушениями
- d. Невротических расстройств
- e. Шизофрении

**214.** Гипермнезия характерна для следующих психопатологических синдромов:

- a. Паранойяльного
- b. Делириозного
- c. Астенического
- d. Маниакального
- e. Корсаковского
- f. Депрессивного

**215.** Гипертимия характерна для следующего психопатологического синдрома:

- a. Параноидного
- b. Кататонического
- c. Маниакального
- d. Астенического

**216.** Для какого варианта психомоторного возбуждения характерно наличие острой предшествующей психотравмы:

- a. Гебефренического
- b. Маниакального
- c. Кататонического
- d. Истерического
- e. Галлюцинаторно-бредового

**217.** Для фантастических конфабуляций характерны следующие признаки:

- a. Стойкость
- b. Критическое отношение
- c. Перенос во времени реальных событий
- d. Неправдоподобность содержания
- e. Простота, несложность структуры

**218.** Долговременная память:

- a. Обладает ограниченной емкостью
- b. Обладает практически неограниченной длительностью
- c. Более развита у пожилых лиц
- d. Обладает ограниченной емкостью; Обладает практически неограниченной длительностью; Более развита у пожилых лиц

**219.** Закон Рибо – это:

- a. Застойность, малая подвижность, замедленность смены психических процессов

- b. Искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными
- c. Закономерность развития амнезии, «закон обратного хода памяти». Утрата материала памяти происходит в последовательности, обратной ее накоплению
- d. Принцип наследования эндогенных психозов, которые являются полигенно детерминированными наследственными болезнями и не подчиняются основным законам Менделя
- e. Патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением черт, присущих детскому или подростковому возрасту

**220.** Импульсивные действия возникают:

- a. После длительной борьбы мотивов
- b. При появлении навязчивых мыслей
- c. При обнубиляции
- d. Как следствие дистимических расстройств
- e. Внезапно, без борьбы мотивов

**221.** Интенсивность наших эмоций зависит главным образом:

- a. От восприятия данной обстановки
- b. От уровня бодрствования
- c. От анализа полученных сведений
- d. От значения той потребности, с которой связана эмоция

**222.** Какие из перечисленных симптомов не относятся к основным признакам депрессии?

- a. Сниженное настроение
- b. Идеаторная заторможенность
- c. Моторная заторможенность
- d. Бредовые идеи самообвинения

**223.** Какие из понятий не относятся к эмоционально-волевым психическим процессам?

- a. Чувства
- b. Внимание
- c. Воля
- d. Эмоции

**224.** Какие структуры мозга принимают наибольшее участие в формировании эмоций у человека?

- a. Затылочная кора
- b. Лимбическая система
- c. Продолговатый мозг

**225.** Каковы основные функции эмоций?

- a. Сигнальная
- b. Энергетическая
- c. Приспособительная
- d. Регуляторная
- e. Сигнальная; Энергетическая; Приспособительная; Регуляторная



**226.** Конфабуляции – это:

- a. Искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными
- b. Расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких, иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
- c. Периодически возникающая страсть к воровству
- d. Транзиторно возникающий непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, образов, представлений
- e. Вымышленные психически больным события, принимающие форму воспоминаний

**227.** Кратковременная память:

- a. Длится до двух минут
- b. Обладает емкостью, не превышающей 11 элементов
- c. Позволяет долго помнить телефонный номер
- d. Неверны ответы: Длится до двух минут; Обладает емкостью, не превышающей 11 элементов; Позволяет долго помнить телефонный номер

**228.** Криптомнезии – это:

- a. Искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными
- b. Вымышленные психически больным события, принимающие форму воспоминаний
- c. Нарушение памяти в виде утраты способности фиксации, сохранения и воспроизведения различной информации (событий, знаний и т. д. )
- d. Невозможность выполнять счетные операции при сохранности речи
- e. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, как непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию (или другому психическому расстройству), так и после него

**229.** Криптомнезии представляют собой:

- a. Перенос во времени реально имевших место событий
- b. Ложные воспоминания
- c. Стирание грани между реальными событиями и событиями услышанными, увиденными или прочитанными
- d. Утрату памяти на события определенного промежутка времени

**230.** Логоклония – это:

- a. Двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий
- b. Отказ от речи, отсутствие речевого общения больного с окружающими при сохранности речевого аппарата
  - c. Многократное повторение отдельных слогов произносимого слова
  - d. Непреодолимо повторяемое, бессмысленное, ненужное движение или действие
  - e. Вымышленные психически больным события, приобретающие форму воспоминаний

**231.** Мутизм – это:

- a. Отказ от речи, отсутствие речевого общения больного с окружающими при сохранности речевого аппарата
- b. Непроизвольно возникающий, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, образов, представлений
- c. Многократное повторение отдельных слогов произносимого слова
- d. Непреодолимо повторяемое, бессмысленное, ненужное движение или действие

- e. Возникновение непреодолимых, чуждых личности больного мыслей (обычно неприятных), представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, влечений, движений и действий, при сохранности критического к ним отношения и попытках борьбы с ними

**232.** Нарастающие расстройства памяти наблюдаются при:

- a. Невротических расстройств
- b. Аффективных расстройств
- c. Реактивных психозах
- d. Расстройствах личности
- e. Шизофрении
- f. Органическом поражении головного мозга

**233.** Нарколепсия – это:

- a. Непроизвольное, назойливое возникновение одного и того же представления в сознании больного, несмотря на прилагаемые усилия избавиться от него
- b. Непреодолимое стремление вспоминать имена героев книг, даты каких-либо событий и т. д. без какой-либо надобности
- c. Непреодолимая боязнь, охватывающая больного, несмотря на понимание им ее бессмысленности и попытки с ней справиться
- d. Непреодолимое стремление считать без надобности какие-либо объекты (окна, дома, прохожих и т. д.)
- e. Болезненное состояние проявляющееся гипнолепсией, катаплексией, расстройствами ночного сна

**234.** Негативизм – это:

- a. Бессмысленное противодействие немотивированный отказ больного от выполнения любого движения, действия или сопротивление его осуществлению другим лицом
- b. Непреодолимое стремление вспоминать имена героев книг, даты каких-либо событий и т. д. без какой-либо надобности
- c. Непреодолимая боязнь, охватывающая больного, несмотря на понимание им ее бессмысленности и попытки с ней справиться
- d. Непреодолимое стремление считать без надобности какие-либо объекты (окна, дома, прохожих и т. д.)
- e. Нарушение осознания себя как единого целого, сопровождающееся переживанием внутреннего распада, раздвоения, паническим страхом

**235.** Отрицательные эмоции возникают оттого, что имеющаяся информация:

- a. Избыточна
- b. Недостаточна
- c. Достаточна
- d. Почти достаточна

**236.** Палимпсест – это:

- a. Тип мышления, характеризующийся склонностью к пустым, бесплодным, формальным аналогиям
- b. Помрачение сознания без бреда, галлюцинаций и выраженных аффективных расстройств, проявляющееся блужданием с внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных действий и последующей амнезией
- c. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики



- d. Невозможность полного воспроизведения в сознании деталей, эпизодов или подробностей событий, происходивших во время алкогольного опьянения
- e. Исчезновение ощущения течения времени, его непрерывности и последовательности. Время для больного может идти необычно медленно или быстро

**237.** Палимпсесты наиболее характерны для:

- a. Шизофрении
- b. Неврозов
- c. Олигофрении
- d. Алкоголизма
- e. Психопатий
- f. Циклофрении

**238.** Парабулия – это:

- a. Объединение несопоставимых, противоречивых идей, обстоятельств, положений, с произвольной подменой одних идей другими
- b. Ответы на поставленные вопросы невпопад, не по существу, возникающие у больных с кататоническими расстройствами
- c. Аффект качественно и количественно не соответствующий его причине
- d. Ложные воспоминания, возникающие в результате слияния актуального восприятия, впечатления с мнимым, бывшим якобы в прошлом
- e. Извращение волевой активности, проявляющееся неадекватным поведением в виде негативизма, импульсивности, вычурности движений

**239.** Персеверация – это:

- a. Застревание в сознании какой-либо мысли или представления с монотонным их повторением в ответ на вновь задаваемые вопросы, не имеющие отношения к первоначальному
- b. Мимоговорение, во время которого больной на заданный вопрос отвечает неправильно, хотя по содержанию ответа можно заключить, что вопрос был понят верно
- c. Убежденность больного, что окружающие, родные и знакомые являются совершенно посторонними, неизвестными ему людьми, но загримированными под близких и знакомых
- d. Расстройство мышления сопровождающееся отчетливо неприятным субъективным переживанием внезапного исчезновения нужной мысли
- e. Неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несущественных деталях

**240.** Пожилые люди:

- a. Обладают лучшей, чем у молодых, памятью на давние события
- b. Сохраняют способность очень легко организовывать запоминаемый материал
- c. Легче вспоминают что-то, чем узнают
- d. Все ответы неверны: Обладают лучшей, чем у молодых, памятью на давние события; Сохраняют способность очень легко организовывать запоминаемый материал; Легче вспоминают что-то, чем узнают

**241.** Полидипсия – патологическое усиление:

- a. Аппетита
- b. Жажды
- c. Сексуальности
- d. Волевых побуждений

**242.** При извлечении информации из памяти всегда легче:

- a. Вспомнить какой-то отдельно взятый элемент
- b. Распознать элемент информации среди предъявленных других
- c. Ответить на прямые вопросы
- d. Не учитывать контекста

**243.** Растерянность (аффект недоумения) – это:

- a. Чрезмерная подвижность внимания, постоянный переход от одного объекта и вида деятельности к другому
- b. Расстройства восприятия в виде ощущений и образов непроизвольно возникающих без реального раздражителя (объекта)
- c. Нарушение внутренних логических связей, соединение разнородных, не связанных по смыслу элементов или разрыв цельности мыслей и цепи ассоциаций с неологизмами. При внешней упорядоченности речь лишена содержания
- d. Неистовое возбуждение, внезапно сменяющее заторможенность или ступор
- e. Мучительное непонимание больным своего состояния, которое осознается как необычное, необъяснимое

**244.** Растерянность, недопонимание, недоосмысление, снижение синтетических способностей, выраженный астенический фон наблюдается при:

- a. Ипохондрическом синдроме
- b. Онейроиде
- c. Паранойальном синдроме
- d. Кататоническом возбуждении
- e. Аменции
- f. Нигде из перечисленных состояний: Ипохондрическом синдроме; Онейроиде; Паранойальном синдроме; Кататоническом возбуждении; Аменции.

**245.** Сенсорная память:

- a. Действует на уровне рецепторов
- b. Действует меньше одной секунды
- c. Лежит, в частности, в основе последовательных образов
- d. Действует на уровне рецепторов; Действует меньше одной секунды; Лежит, в частности, в основе последовательных образов

**246.** Способность к активной, сознательной и целенаправленной деятельности определяется как:

- a. Влечение
- b. Память
- c. Воля
- d. Мышление
- e. Внимание

**247.** Стереотипия – это:

- a. Постоянное повторение какого-либо действия, слова, фразы
- b. Оpozнaвание психически больным неизвестных лиц как своих знакомых, родных. Или наоборот - знакомых как чужих людей, но принявших их облик
- c. Складывается из симптома иллюзии двойников, симптома положительного или отрицательного двойника



- d. Проявление повышенной внушаемости и галлюцинаторной готовности у больного в пределириозном состоянии: надавливание на глазные яблоки, при соответствующем внушении вызывает зрительные галлюцинации
- e. Спонтанная речь больного, сопровождающаяся разорванностью мышления

**248.** Ступор – это:

- a. Убежденность больного в том, что окружающие его посторонние, незнакомые лица являются его родными и близкими, но заgrimированы под незнакомых
- b. Состояние психической и двигательной заторможенности
- c. Оpozнание психически больным неизвестных лиц как своих знакомых, родных. Или наоборот - знакомых как чужих людей, но принявших их облик
- d. Повторение увиденных действий
- e. Неузнавание своего отражения в зеркале

**249.** Фиксационная амнезия – утрата памяти на:

- a. События, предшествующие бессознательному состоянию, психическому или соматическому заболеванию
- b. События, непосредственно следующими за периодом болезни
- c. События, имевшие место в период нарушения сознания
- d. Текущие события

**250.** Фиксационная амнезия характерна для следующего психопатологического синдрома:

- a. Паранойяльного
- b. Маниакального
- c. Делириозного
- d. Синдрома Корсакова
- e. Астенического
- f. Обсессивного

**251.** Что является сенсорной основой эмоций?

- a. Мышление
- b. Ощущение
- c. Речь

**252.** Эйфория – это:

- a. Незначительный подъем настроения, сочетающийся с расторможенностью примитивных влечений, беспечностью, дурашливым поведением
- b. Повышенное настроение с беспечным довольством, благодушием, пассивной радостью
- c. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
- d. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья
- e. Недостаточность или утрата аффективной откликаемости, бедность эмоциональных проявлений, душевная холодность, равнодушие

**253.** Экстаз – это:

- a. Повторение увиденных действий
- b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
- c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения

- d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации
- e. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья

**254.** Эмоциональная тупость наблюдается при:

- a. Расстройствах личности
- b. Алкогольном делирии
- c. Шизофрении
- d. Аффективных расстройствах
- e. Невротических расстройствах

**255.** Эмоциональное обеднение (аффективная тупость) – это:

- a. Повторение увиденных действий
- b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
- c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
- d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением (вплоть до персеверации)
- e. Недостаточность или утрата аффективной откликаемости, бедность эмоциональных проявлений, душевная холодность, равнодушие

**256.** Эретическое возбуждение – это:

- a. Повторение увиденных действий
- b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
- c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
- d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением (вплоть до персеверации)
- e. Двигательное возбуждение больных олигофренией, проявляющееся в бессмысленных, порой разрушительных действиях и сопровождающееся криками, а в редких случаях нанесением себе самоповреждений

**257.** Эхολалия – это:

- a. Повторение услышанных слов и предложений
- b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
- c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
- d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации
- e. Повторение увиденных действий

**258.** Эхопраксия – это:

- a. Повторение увиденных действий
- b. Повторение услышанных слов и предложений
- c. Нарушение плавности речи в виде судорожного расстройства координации речевого акта, повторение отдельных слогов
- d. Ритмическое монотонное повторение какого-либо слова или словосочетания, иногда проявляющееся бессмысленным нанизыванием сходных по звучанию фраз, слов и слогов
- e. Неодолимо повторяемое, бессмысленное, ненужное движение или действие



**259.** Нервная анорексия проявляется:

- a. Ретроградной амнезией
- b. Абсансами
- c. Стремлением к похуданию, связанным с боязнью полноты
- d. Снохождением
- e. Повышенной потребностью в пище

**260.** Автоматизм амбулаторный:

- a. Состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема (введения) веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами
- b. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность.
- c. Потеря способности запоминать текущие события
- d. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
- e. Помрачение сознания без бреда, галлюцинаций и выраженных аффективных расстройств, проявляющееся блужданием с внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных действий и последующей амнезией

**261.** В структуре парафренного синдрома ведущими являются:

- a. Признаки нарушения сознания
- b. Депрессия
- c. Бред величия
- d. Фантастические конфабуляции
- e. Эйфория
- f. Снижение памяти и интеллекта
- g. Астения
- h. Импульсивность

**262.** Ведущие симптомы при галлюцинозах – это:

- a. Признаки нарушенного сознания
- b. Псевдогаллюцинации
- c. Расстройства памяти
- d. Истинные галлюцинации
- e. Сенестопатии
- f. Дерезализационно-деперсонализационные

**263.** Выделяются следующие варианты кататонического возбуждения:

- a. Растеряно-патетический
- b. С мышечным оцепенением
- c. Импульсивный
- d. С негативизмом
- e. С «восковидной гибкостью»

**264.** Выделяются следующие варианты кататонического ступора:

- a. Растеряно-патетический
- b. С негативизмом
- c. Импульсивный
- d. Немой
- e. С «восковой гибкостью»

f. Кататоно-гебефренный

**265.** Гебефренический синдром встречается при:

- a. Аффективных расстройствах
- b. Расстройствах личности
- c. Умственной отсталости
- d. Шизофрении
- e. Невротических расстройствах
- f. Алкоголизме

**266.** Гебефренический синдром характеризуется:

- a. Галлюцинациями
- b. Манерно-дурашливым поведением
- c. Навязчивостями
- d. Сенсопатиями
- e. Безмотивными действиями
- f. Депрессией
- g. Морией

**267.** Главным симптомом паранойяльного синдрома является:

- a. Обстоятельность мышления
- b. Гипермнезия
- c. Аффективная напряженность
- d. Повышенная самооценка
- e. Интерпретативный бред

**268.** Для паранойяльного синдрома характерны:

- a. Признаки нарушения сознания
- b. Истинные галлюцинации
- c. Судорожные расстройства
- d. Перечисленные клинические проявления не характерны

**269.** Интерпретативный систематизированный паралогичный бред определяет синдром:

- a. Психического автоматизма
- b. Парафренный
- c. Паранойяльный
- d. Корсаковский
- e. Делириозный

**270.** Кататонический ступор наблюдается при:

- a. Невротических расстройствах
- b. Умственной отсталости
- c. Аффективных расстройствах
- d. Шизофрении
- e. Расстройствах личности

**271.** Манерно-дурашливое поведение, безмотивные действия, мория определяют синдром:

- a. Истерический
- b. Маниакальный
- c. Кататонический



- d. Гебефренический
- e. Паранойяльный

**272.** Паранойяльный синдром относится к группе синдромов:

- a. Аффективных
- b. Нарушенного сознания
- c. Галлюцинаторно-бредовых
- d. Невротических
- e. Астенических

**273.** Первичный бред является ведущим признаком синдрома:

- a. Депрессивного
- b. Кандинского-Клерамбо
- c. Парафренного
- d. Галлюциноза
- e. Паранойяльного
- f. Амнестического

**274.** Психические автоматизмы наиболее полно представлены в синдроме:

- a. Парафренном
- b. Паранойяльном
- c. Кандинского-Клерамбо
- d. Корсаковском
- e. Галлюцинаторно-параноидном

**275.** Психические автоматизмы наиболее характерны для:

- a. Делирия
- b. Кататонического синдрома
- c. Синдрома Корсакова
- d. Синдрома Кандинского-Клерамбо
- e. Параноидного синдрома

**276.** Составными частями синдрома Кандинского-Клерамбо являются:

- a. Амнестическая дезориентировка
- b. Бредовые идеи преследования и воздействия
- c. Истинные галлюцинации
- d. Психические автоматизмы
- e. Эйфория
- f. Псевдогаллюцинации
- g. Гипермнезия
- h. Фантастические конфабуляции

**277.** Трема – это:

- a. Нарастающее чувство напряженности, тревоги, таящейся угрозы, страха
- b. Общее двигательное беспокойство (ажитация) в сочетании с тревогой и страхом
- c. Выраженная замедленность, затрудненность мышления. Затрудненными, замедленными становятся также речь и действия больных
- d. Двигательное возбуждение больных олигофренией, проявляющееся в бессмысленных, порой разрушительных действиях и сопровождающееся криками, а в редких случаях нанесением себе повреждений

- е. Оpozнaвание психически больным неизвестных лиц как своих знакомых, родных. Или наоборот - знакомых как чужих людей, но принявших их облик.
- 278.** Наиболее существенным признаком астенического синдрома является:
- a. Физическая утомляемость
  - b. Компульсивные поступки
  - c. Навязчивые сомнения
  - d. Функциональный паралич
- 279.** Невротическая астеня в отличие от органической отражает:
- a. Постоянство клинической картины
  - b. Ситуативную обусловленность
  - c. Четкую зависимость обострений от влияния физиогенных факторов
  - d. Стойкость симптоматики
- 280.** Для невротической депрессии в отличие от эндогенной характерно:
- a. Отсутствие борьбы с болезнью
  - b. Преобладание идей самообвинения
  - c. Пессимистическое отношение распространено за пределы зоны конфликтной ситуации
  - d. Отражение в симптомах психотравмирующей ситуации
- 281.** Наиболее существенным признаком соматизированной (эндогенной) депрессии является:
- a. Наличие ранних пробуждений
  - b. Неустойчивость клинических проявлений болезни
  - c. Соматические жалобы при органических нарушениях со стороны внутренних органов
  - d. Понимание связи своего состояния с переживаниями психотравмирующих обстоятельств
- 282.** Агарофобия является страхом:
- a. Высоты
  - b. Сумасшествия
  - c. Открытых пространств
  - d. Заражения
- 283.** Для обсессивного синдрома характерно:
- a. Отсутствие компонента борьбы
  - b. Бледность эмоционального аккомпанимента обессии
  - c. Обилие однообразных ритуалов
  - d. Понимание необоснованности, болезненности расстройства
- 284.** Отсутствие аппетита психогенной этиологии, которое представляет угрозу здоровью и даже жизни называется:
- a. Нервная анорексия
  - b. Психогенная булимия
  - c. Болезнь Крона
  - d. Гипотиреоз
- 285.** Нервная анорексия чаще возникает
- a. У девушек и молодых женщин
  - b. У пожилых людей



- c. У лиц обоего пола после 30 лет
- d. После тяжело протекающей беременности

**286.** Характерным симптомом для нервной анорексии (в отличие от банальных вариантов алиментарных дистрофий) является:

- a. Повышенная ломкость ногтей
- b. Аменорея
- c. Появление пушковых волос по всему телу
- d. Исчезновение подкожной жировой клетчатки

**287.** Синдром, типичный для нервной анорексии, клиническими проявлениями которого является преувеличенная фиксация на собственной внешности с искажением ее восприятия носит название:

- a. Дерезализация
- b. Дезперсонализация
- c. Дисморфофобия
- d. Дисморфомания

**288.** Нарушение функции пищевода при неврозах бывают:

- a. Двигательные, чувствительные и чувствительно-двигательные
- b. Двигательные
- c. Двигательные и чувствительные

**289.** Больные с невротическим спазмом пищевода:

- a. Легче глотают жидкую пищу
- b. Легче глотают твердую пищу
- c. С трудом глотают как твердую, так и жидкую пищу

**290.** Больные с невротическим спазмом пищевода чаще:

- a. Девушки в возрасте 15-20 лет
- b. Мужчины в возрасте 30-45 лет
- c. Женщины в возрасте 20-30 лет
- d. Юноши в возрасте 15-20 лет

**291.** Тяжелые приступы икоты, кроме неврозов наблюдаются при:

- a. Хронической почечной недостаточности
- b. Ишемической болезни сердца
- c. Пневмотораксе
- d. Шейном остеохондрозе

**292.** При дифференциальной диагностике невротических расстройств дыхания и бронхиальной астмы важным лабораторным признаком является:

- a. Периодическое появление слизистой мокроты
- b. Наличие в мокроте альвеолярных макрофагов
- c. Появление эозинофилов в мокроте
- d. Скорость оседания эритроцитов

**293.** Из показателей инструментальных методов исследования для дифференциальной диагностики невротических расстройств дыхания и обструктивных заболеваний легких особенно характерно:

- a. Нарушение фазы реполяризации (по данным ЭКГ)

- b. Блокада ножек пучка Гисса
- c. Удлинение интервала PQ
- d. Уменьшение объема форсированного выхода за 1 секунду (ОФВ1)

**294.** У больных неврастенией нарушения дыхания чаще проявляются:

- a. Нарушением ритма дыхания на фоне выраженных астенических расстройств, головной боли, общей слабости, повышенной утомляемости, болей в области сердца, пониженного настроения, нарушения сна
- b. Приступами одышки, икоты, аэрофагии с ощущением «кома» в горле
- c. Приступами экспираторной одышки с сухими хрипами в легких, общим беспокойством
- d. Стесненным дыханием, сопровождающимся страхом задохнуться, заболеть бронхиальной астмой, оставаться одному

**295.** О невротическом синдроме нарушения дыхания можно подумать, когда:

- a. Одышка усиливается при незначительном физическом напряжении и сопровождается цианозом
- b. Приступы одышки наблюдаются в ночное время и сопровождаются влажными хрипами в нижне-задних отделах легких
- c. Периодически возникают чувство нехватки воздуха, ощущение неполноценного вдоха, «заслонки» или «клапана» в груди, цианоз и хрипы при выслушивании легких отсутствуют
- d. Возникают приступы эспираторной одышки, сопровождающиеся сухими жужжащими хрипами, слышными на расстоянии

**296.** Наиболее частыми нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы при истерическом неврозе являются:

- a. Приступы пароксизмальной тахикардии
- b. Вегетативные кризы с явлениями синусовой тахикардии и повышением систолического АД
- c. Гипертонические кризы с подъемом диастолического АД
- d. Гипотонические кризы с обморочным состоянием

**297.** При нейтроциркуляторной дистонии гипертонического типа невротического происхождения со стороны глазного дна находят:

- a. Отсутствие изменений
- b. Гипертоническую ангиопатию
- c. Отек соска зрительного нерва
- d. Единичные геморрагии

**298.** Наиболее частым нарушением сердечного ритма при неврозах является:

- a. Синусовая тахикардия
- b. Миграция источника ритма
- c. Бигемения
- d. Предсердная экстрасистолия

**299.** Для невротической кардиалгии типично:

- a. Сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в шею
- b. Сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в верхнюю половину живота
- c. Боли в области верхушки сердца, левого соска, прекардиальной области без постоянной фиксации иррадиации
- d. Сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, в левое плечо, в левую



челюсть, в 4 и 5 пальцы левой кисти

**300.** При неврозах рвоты бывают:

- a. Произвольные
- b. Индуцированные
- c. Преимущественно эмоционального генеза
- d. Все перечисленные: Произвольные; Индуцированные; Преимущественно эмоционального генеза

**301.** Фактором (особенностью) воспитания, способствующим формированию нервной анорексии является:

- a. Властная деспотичная мать
- b. Строгий, не терпящий возражений отец
- c. Многодетная малообеспеченная семья
- d. Уход отца из семьи

**302.** Для невротической рвоты преимущественно эмоционального генеза (символическая рвота) характерны следующие клинические проявления:

- a. Рвота носит характер срыгивания, вегетативные компоненты не выражены
- b. Приступы рвоты сопровождаются болями в животе, вздутием, громким урчанием и саливацией
- c. Приступ рвоты носит возвратный характер без всяких признаков болезни между приступами
- d. Рвота сопровождается выраженными вегетативными реакциями и носит характер истинной рвоты

**303.** Для невротической рвоты, возникающей по механизму индукции, характерны следующие клинические проявления:

- a. Приступы рвоты носят возвратный характер без всяких признаков болезни между приступами
- b. Приступ рвоты сопровождается болями в животе, вздутием, громким урчанием и саливацией
- c. Рвота сопровождается вегетативными реакциями, выводится большое количество пищевой массы
- d. Рвота носит характер срыгивания, вегетативные компоненты не выражены

**304.** Психогенная полиурия, вызванная эмоциональным стрессом, обусловлена:

- a. Уменьшением продукции антидиуретического гормона гипофиза
- b. Увеличением продукции адреналина надпочечниками
- c. Увеличением продукции норадреналина надпочечниками
- d. Увеличением продукции антидиуретического гормона гипофиза

**305.** Наиболее существенными признаками астенического синдрома являются:

- a. Эмоциональная неустойчивость, функциональный паралич, повышенная утомляемость
- b. Повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость, раздражительная слабость
- c. Навязчивые сомнения, повышенная утомляемость, раздражительная слабость
- d. Раздражительная слабость, функциональный паралич, повышенная утомляемость

**306.** Термин «Алекситимия» означает:

- a. Расстройство способности к вербализации чувств, переживаний (чувства без слов)
- b. Расстройство способности чтения, неумение прочесть текст

- c. Утрату эмоциональных реакций на все окружающее с мучительным переживанием полной душевной опустошенности
  - d. Преходящее угнетение настроения без видимой причины с преобладанием отрицательных эмоций и снижением влечений
- 307.** Для невротической депрессии характерно:
- a. Отражение в симптомах психотравмирующей ситуации, отчетливые суточные колебания настроения
  - b. Пессимистическое отношение ограничено зоной конфликтной ситуации, наличие идей самообвинения
  - c. Выраженный компонент борьбы с болезнью, отражение в симптомах психотравмирующей ситуации
- 308.** Для соматизированной (эндогенной) депрессии характерно:
- a. Стойкость клинических проявлений болезни, хороший эффект при лечении антидепрессантами, сенесто-ипохондрические проявления при отсутствии органических нарушений, наличие ранних пробуждений
  - b. Понимание связи своего состояния с переживаниями психотравмирующих обстоятельств, хороший эффект при лечении антидепрессантами
  - c. Отражение в симптомах психотравмирующей ситуации, выраженный компонент борьбы с болезнью, наличие идей самообвинения
  - d. Понимание связи своего состояния с переживаниями психотравмирующих обстоятельств, наличие ранних пробуждений, отражение в симптомах психотравмирующей ситуации, стойкость клинических проявлений болезни
- 309.** Алекситимия рассматривается как психологический фактор риска возникновения:
- a. Психосоматических расстройств
  - b. Сексуальных нарушений
  - c. Нервной анорексии
  - d. Заикания
- 310.** Синдром нервной анорексии при неврозах включает в себя следующие характеристики:
- a. Астению с явлениями раздражительной слабости, соматоэндокринные расстройства, кахексию и дисморфофобические переживания
  - b. Астению с явлениями раздражительной слабости и соматоэндокринные расстройства
  - c. Астению с явлениями раздражительной слабости, соматоэндокринные расстройства и кахексию
- 311.** Основными клиническими проявлениями функциональных расстройств верхнего отдела желудочно-кишечного тракта при неврозах являются:
- a. Отрыжка
  - b. Аэрофагия
  - c. Срыгивание
  - d. Отрыжка; Аэрофагия; Срыгивание
- 312.** Фобический синдром при неврозах проявляется:
- a. Навязчивым переживанием страха и пониманием его необоснованности
  - b. Навязчивым переживанием страха и стойко сниженным фоном настроения
  - c. Наличием четкой фабулы страха и отсутствием компонента борьбы
- 313.** Неспособность больных неврозами разрешить конфликт вызвана:



- a. Недостаточно высоким интеллектом, действием психологической защиты неосознаванием конфликтующих сил
- b. Неадекватностью системы отношений личности, неосознаванием конфликтующих сил, действием психологической защиты
- c. Сложностью психотравмирующей ситуации, неадекватностью системы отношений личности, недостаточно высоким интеллектом
- d. Действием психологических защит, недостаточно высоким интеллектом, неосознаванием конфликтующих сил

**314.** В норме на электроэнцефалограмме альфа-ритм

- a. Выражен регулярной компонентной
- b. Отсутствует
- c. Выражен вспышками

**315.** На электроэнцефалограмме (ЭЭГ) в норме альфа-ритм доминирует:

- a. В теменных отделах мозга
- b. В затылочных отделах мозга
- c. В лобных отделах мозга
- d. Во всех указанных отделах мозга

**316.** В норме на ЭЭГ характер альфа-ритма

- a. Пилообразный
- b. Аркообразный
- c. Пароксизмальный
- d. Веретенообразный

**317.** В норме на ЭЭГ амплитуда альфа-ритма соответствует

- a. 30-80 мкВ
- b. 5 -30 мкВ
- c. 15-45 мкВ
- d. 60-100 мкВ

**318.** При неврозах встречаются следующие типы головных болей:

- a. Головная боль нервно-сосудистого типа
- b. Головная боль нервно-мышечного типа
- c. Головная боль типа психалгии
- d. Головная боль нервно-сосудистого типа; Головная боль нервно-мышечного типа; Головная боль типа психалгии

**319.** Синдром нервной анорексии чаще встречается при:

- a. Шизофрении
- b. Маниакально-депрессивном психозе
- c. Эпилепсии
- d. Олигофрении

**320.** Основополагающим этиологическим фактором ядерных психопатий является:

- a. Перинатальная патология
- b. Неправильное семейное воспитание
- c. Неблагоприятная наследственность
- d. Травмы черепа

**321.** Для психопатий наиболее характерны следующие патологические состояния:

- a. Невротизация личности
  - b. Явления госпитализма
  - c. Спонтанные колебания аффекта
  - d. Появление психосоматических симптомов
- 322.** Признаками перехода аддиктивного поведения в стадию наркомании являются:
- a. Обнаружение признаков психической и физической зависимости в сочетании с конфликтами с микросоциальным окружением
  - b. Повышение толерантности
  - c. Повышение признаков физической и психической зависимости
  - d. Частая смена психоактивных веществ
- 323.** Астенический синдром при неврозе может проявляться в виде:
- a. Гипостенического и гиперстенического синдромов
  - b. Гипостенического синдрома
  - c. Гиперстенического синдрома
- 324.** К числу наиболее частых проявлений при истерии относится:
- a. Двигательные нарушения
  - b. Депрессия
  - c. Большие истерические припадки
  - d. Соматоформные расстройства
- 325.** В рамках депрессивного синдрома наиболее опасен следующий симптом:
- a. Меланхолический раптус
  - b. Расстройство сна
  - c. Отсутствие аппетита
  - d. Запор
- 326.** Основным признаком соматизированного расстройства считается:
- a. Длительное снижение настроения
  - b. Обнаружение злоупотребления лекарствами
  - c. Наличие множественных, повторно возникающих и часто видоизменяющихся соматических симптомов
  - d. Появление панических атак
- 327.** Синонимом психастении является:
- a. Навязчивые сомнения
  - b. Тревожно-мнительная акцентуация личности
  - c. Фобический раптус
  - d. Ананкастное расстройство личности
- 328.** Синонимом кардиофобии является:
- a. Синдром да Коста
  - b. Психовегетативный синдром
  - c. Пропалс митрального клапана
  - d. Пароксизмальная тахикардия
- 329.** Основным отличием невротического развития от психопатического развития является:
- a. Менее выраженные признаки социальной дезадаптации
  - b. Обратимость расстройств



- c. Эго-дистонность
  - d. Хорошая реакция на проведение психотерапии
- 330.** Кто является автором понятия «характерологическая реакция» и «патохарактерологическая реакция»
- a. В. В. Ковалев
  - b. А. Е. Личко
  - c. Г. Е. Сухарева
  - d. К. Леонгард
- 331.** Дайте определение понятия «характерологическая реакция»
- a. Есиление черт акцентуации
  - b. Декомпенсация психопатии
  - c. Преходящее ситуационное изменение поведения ребенка (подростка) в микросреде без дезадаптации
- 332.** Дайте определение понятия «патохарактерологическая реакция»
- a. Личностная реакция с нарушением социальной адаптации и соматовегетативными расстройствами
  - b. Делинквентное поведение
  - c. Преходящее ситуационное изменение поведения ребенка (подростка) в микросреде без дезадаптации
  - d. Декомпенсация психопатии
- 333.** В настоящее время под общим определением патоморфоза понимают:
- a. Изменение клиники определенной болезни в пределах свойственных ей синдромов, последовательности их развития и их соотношений
  - b. Изменение клинических картин болезней, а также изменение соотношения между различными болезнями под влиянием исторически меняющихся социальных, экономических и бытовых условий жизни, новых методов лечения и профилактики
  - c. Изменение соотношения между различными нозологическими единицами
- 334.** Тип «А», описанный американскими учеными М. Фридманом и Р. Розенманом, подразумевает:
- a. поведенческие черты личности, увеличивающие вероятность возникновения ишемической болезни сердца
  - b. Совокупность факторов риска у индивидуума, увеличивающая вероятность возникновения у него психосоматического расстройства
  - c. Расстройство нейроэндокринной регуляции у индивидуума на фоне эмоционального напряжения, увеличивающее вероятность возникновения гипертонической болезни
  - d. Поведенческие черты личности, увеличивающие вероятность возникновения язвенной болезни
- 335.** Возможность сравнительно эффективной психотерапии поведенческих нарушений свидетельствует скорее в пользу
- a. Исключает диагноз психопатии
  - b. Акцентуации личности
  - c. Краевой психопатии
  - d. Ядерной психопатии
- 336.** Диагноз психопатии исключает
- a. Наличие паранойяльного бреда

- b. Выраженность симптоматики, достигающей степени психотической
  - c. Благоприятный прогноз
  - d. Возможность стабильной социальной адаптации
- 337.** Диагностическим признаком вялотекущей шизофрении является
- a. «Крутой перелом» в поведении пациента
  - b. Внезапное появление депрессии
  - c. Агрессия на родителей
  - d. Нарушение концентрации внимания
- 338.** Психастеническая психопатия отличается от тревожно-мнительной акцентуации характера следующим показателем
- a. Фиксации навязчивости и фобий
  - b. Наличием перфекционизма
  - c. Повышенным уровнем тревожности
  - d. Отсутствием близких друзей
- 339.** Изолированный симптом аутизма наиболее характерен для
- a. Шизофрении
  - b. Органического аутизма
  - c. Шизоидной психопатии
  - d. Невротического развития личности
- 340.** Для достоверного диагноза панического расстройства необходимо наличие прежде всего следующей симптоматики
- a. Пульсация сердца или тахикардия
  - b. Деперсонализация или дереализация
  - c. В период между атаками состояние должно быть сравнительно спокойным
  - d. За период около одного месяца возникло несколько тяжелых атак вегетативной тревоги
- 341.** Аффективная разрядка характеризуется
- a. Ощущением облегчения, иногда опустошенности, наступающим в результате вызванных аффектом действий
  - b. Кратковременной и сильной положительной или отрицательной эмоцией, возникшей в ответ на воздействие внутренних или внешних факторов и сопровождающаяся сомато-вегетативными проявлениями
  - c. Сниженным настроением в течении большей части дня
- 342.** В основе психастенической психопатии лежит
- a. Задержанное развитие
  - b. Поврежденное развитие
  - c. Искажённое развитие
  - d. Неблагоприятная наследственность
- 343.** При вялотекущей шизофрении навязчивости характеризуются
- a. Упрощением двигательного компонента в динамике
  - b. Выраженным компонентом борьбы
  - c. Нарастанием интенсивности аффективного сопровождения в динамике
  - d. Уменьшением интенсивности аффективного сопровождения в динамике
- 344.** Неспособность больных неврозами разрешить конфликт вызвана



- a. Сложностью психотравмирующей ситуации
  - b. Недостаточно высоким интеллектом
  - c. Несоответствием между «Я» -реальным и «Я» -идеальным
  - d. Действием психологической защиты
- 345.** Семейная психотерапия является средством профилактики:
- a. Аддиктивного поведения
  - b. Органического заболевания головного мозга
  - c. Ядерной психопатии
  - d. Эпилепсии
- 346.** Тест Люшера и тест Сцонди относятся к следующему виду проективной техники:
- a. классическая словесная апперцепция
  - b. проективное предпочтение
  - c. проективное шкалирование
- 347.** Тест Люшера, опросник САН предназначены для исследования:
- a. способностей
  - b. характера
  - c. темперамента
  - d. эмоциональных состояний
  - e. уровня умственного развития
- 348.** Тест Розенцвейга направлен на исследование:
- a. тревожности
  - b. ригидности
  - c. агрессивности
  - d. депрессии
  - e. интеллекта
- 349.** Агравация:
- a. Умышленное изображение уже исчезнувших симптомов психической болезни
  - b. Умышленное сокрытие имеющихся психических расстройств в виде «формальной критики»
  - c. Умышленное изображение психопатологических симптомов, не свойственных имеющемуся психическому заболеванию
  - d. Умышленное изображение психической болезни психически здоровым лицом
  - e. Умышленное преувеличение симптомов имеющегося в настоящее время заболевания или остаточных явлений после перенесенной психической болезни
- 350.** В современном определении интеллекта основной упор делается на то, что он:
- a. Наследуется
  - b. Представляет собой способность адаптироваться к окружающей среде
  - c. В основном приобретается
  - d. Неравномерно распределен у представителей разных рас
- 351.** Гиперкомпенсация – это:
- a. Расстройство внимания в форме его непроизвольного кратковременного привлечения к обычно не замечаемым предметам и явлениям
  - b. Защитное поведение связанное с имеющейся или мнимой неполноценностью
  - c. Периодически наступающие кратковременные приступы сонливости

- d. Понижение волевой активности с бедностью побуждений, обеднением мышления, снижением двигательной активности
  - e. Двигательное угнетение, сопровождающееся обеднением и замедлением движений
- 352.** Инстинктивные формы поведения:
- a. Запрограммированы от рождения
  - b. Менее сложны, чем рефлексy
  - c. Не могут изменяться в результате опыта
  - d. У человека более многочисленны, чем у других видов
- 353.** Какая из перечисленных черт не является специфической для творческого мышления?
- a. Пластичность
  - b. Надежность
  - c. Гибкость
  - d. Оригинальность
- 354.** Какие из понятий относятся к основным видам психических процессов?
- a. Ощущение
  - b. Мотив
  - c. Воля
  - d. Характер
  - e. Воображение
- 355.** Какой из перечисленных внешних факторов играет самую важную роль в интеллектуальном развитии младенца
- a. Питание
  - b. Правильный физический уход
  - c. Воспитание родной матерью
  - d. Психическая стимуляция
- 356.** Основными принципами психологии являются:
- a. Детерминизм
  - b. Целостность
  - c. Единство сознания и деятельности
  - d. Личностный подход
  - e. Все ответы верны: Детерминизм, Целостность; Единство сознания и деятельности; Личностный подход
- 357.** Присущая человеку социальная структура дает детям возможность:
- a. Получать хороший уход
  - b. Воспринимать социальные и культурные обычаи
  - c. Усваивать опыт предшествующих поколений
  - d. Все ответы верны: Получать хороший уход; Воспринимать социальные и культурные обычаи; Усваивать опыт предшествующих поколений
- 358.** Проявления сексуального поведения у людей:
- a. Строго управляется внутренними механизмами
  - b. Определяются культурой
  - c. Относительно сходны в различных культурах
  - d. Мало видоизменяются в многочисленных культурах
- 359.** Психика определяется как:



- a. Состояние души
  - b. Особое свойство высокоорганизованной материи
  - c. Результат влияния окружающей среды
- 360.** Психика у человека проявляется в следующих видах:
- a. Психические свойства личности
  - b. Психодиагностика
  - c. Психические состояния
  - d. Психопрофилактика
  - e. Психические процессы
  - f. Психотерапия
- 361.** Сензитивные периоды – это такие периоды развития, во время которых:
- a. Научение затруднено
  - b. Организм достигает зрелости
  - c. Организм более восприимчив к тому или иному научению
  - d. Созревание осуществляется быстрее всего
- 362.** Стресс связан:
- a. С прогрессирующим истощением резервов организма
  - b. С неожиданной и острой ситуацией
  - c. Со способностью каждого идти на риск
  - d. Все ответы верны: С прогрессирующим истощением резервов организма; С неожиданной и острой ситуацией; Со способностью каждого идти на риск
- 363.** Суть проекции заключается:
- a. В приписывании другим людям собственных чувств и мыслей
  - b. Ориентации поведения на доступную цель
  - c. В отрицании реальных фактов
  - d. В выборе поведения, противоположного подавленному
- 364.** Теории личностных черт пытаются описывать личность человека на основании:
- a. Его физической конституции
  - b. Тех моделей, которым он подражает
  - c. Факторов, контролирующих его поступки
  - d. Ни один из ответов не верен
- 365.** Только женщина (в отличие от самок животных):
- a. Знакома с оргазмом
  - b. Сексуально активна на протяжении всего года
  - c. Остается сексуально активной в период менопаузы
  - d. Все ответы верны: Знакома с оргазмом; ; ексуально активна на протяжении всего года; Остается сексуально активной в период менопаузы
- 366.** Человек – единственное существо, способное:
- a. Передавать информацию о прошлых и будущих событиях
  - b. Пользоваться орудиями
  - c. Жить в сообществах
  - d. Верны все ответы: Передавать информацию о прошлых и будущих событиях; Пользоваться орудиями; Жить в сообществах

- 367.** Что такое идентичность человека?
- Его уподобление другим людям
  - Чувство самого себя, собственной «самости»
  - Синоним понятия «личность»
  - Синоним понятия «характер»
- 368.** Эдипов комплекс, который имел в виду Фрейд, развивается:
- На оральной стадии
  - На анальной стадии
  - На фаллической стадии
  - На генитальной стадии
- 369.** Эффективность деятельности, связанной с тем или иным научением, зависит:
- От состояния сознания
  - От стресса
  - От ситуации, в которой эта деятельность осуществляется
  - Все ответы верны: От состояния сознания; От стресса; От ситуации, в которой эта деятельность осуществляется
- 370.** Фобии и компульсии входят в структуру:
- Онейроидного синдрома
  - Истерического синдрома
  - Кататонического синдрома
  - Обсессивного синдрома
  - Корсаковского синдрома
  - Астенического синдрома
- 371.** «Астеническая триада» включает в себя:
- Метеозависимость
  - Нарушения сна
  - Снижение аппетита, потеря в весе
  - Суицидальные тенденции
  - Висцеро-вегетативные расстройства
  - Ипохондричность
  - Повышенная психическая и физическая истощаемость
  - Сексуальные расстройства
- 372.** «Защитные» формы поведения (ритуалы) наблюдаются в структуре синдрома:
- Параноидного
  - Онейроидного
  - Истерического
  - Обсессивно-фобического
  - Астенического
- 373.** Ажитированная депрессия относится к группе аффективных синдромов
- Смешанных
  - Простых
  - Сложных
- 374.** Аффективные синдромы доминируют в клинической картине:
- Алкогольного делирия
  - Аффективных расстройств



- c. Психопатий
- d. Шизофрении
- e. Деменции

- 375.** Депрессивный ступор встречается при:
- a. Невротической депрессии
  - b. Аффективных расстройствах
  - c. Патохарактерологических реакциях
  - d. Расстройствах личности
  - e. Обсессивно-компульсивных расстройствах

- 376.** Депрессивный ступор наблюдается при:
- a. Шизофрении
  - b. Невротических расстройствах
  - c. Аффективных расстройствах
  - d. Алкоголизме
  - e. Расстройствах личности

- 377.** Для группы невротических синдромов характерно:
- a. Выраженное снижение памяти и интеллекта
  - b. Полиморфные астенические проявления
  - c. Признаки нарушения сознания
  - d. Иллюзии, галлюцинации
  - e. Критическое отношение к болезненным переживаниям
  - f. Возникновение психогенным путем
  - g. Начало в связи с соматогениями
  - h. Выраженные изменения преморбидных личностных особенностей

- 378.** Истерический синдром характеризуется следующей триадой признаков:
- a. Тревожно-мнительные особенности личности
  - b. Диссоциативные расстройства
  - c. Конверсионные расстройства
  - d. Выраженные мнестические нарушения
  - e. Истероидные особенности личности
  - f. Нарушения самосознания
  - g. Дерезализационные расстройства
  - h. Иллюзорно-галлюцинаторные переживания

- 379.** Маниакальный ступор относится к группе аффективных синдромов:
- a. Простых
  - b. Сложных
  - c. Смешанных

- 380.** Меланхолический раптус – это:
- a. Не сопровождающаяся потерей сознания кратковременная, пароксизмально наступающая утрата мышечного тонуса, приводящая к падению больного. Обычно возникает при сильных эмоциях
  - b. Двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий (однообразное повторение одних и тех же слов и словосочетаний или движений)
  - c. Расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
  - d. Периодически и внезапно возникающая страсть к воровству

- e. Двигательное возбуждение, возникающее на фоне мучительной, невыносимой тоски, сочетающееся с безысходностью и отчаянием
- 381.** Назовите синдромы невротического уровня:
- a. Истерический
  - b. Ипохондрический
  - c. Обсессивно-фобический
  - d. Параноидный
  - e. Астенический
  - f. Психоорганический
  - g. Нарушения сознания
  - h. Маниакальный
- 382.** Обсессивный синдром доминирует в клинической картине:
- a. Ананкастных расстройств личности
  - b. Шизофрении
  - c. Диссоциативных расстройств
  - d. Аффективных расстройств
  - e. Обсессивно-компульсивных расстройств
  - f. Алкогольных психозов
- 383.** Патологическая фиксация на проблемах своего здоровья, поиски мнимых заболеваний характеризуют синдром:
- a. Обсессивно-фобический
  - b. Гебефренический
  - c. Ипохондрический
  - d. Депрессивный
  - e. Астенический
- 384.** Триада основных компонентов аффективных синдромов включает в себя:
- a. Моторный
  - b. Сенсорный
  - c. Галлюцинаторный
  - d. Идеаторный
  - e. Параноидный
  - f. Аффективный
  - g. Астенический
- 385.** Боевая психическая травма – это:
- a. Потрясающие впечатления, избыточная сенсорная афферентация, страх быть убитым, раненым
  - b. Боевая психическая патология
  - c. Патологическое состояние ЦНС, обусловленное повреждающим эффектом боевого стресса
  - d. Взрывная контузия головного мозга
  - e. Навязчивые репереживания, кошмарные сновидения
  - f. Психогенное заболевание (реактивное состояние)
- 386.** В клинической картине ПТСР характерны следующие признаки:
- a. Ослабление памяти
  - b. Навязчивые воспоминания о психотравме
  - c. Галлюцинации



- d. Бредовые идеи
- e. Повторяющиеся сновидения, отражающие психотравму
- f. Помрачение сознания

**387.** В основе этиологии ПТСР лежит:

- a. Неблагоприятная наследственность
- b. Физиогенные и соматогенные факторы
- c. Психическая травма
- d. Интоксикационные факторы

**388.** В течение какого времени после перенесенного стрессового события возникает острая реакция на стресс?

- a. Через несколько суток
- b. Через несколько месяцев
- c. Через несколько минут
- d. Через несколько часов

**389.** Какое из приведенных заболеваний можно отнести к «Расстройствам, связанным со стрессом» (МКБ-10)?

- a. Тревожное расстройство
- b. Расстройство адаптации
- c. Неврастения
- d. Шизофрения
- e. Депрессивный эпизод

**390.** Посттравматическое стрессовое расстройство (МКБ-10):

- a. Возникает как острая реакция на исключительный физический и психологический стресс
- b. Возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие исключительно угрожающего характера
- c. Состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни и обычно препятствующие социальному функционированию
- d. Состояние тревоги генерализованного и стойкого характера, не связанное с какими-либо средовыми обстоятельствами
- e. Легкое депрессивное состояние в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации, но продолжающееся не более 2 лет

**391.** Проявления «Флешбек» характерно для:

- a. Шизофрении
- b. Расстройств личности
- c. Алкоголизма
- d. ПТСР
- e. Эпилепсии

**392.** ПТСР отражают последствия:

- a. Повторных черепно-мозговых травм
- b. Длительного злоупотребления алкоголем и наркотиками
- c. Перенесенных в жизни нейроинфекций
- d. Перенесенных в жизни экстремальных ситуаций
- e. Неблагоприятных условий воспитания и формирования личности

- 393.** Что является стержневым синдромом ПТСР (посттравматического стрессового расстройства)?
- Алкогольная зависимость
  - Астения
  - Повторное многократное переживание травмы и ее обстоятельств в виде навязчивых воспоминаний, снов, кошмаров
  - Депрессия
  - Бред
- 394.** Наиболее распространенными психическими расстройствами в условиях чрезвычайных ситуаций являются:
- Эндогенные психические расстройства
  - Эндогенно-органические психические расстройства
  - Экзогенные психические расстройства
  - Экзогенно-органические психические расстройства
  - Психогенные психические расстройства
  - Расстройства личности
  - Умственная отсталость
- 395.** Основными методами оказания помощи пострадавшим с реакциями боевого стресса являются:
- Физическое ограничение
  - Предоставление нескольких часов сна и отдыха в сочетании с психокоррекционными мероприятиями
  - Введение литических смесей с хлорпромазином
  - Курсовое лечение транквилизаторами и антидепрессантами
  - Эфирный рауш-наркоз, «кальциевый удар», токи Кауфмана
  - Когнитивно-поведенческая психотерапия, наркогипнотерапия
- 396.** Основными этиопатогенетическими факторами развития психогенных расстройств при чрезвычайных ситуациях являются:
- Биологические
  - Социально-психологические
  - Профессионально-бытовые
  - Климато-географические
  - Специфические
  - Психотравмирующие
  - Индивидуально-личностные
- 397.** Основу боевой психической патологии в условиях ТВД составляют:
- Острые реактивные психозы
  - Реактивные депрессии и параноиды
  - Аффективно-шоковые реакции
  - Диссоциативные расстройства
  - Непсихотические стрессовые расстройства
  - Психогенные сумеречные помрачения сознания (псевдодеменции, пуэрилизм)
- 398.** Паническое расстройство (диагностический критерий по МКБ-10):
- Возникает при обстоятельствах, связанных с объективной угрозой для жизни
  - Возникает в ответ на незначительные психотравмирующие события
  - Возникает на фоне хронической соматической патологии
  - Возникает спонтанно, эпизодически, без видимых причин



e. Возникает при передозировке нейролептиками

**399.** Представленность психогенных расстройств различного уровня в условиях чрезвычайных ситуаций следующая:

- a. Психологический (до 45%), невротический (до 35%), психотический (до 10%)
- b. Психологический (до 60%), невротический (до 25%), психотический (до 15%)
- c. Психологический (до 80%), невротический (до 20%), психотический (до 5%)

**400.** При оценке выраженности психогенных расстройств в условиях чрезвычайных ситуаций выделяют следующие уровни:

- a. Психологический (доболезненный)
- b. Деадаптационный
- c. Невротический (пограничный)
- d. Психотический
- e. Реактивный

**401.** Симптом Ганзера – это:

- a. Употребление больным им созданных отдельных слов, языка или особого шифра (криптография)
- b. Затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях
- c. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения
- d. Мимоговорение, во время которого больной на заданный вопрос отвечает неправильно, хотя по содержанию ответа можно заключить, что вопрос был понят верно
- e. Неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несуществующих деталях

**402.** Соматизированное расстройство (ведущий диагностический критерий по МКБ-10):

- a. Наличие множественных соматических симптомов без наличия объективной соматической патологии
- b. Активный поиск больным предполагаемого серьезного заболевания
- c. Наличие психопатологической симптоматики на фоне реально существующего соматического заболевания
- d. Наличие психопатологической симптоматики, возникшей вследствие реально существующего соматического заболевания
- e. Ложное убеждение в наличии неизлечимой, приводящей к смерти или унижительной болезни (рак, СПИД и др. )

**403.** Стресс-провоцированное аддиктивное поведение в условиях боевой обстановки – это:

- a. Суицидальный шантаж
- b. Членовредительство, дезертирство
- c. Ситуационная психическая зависимость в отношении психоактивных веществ
- d. Имитация соматоформных и психопатологических симптомов

**404.** Актуальность проблемы расстройств личности для психиатров обусловлена:

- a. Тяжестью течения
- b. Широкой распространенностью
- c. Сопутствующими соматическими заболеваниями
- d. Высоким процентом диагностических ошибок
- e. Осложнениями

- 405.** В каком возрасте наиболее ярко проявляются психопатические особенности:
- В 4-6 лет
  - 6-12 лет
  - 17-19 лет
  - 21-25 лет
  - 30-35 лет
  - 45-50 лет
- 406.** В формировании расстройств личности принимают участие:
- Биологическая неполноценность нервной системы
  - Педагогическая запущенность
  - Отрицательное воздействие окружающей среды
  - Низкий культурный уровень
  - Перенесенные болезни в зрелом возрасте
- 407.** Группировка расстройств личности по О. Кербикову включает:
- Ядерные (конституциональные) психопатии
  - Возбудимые
  - Краевые (приобретенные)
  - Органические
  - Паранойяльные
  - Смешанные
- 408.** Интеллектуальный коэффициент при дебильности равен:
- 10-19
  - 25-34
  - 35-49
  - 50-69
  - 70-89
- 409.** К диагностическим критериям расстройств личности относятся:
- Острое начало
  - Выраженность патологических черт
  - Исходное состояние
  - Стабильность патологических черт
  - Тотальность дисгармонии психики
  - Прогрессиентность течения
- 410.** К клиническим формам умственной отсталости относят:
- Идиотию
  - Деменцию тотальную
  - Деменцию парциальную
  - Дебильность
  - Травматическое слабоумие
  - Имбецильность
- 411.** Какие расстройства относятся к патологии развития:
- Шизофрения
  - Травматические психозы
  - Умственная отсталость
  - Алкоголизм



- e. Расстройство личности
- f. Реактивные состояния

**412.** Какова величина коэффициента интеллекта (IQ) при легкой степени умственной отсталости (дебильности):

- a. 0-19
- b. 35-49
- c. 50-69
- d. 70-79

**413.** Категория годности к военной службе военнослужащих по призыву с легкой умственной отсталостью:

- a. Ограниченно годен к военной службе
- b. Годен к военной службе
- c. Годен к военной службе с незначительными ограничениями
- d. Не годен к военной службе
- e. Временно не годен к военной службе

**414.** Категория годности к военной службе военнослужащих по призыву с расстройствами личности:

- a. Годен к военной службе
- b. Годен к военной службе с незначительными ограничениями
- c. Ограниченно годен к военной службе
- d. Временно не годен к военной службе
- e. Не годен к военной службе

**415.** Наиболее распространенными клиническими формами расстройств личности:

- a. Возбудимая
- b. Парафреническая
- c. Истерическая
- d. Смешанная
- e. Астеническая
- f. Неустойчивая
- g. Гебефреническая
- h. Импульсивная

**416.** Основная причина декомпенсации расстройств личности:

- a. Перенесенная простуда
- b. Употребление алкоголя
- c. Смена стереотипа
- d. Конфликтная ситуация
- e. Повышение нагрузок

**417.** Основной признак психопатической реакции:

- a. Продолжительность
- b. Наличие судорог
- c. Амнезия
- d. Несоответствие ответа силе раздражителя
- e. Категоричность
- f. Эгоистичность

**418.** Патология развития включает в себя:

- a. Умственное недоразвитие
- b. Невротические расстройства
- c. Аномалии развития характера
- d. Эпилептические изменения личности
- e. Патологию личности при алкоголизме Изменения личности при наркоманиях

**419.** По этиологическому признаку умственная отсталость подразделяется на:

- a. Дифференцированную
- b. Смешанную
- c. Наследственную
- d. Недифференцированную
- e. Отдельные формы
- f. Истинную

**420.** Кто из отечественных психиатров внес большой вклад в развитие учения о расстройствах личности:

- a. Балинский И. М.
- b. Осипов В. П.
- c. Ганнушкин П. Б.
- d. Снежневский А. В.
- e. Кербиков О. В.

**421.** Стадии динамики расстройств личности:

- a. Компенсация
- b. Деадаптация
- c. Неустойчивая компенсация
- d. Дезинтеграция
- e. Ремиссия

**422.** Для диагностики невротических расстройств у детей наиболее целесообразно применение

ММРІ

Рисуночных тестов

Теста Векслера

Семейной социогаммы

**423.** Акцентуация личности

Это вариант нормы, отличающийся от гармоничной личности усилением/ослаблением черты или черт, вследствие чего обнаруживается повышенная/пониженная фрустрационная толерантность в отношении определенных стрессовых ситуаций

Это патологическое состояние, проявляющееся дисгармоничным складом личности, от которого страдают или сам больной или общество

Представляет собой патологическую реакцию невротического уровня на психические травмы или неблагоприятные ситуации

Это группа расстройств с нерезко выраженными нарушениями психической деятельности, возникновение, течение, компенсация и декомпенсация которых определяются преимущественно психогенными факторами

**424.** Выберите правильное определение акцентуации личности

Проявление предболезни

Теоретический конструкт

Константность личности



Вариант нормы с усилением (ослаблением черты) черт

**425.** Определите позитивные свойства акцентуации личности

Выраженная адаптивность

Коммуникативные способности

Устойчивость к определенным типам стрессов

Высокий интеллект

**426.** К методам предназначенным для исследования уровня интеллекта относится

Тест Векслера

Тест Спилбергера

ММРІ

Методика Роттера

**427.** Какая опасность вероятна при назначении транквилизаторов детям?

Снижение обучаемости

Привыкание и почва для развития наркомании в подростковом возрасте

Вероятность дорожно-транспортных происшествий

Невозможность корректировать дозировку

**428.** Какая опасность вероятна при назначении транквилизаторов детям?

a. Снижение обучаемости

b. Привыкание и почва для развития наркомании в подростковом возрасте

c. Вероятность дорожно-транспортных происшествий

d. Невозможность корректировать дозировку

**429.** .Основной причиной развития невротической симптоматики у детей является

a. Несоответствие темперамента и типа семейного воспитания

b. Соматическое заболевание

c. Отягощенная наследственность

d. Резидуально-органические нарушения

**430.** .Для детей-невротиков наиболее характерны

a. Резонерство

b. Нарушение памяти

c. Изменение самооценки

d. Гипобулия

**431.** .У ребенка 6 лет страх темноты и одиночества с большой вероятностью отражает

a. Дебют эндогенного заболевания

b. Наличие резидуальных нервно-психических расстройств

c. Наличие пароксизмальных состояний

d. Эмоциональное отвержение со стороны эмоционально значимых взрослых

**432.** Главная причина невротических расстройств у детей по К. Хорни

a. Наличие психосоматических нарушений

b. Неблагоприятный ранний опыт межличностных отношений

c. Наличие резидуально-органических расстройств

d. Идеаторные нарушения

**433.** Отличительными особенностями невротической симптоматики у детей младшего школьного возраста являются

- a. Рудиментарность симптоматики и ее изменчивость
  - b. Наличие обманов восприятия
  - c. Наличие задержки психического развития
  - d. Наличие нарушений психосексуального развития
- 434.** Аффективно-распираторные судороги чаще встречаются у детей, воспитывающихся по типу
- a. Доминирующей гиперпротекции
  - b. Потворствующей гипопротекции
  - c. Потворствующей гиперпротекции
  - d. Доминирующей гипопротекции
- 435.** Родители детей с невротическими расстройствами обычно характеризуются
- a. Ригидностью установок
  - b. Высокой эмпатией
  - c. Низким интеллектом
  - d. Хроническими заболеваниями
- 436.** Воспитанию по типу гиперпротекции чаще подвергаются дети, матери которых характеризуются
- a. Эмоциональной холодностью
  - b. Педантизмом
  - c. Повышенной тревожностью
  - d. Агрессивностью
- 437.** Один из самых главных факторов, влияющих на развитие у детей невротических расстройств
- a. Нестрогое соблюдение режима дня
  - b. Поступление ребенка в школу
  - c. Конституциональные особенности
  - d. Неправильное воспитание в семье
- 438.** Воспитание по типу потворствующей гипопротекции характеризуются
- a. Некритичным отношением к ребенку в сочетании со слабым контролем
  - b. Повышенным контролем за ребенком и суровым наказанием
  - c. Озабоченностью родителей будущим ребенка
  - d. Завышенным уровнем притязаний к ребенку
- 439.** Воспитание по типу скрытой гипопротекции характеризуется
- a. Достаточным вниманием к потребностям ребенка
  - b. Демонстративностью и формальностью заботы о ребенке
  - c. Повышенным контролем за ребенком
  - d. Несправедливыми наказаниями
- 440.** Постоянный жесткий контроль осуществляется за ребенком при воспитании по типу
- a. Доминирующей гиперпротекции
  - b. Скрытой гипопротекции
  - c. Противоречивого
  - d. В культе болезни
- 441.** Основным фактором, способствующим воспитанию ребенка в культе болезни является



- a. Многодетная семья
  - b. Наличие у ребенка психического развития
  - c. Наличие у ребенка хронического заболевания
  - d. Неполная семья
- 442.** При воспитании ребенка в культуре болезни у него развиваются
- a. Пониженный уровень притязаний
  - b. Гипотимия
  - c. Эмпатия
  - d. Рентные установки
- 443.** Воспитание по типу доминирующей гиперпротекции характеризуется
- a. Чрезмерной мелочной опекой
  - b. Некритичным отношением к ребенку
  - c. Фиксацией родителей на проблеме здоровья ребенка
  - d. Формальным отношением родителей к потребностям ребенка
- 444.** Воспитание ребенка по типу скрытого эмоционального отвержения характеризуется
- a. Подчеркнутой заботой о ребенке
  - b. Развитием у ребенка рентных установок
  - c. Безнадзорностью
  - d. Желанием ребенка постоянно быть в центре внимания
- 445.** Противоречивое воспитание наиболее часто встречается в семьях
- a. Многодетных
  - b. Неполных
  - c. С разными стилями воспитания у разных членов семьи
  - d. Алкоголизирующихся
- 446.** Для воспитания ребенка по типу явной гипопротекции характерны
- a. Озабоченность родителей будущим ребенка
  - b. Мелочная опека
  - c. Некритичное отношение к ребенку
  - d. Безнадзорность
- 447.** Конверсионная симптоматика характерна для детей больных
- a. Эпилепсией
  - b. Астеническим неврозом
  - c. Истерическим неврозом
  - d. Минимальной мозговой дисфункцией
- 448.** Фактором (особенностью) воспитания, способствующим формированию нервной анорексии является
- a. Властная деспотичная мать
  - b. Строгий, не терпящий возражений отец
  - c. Многодетная малообеспеченная семья
  - d. Уход отца из семьи
- 449.** Основным отличием невротического развития от психопатического развития является
- a. Менее выраженные признаки социальной дезадаптации
  - b. Обратимость расстройств
  - c. Эго-дистонность

- d. Хорошая реакция на проведение психотерапии
- 450.** Кто является автором понятия «характерологическая реакция» и «патохарактерологическая реакция»
- К. Леонгард
  - В. В. Ковалев
  - А. Е. Личко
  - Г. Е. Сухарева
- 451.** Дайте определение понятия «характерологическая реакция»
- Преходящее ситуационное изменение поведения ребенка (подростка) в микросреде без дезадаптации
  - Усиление черт акцентуации
  - Декомпенсация психопатии
  - Проявление психического инфантилизма
- 452.** Дайте определение понятия «патохарактерологическая реакция»
- Делинквентное поведение
  - Преходящее ситуационное изменение поведения ребенка (подростка) в микросреде без дезадаптации
  - Личностная реакция с нарушением социальной адаптации и соматовегетативными расстройствами
  - Декомпенсация психопатии
- 453.** Дайте определение понятия «реакции отказа»
- Каприз избалованного ребенка
  - Патохарактерологическая реакция «отказа от притязаний»
  - Отказ от учебы
  - Манкирование родительскими предписаниями
- 454.** Дайте определение понятия «реакция протеста»
- Сверхценное переживание обиды
  - Делинквентное поведение
  - Манкирование учебой
  - Аноректическое поведение
- 455.** Дайте определение понятия «реакция имитации»
- Расторможенность сферы влечений
  - Следствие переживаний, связанных с пониженной самооценкой
  - Форма поведения умственно отсталого
  - Сознательное (бессознательное) подражание поведению значимых лиц
- 456.** Дайте определение понятия «реакция эмансипации»
- Форма аддиктивного поведения
  - Декомпенсация психопатии
  - Поведенческий эквивалент формирующегося самосознания, самооценки, мировоззрения за счет отрицания навязанных извне стандартов
  - Форма делинквентного поведения
- 457.** Дайте определение понятия «реакция группирования со сверстниками»
- Избрание подростком в качестве объектов для идентификации лиц своего возраста
  - своего возраста



- c. Проявление инстинкта самосохранения
- d. Проявление конформизма
- e. Форма проведения досуга

- 458.** Психическое расстройство в подростковом возрасте чаще всего проявляется
- a. невозможностью выполнять свойственную этому возрасту деятельность, самостоятельно и конструктивно преодолевать кризисы и конфликты, критически оценивать собственные возможности
  - b. Наличием колебаний настроения, расстройством сна
  - c. Отсутствием интереса к деятельности, конфликтным отношением к родителям
  - d. Частыми конфликтами со сверстниками, отсутствием близких друзей

- 459.** Диагноз психопатии исключает
- a. Наличие паранойяльного бреда
  - b. Выраженность симптоматики, достигающей степени психотической
  - c. Благоприятный прогноз
  - d. Возможность стабильной социальной адаптации

- 460.** К реакциям пассивного протеста подростка относятся следующее состояние
- a. Нервная анорексия
  - b. Элективный мутизм
  - c. Политоксикомания
  - d. Манкирование учебой

- 461.** Изолированный симптом аутизма наиболее характерен для
- a. Шизофрении
  - b. Шизоидной психопатии
  - c. Органического аутизма
  - d. Невротического развития личности

- 462.** При диагностике неврозов и ограничении их от сходной патологии должны всегда предусматриваться три основных критерия: (выраженность и своеобразие клинических проявлений (1); структура и особенности личности больного (2); тип патогенной конфликтной ситуации (3); степень внушаемости больного (4); длительность заболевания (5)). Выберите правильное сочетание.

- a. 1, 2, 3
- b. 2, 3, 4
- c. 1, 2, 4
- d. 1, 2, 5

- 463.** Клиническая картина невротических нарушений сердечно-сосудистой деятельности представлена в виде трех основных синдромов: кардиологического (1); Вольфа-Паркинсона-Уайта (2); синдрома кардиоспазма (3); нарушения сердечного ритма (4); синдрома сосудистой дистонии (артериальной гипертензии и артериальной гипотонии) (5). Выберите правильное сочетание:

- a. 2, 3, 4
- b. 1, 2, 4
- c. 1, 4, 5
- d. 1, 2, 5

- 464.** Классическая триада нервной анорексии включает: отказ от еды (1); булимия (2);

депрессия (3); аменорея (4); выраженное похудание (5); нарушение схемы тела (6). Выберите правильное сочетание:

- a. 1, 2, 3
- b. 1, 4, 5
- c. 2, 3, 6
- d. 1, 3, 5

**465.** Конверсионные симптомы отличаются от соматических (органических) тем, что: утрата функции соответствует представлению пациента о том, как работает его тело, а не данным анатомии и физиологии (1); можно доказать, что симптом выполняет некоторую функцию в жизни пациента (2); пациент вырабатывает особое отношение к симптому, обычно отмеченное либо театральностью, либо безразличием (3); симптом подтверждается структурными (тканевым, органом) дефектом (4) Выберите правильное сочетание

- a. 1, 2, 3
- b. 1, 2, 3, 4
- c. 1, 3
- d. 2, 4

**466.** Установите последовательность значимости факторов в этиологии нервной анорексии: неблагоприятная наследственность (1); установки семьи в отношении еды (2); случайные реплики в отношении избытка веса (3); формирование неустойчивой самооценки и неуверенности в себе (4) Выберите правильное сочетание:

- a. 1, 3, 4, 2
- b. 2, 1, 4, 3
- c. 2, 3, 4, 1
- d. 1, 2, 3, 4

**467.** Установите последовательность в диагностике невроза: определение типа невротического конфликта (1); проведение негативной или позитивной диагностики невроза (2); определение психогенеза невроза (3); подбор адекватного метода психотерапии (4) Выберите правильное сочетание:

- a. 2, 3, 1, 4
- b. 1, 3, 2, 4
- c. 3, 4, 1, 2
- d. 4, 3, 1, 2

**468.** Установите последовательность этапов формирования наркоманий: повышение толерантности (1); нарушение поведения (2); физическая и психическая зависимость (3); утрата контроля (4); проявление физических симптомов (5) Выберите правильное сочетание:

- a. 5, 1, 4, 3, 2
- b. 1, 3, 2, 4, 5
- c. 3, 4, 5, 2, 1
- d. 2, 1, 4, 3, 5

**469.** Выберите один основополагающий фактор выделения подросткового периода по Э. Г. Эриксону:

- a. Интимность -изоляция
- b. Интегативность -безысходность
- c. Созидание -чувство неполноценности
- d. Автономия -стыд, сомнение

**470.** Согласно классической психоаналитической теории Фрейда «эдипов комплекс» появляется в возрасте от



- a. От 1 года до 3 лет
- b. От 3 лет до 5 лет
- c. От 5 до 8 лет
- d. От 8 до 12 лет

**471.** Определите, какие поведенческие реакции встречаются в норме у подростков

- a. Реакция эмансипации
- b. Реакция отказа
- c. Реакция имитации
- d. Реакция активного протеста

**472.** Механизмом совладания является:

- a. Вытеснение
- b. Рационализация
- c. Проблемный анализ
- d. Фантазирование
- e. Соматизация

**473.** В теории личности К. ЮНГА важным компонентом личности является:

- a. Стремление к власти
- b. Стремление к самоактуализации
- c. Открытость опыту
- d. Личное бессознательное /"тень"/
- e. Стремление к совершенству

**474.** Согласно А. Адлеру существенной характеристикой личности является:

- a. Чувство общности
- b. Ориентация интересов к внешнему /экстраверт/ или внутреннему /интраверт/ миру
- c. Органический процесс оценки
- d. Защитный панцирь
- e. Концепция стадийности психосексуального развития

**475.** Понятие об интраверсии и экстраверсии в психологию ввел:

- a. З. Фрейд
- b. А. Адлер
- c. К. Юнг
- d. Э. Фромм
- e. О. Ранк

**476.** Процесс, посредством которого психологический комплекс идей, желаний, чувств и т. д. заменяется физическим симптомом называется:

- a. Смещением
- b. Конверсией
- c. Вытеснением
- d. Овеществлением

**477.** Согласно психоаналитической теории, тип психической деятельности, присущий бессознательному относится к:

- a. Первичным процессам
- b. Вторичным процессам
- c. Смешанным процессам

**478.** Метод семантического дифференциала представляет собой:

- a. Набор цветowych эталонов
- b. Батарейку стимульных слов
- c. Набор зашумленных изображений
- d. Перечень полярных шкал
- e. Вопросник

**479.** Первичные процессы, согласно психоаналитической теории, функционируют в системе:

- a. Бессознательного и предсознательного
- b. Предсознательного и сознательного
- c. Бессознательного
- d. Сознательного

**480.** Вторичные процессы, согласно психоаналитической теории, функционируют в системе:

- a. Бессознательного
- b. Бессознательного и предсознательного
- c. Предсознательного и сознательного
- d. Сознательного

**481.** Выберите правильное сочетание последовательности этапов индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии: проработка выявленных и осознанных конфликтов и дезаппетивных стереотипов мышления, чувств и поведения (1); преодоление зависимости пациента от психотерапевта (2); определение терапевтического запроса и установление контакта (3); выявление сопротивления, защиты и конфликтов (4); коррекция нарушенных отношений и поведения (5)

- a. 3, 4, 1, 5, 2
- b. 3, 1, 4, 5, 2
- c. 3, 5, 2, 1, 4

**482.** В клиент-центрированной терапии Роджерса психотерапевт в контакте с пациентом проявляет: нейтральную позицию (1); аутентичность – способность быть самим собой (2); эмпатию (3); активное руководство процессом терапии (4); безусловное положительное принятие пациента (5)?

Выберите правильное сочетание:

- a. 1, 2, 3
- b. 2, 3, 4
- c. 2, 3, 5
- d. 3, 4, 5

**483.** Основными методиками рациональной психотерапии являются: интерпретация (1); имплозия (2); убеждение (3); внушение (4); разъяснение (5); сократический диалог (6); научение (7)

- a. 1, 2, 3
- b. 3, 5, 6
- c. 1, 3, 7
- d. 2, 3, 5

**484.** В поведенческой психотерапии психотерапевт во взаимоотношениях с пациентом стремится: к активному руководству лечебным процессом (1); быть наиболее искренним в выражении своих чувств (2); к использованию приемов поощрения и наказания (3); к обучению пациента самоконтролю (4); быть аутентичным (5)

- a. 1, 2, 3



- b. 2, 3, 4
- c. 1, 3, 4
- d. 3, 4, 5

**485.** Понятиями поведенческого направления психотерапии являются: желательный стереотип поведения (1), запускающий стимул (2), подкрепляющий стимул (3), проекция(4), оценка достижения желательного стереотипа поведения (5). Выберите правильное сочетание.

- a. 1, 2, 3, 4
- b. 2, 3, 4, 5
- c. 1, 2, 3, 5

**486.** Понятиями поведенческого направления психотерапии являются: подавление (1), желательный стереотип поведения (2), запускающий стимул (3), подкрепляющий стимул (4), катарзис (5).

Выберите правильное сочетание

- a. 2, 3, 4
- b. 1, 3, 5
- c. 2, 4, 5

**487.** Целью поведенческой психотерапии является: инсайт (1), выработка желательного стереотипа поведения (2), эмоциональное отреагирование (3), освобождение от телесных зажимов (4), угашение нежелательного стереотипа поведения (5). Выберите правильное сочетание

- a. 1, 3
- b. 2, 5
- c. 1, 4

**488.** Целью поведенческой психотерапии является: эмоциональное отреагирование (1), достижение осознания генеза неадекватного стереотипа поведения(2), угашение нежелательного стереотипа поведения (3), выработка желательного стереотипа поведения (4), освобождение от телесных зажимов (5). Выберите правильное сочетание

- a. 3, 4
- b. 1, 2
- c. 2, 5

**489.** К методам поведенческой психотерапии относятся: методика контроля стимула (1), систематическая десенситизация (2), методика обмена ролями (3), методика двойника или «второго Я» (4), методика вызванного гнева (5). Выберите правильное сочетание

- a. 1, 2, 3
- b. 3, 4, 5
- c. 1, 2, 5

**490.** К методам поведенческой терапии относятся: систематическая десенситизация (1), имплозия (2), монолог (3), психодраматическое зеркало (4), методика контроля стимула (5). Выберите правильное сочетание

- a. 1, 2, 5
- b. 1, 2, 3
- c. 3, 4, 5

**491.** К методам редукции поведения в поведенческой психотерапии относятся: угашение (отказ в подкреплении) (1); удаление запускающего (дискриминантного) стимула (2); наказание (3); методика обмена ролями (4); оценка ответа (пенальти) (5). Выберите

правильное сочетание

- a. 2, 3, 4, 5
- b. 1, 2, 3, 5
- c. 1, 2, 3, 4

**492.** К методам, усиливающим поведение в поведенческой психотерапии, относятся: позитивное подкрепление (1); негативное подкрепление (2); методика «пустого стула» (3); моделирование (4); манипулирующее подкрепление («жетонная система») (5)

- a. 1, 2, 4, 5
- b. 1, 2, 3, 4
- c. 2, 3, 4, 5

**493.** Иррациональные установки в системе рационально-эмоциональной терапии А. Эллиса имеют следующие характеристики: неосознаваемы (1); носят вероятностный характер (2); сверхгенерализованы (3); имеют характер предписания (4); связаны с длительными или неадекватными ситуациям эмоциями (5). Выберите правильное сочетание

- a. 1, 2, 3, 4
- b. 3, 4, 5
- c. 1, 3, 4, 5

**494.** Рациональные установки в системе рационально-эмоциональной терапии А. Эллиса имеют следующие характеристики: легко осознаваемы (1); сверхгенерализованы (2); носят характер пожелания определенного развития событий (3); связаны с неадекватными ситуациям эмоциями (4); пластичные легко перестраиваемые (5). Выберите правильное сочетание

- a. 1, 3, 5
- b. 1, 2, 3
- c. 2, 3, 4

**495.** Установите правильную последовательность этапов прививочно-стрессового тренинга навыков преодоления: ознакомление с принципами терапии (1); подготовка к стрессору (2); оценка и подкрепление результата (3); встреча и взаимодействие со стрессором (4); репетирование навыков преодоления в различных ситуациях (5); закрепление навыков преодоления (6); преодоление возможности оказаться ошеломленным (7). Выберите правильное сочетание

- a. 1, 4, 2, 3, 7, 6, 5
- b. 1, 2, 4, 7, 3, 5, 6
- c. 2, 1, 3, 7, 4, 5, 6

**496.** Установите правильную последовательность проведения систематической десенситизации: систематическая десенситизация *in vivo* (1); освоение техники прогрессивной мышечной релаксации (2); составление иерархии ситуаций, вызывающих страх (3); систематическая десенситизация в воображении (4); установление контакта с пациентом, определение цели терапии (5);

Выберите правильное сочетание

- a. 5, 1, 2, 4, 3
- b. 5, 2, 3, 4, 1
- c. 5, 3, 4, 2, 1

**497.** Установите правильную последовательность этапов при проведении техники наводнения: установление контакта и цели терапии (1); обоснование принципов терапии (2);



погружение в реальную ситуацию (3); повторные погружения в реальную ситуацию в соответствии с программой (4); ознакомление с скрытыми уходами при тренинге (5); закрепление позитивных стереотипов поведения (6) Выберите правильное сочетание

- a. 1, 2, 5, 3, 4, 6
- b. 1, 5, 2, 4, 3, 6
- c. 1, 2, 3, 4, 6, 5

**498.** Когнитивные направления психотерапии разделяют следующие положения: мысли, установки имеют важное значение в проблеме пациента (1); мысли, установки можно рассматривать как акты внутренней речи (2); мысли, установки могут быть изменены (3); цель терапии -реконструкции неправильных мыслей, установок (4); цель терапии -выяснение генеза ложных мыслей, установок (5) Выберите правильное сочетание

- a. 1, 4, 3, 2
- b. 2, 3, 4, 5
- c. 1, 2, 3, 4

**499.** Установите последовательность применения сконструированных терапевтических метафор (историй) по типу так называемой «спирали М. Эриксона»: окончание первой истории (1); начало второй истории (2); рассказ основной истории (3); начало первой истории (4); окончание второй истории (5) Выберите правильное сочетание

- a. 4, 2, 3, 5, 1
- b. 4, 1, 2, 5, 3
- c. 3, 4, 2, 5, 1

**500.** Вегетативные кризы при неврозах симпатикоадреналовой направленности включают следующие симптомы: неприятные ощущения в области сердца с учащением частоты сердечных сокращений (1); неприятные ощущения в эпигастральной области, усиление перистальтики (2); сухость во рту (4); гиперемия кожных покровов (5); повышение артериального давления (6); полиурия (7). Выберите правильное сочетание:

- a. 1, 2, 3, 4
- b. 3, 4
- c. 1, 3, 5, 7
- d. 3, 4, 7

**501.** Вегетативные кризы при неврозах вагоинсулярной направленности включают следующие симптомы: понижение артериального давления (1); чувство давления в области грудной клетки с ощущением «перебоев» в работе сердца (2); учащение частоты сердечных сокращений (3); усиление перистальтики, тошнота, повышенное слюноотделение (4); сухость во рту (5); бледность кожных покровов, озноб (6); гиперемия кожных покровов, ощущение жара (7)

- a. 1, 2, 4, 7
- b. 1, 3, 5, 6
- c. 3, 5, 7
- d. 5, 1, 3, 6

**502.** В каком возрасте наиболее часто развиваются депрессивные состояния?

- a. В возрасте до 20 лет
- b. В возрасте от 20 до 50 лет
- c. В возрасте от 50 до 60 лет
- d. В возрасте от 60 до 70 лет
- e. В возрасте старше 70 лет

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



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

- b. Экономическая
- c. Правовая
- d. Медицинская
- e. Педагогическая

**517.** Суициды наиболее часты:

- a. У мужчин в сравнении с женщинами
- b. У холостых
- c. У атеистов по сравнению с верующими
- d. Все перечисленное: У мужчин в сравнении с женщинами; У холостых; У атеистов по сравнению с верующими
- e. Ни одно из перечисленных: У мужчин в сравнении с женщинами; У холостых; У атеистов по сравнению с верующими

**518.** Уровень самоубийств рассчитывается:

- a. На 100 человек населения
- b. На 1000
- c. На 10 000
- d. На 100 000
- e. На 1000 000

**519.** Циклотимия – это:

- a. Вид невроза
- b. Вид аффективного расстройства
- c. Психотическая форма МДП
- d. Динамика циклоидной психопатии
- e. Вид маскированной депрессии

**520.** Частота суицидов, признанная ВОЗ как критическая в отношении психического здоровья населения:

- a. 20 случаев в год на 100000 населения
- b. 150 случаев на 100000
- c. 5 случаев на 100000
- d. 200 и более случаев на 100000
- e. 50 и более случаев на 100000

**521.** Что выходит на первый план в клиническом состоянии больных с так называемыми «маскированными депрессиями»?

- a. Нарушения мимики и пантомимики
- b. Пониженное настроение
- c. Интеллектуально-мнестические нарушения
- d. Изменения личности
- e. Сомато-вегетативные функциональные расстройства

**522.** Что отличает дистимию от рекуррентного депрессивного расстройства?

- a. Причина возникновения
- b. Наличие очерченных депрессивных эпизодов
- c. Особенности преморбидных личностных черт
- d. Возраст больного, в котором впервые появилось заболевание
- e. Дистимия и рекуррентное депрессивное расстройство не имеют принципиальных отличий

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



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

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

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

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

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

выраженной или продолжительной, чтобы полностью отвечать диагностическим требованиям для депрессивного эпизода

d. наличием хронического стабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух недель или более, включающего маниакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени; маниакальные и депрессивные симптомы оказывают существенное влияние на качество жизни пациента, формируя состояние дистресса

e. наличием одного или нескольких с течением времени маниакальных или смешанных эпизодов; диагноз может быть поставлен на основании одного маниакального или смешанного эпизода, но обычно такие эпизоды чередуются с депрессивными эпизодами на протяжении расстройства

**531.** Рекуррентное депрессивное расстройство характеризуется следующими признаками (выберите наиболее точные характеристики):

a. наличием одного или нескольких с течением времени депрессивных или смешанных эпизодов; диагноз может быть поставлен на основании одного депрессивного или смешанного эпизода

b. наличием одного или нескольких гипоманиакальных эпизодов и как минимум одного депрессивного эпизода; анамнезе не должны отмечаться маниакальные или смешанные эпизоды

c. наличием хронического нестабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух лет или более, включающего многочисленные выраженные маниакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени

d. наличием в анамнезе как минимум двух депрессивных эпизодов, разделенных по меньшей мере несколькими месяцами без выраженных аффективных нарушений; прежде в анамнезе никогда не отмечались маниакальные, гипоманиакальные или смешанные эпизоды, которые указывали бы на наличие биполярного расстройства

e. наличием одного или нескольких с течением времени маниакальных или смешанных эпизодов; диагноз может быть поставлен на основании одного маниакального или смешанного эпизода, но обычно такие эпизоды чередуются с депрессивными эпизодами на протяжении расстройства

**532.** Установите последовательность смены стадий психосексуального развития по З.

Фрейд: анальная (1); генитальная (2); латентная (3); оральная (4); фаллическая (5). выберите правильное сочетание

a. 4, 1, 5, 3, 2

b. 3, 1, 2, 5, 4

c. 4, 5, 2, 1, 3

d. 4, 2, 1, 3, 5

**533.** Установите правильный порядок смены основополагающих факторов развития детей младшего возраста по Э. Г. Эриксону: инициатива -чувство вины (1); автономия -стыд, сомнение (2); созидание -чувство неполноценности (3); доверие-недоверие (4) Выберите правильное сочетание

a. 4, 2, 1, 3

b. 2, 1, 4, 3

c. 4, 1, 3, 2

d. 3, 2, 1, 4

**534.** Установите последовательность фаз развития ребенка с точки зрения психоаналитической теории: латентная (1); анальная (2); оральная (3); фаллическая (4) Выберите правильное сочетание



- a. 3, 2, 4, 1
- b. 3, 2, 1, 4
- c. 2, 3, 4, 1
- d. 1, 2, 3, 4

**535.** Определите оптимальную последовательность проведения психопрофилактических мероприятий при расстройствах поведения у подростков: семейная психотерапия (1); индивидуальная психотерапия (2); групповая психотерапия (3); назначение корректоров поведения (4). Выберите правильное сочетание

- a. 1, 3, 4, 2
- b. 1, 2, 3, 4
- c. 1, 2, 4, 3
- d. 3, 2, 1, 4

**536.** Мальчик 5, 5 лет, выполняя задание по методике «рисунок семьи», не нарисовал себе рот, тогда как у других членов семьи изобразил все части лица. Это может свидетельствовать

- a. Об экстрапунитивности
- b. О нарушении в сфере общения
- c. Об эпилептоидных чертах характера
- d. Об истерических чертах личности

**537.** Мальчик 8 лет, рисуя человека, отказался рисовать нижнюю часть тела. Это может быть связано с

- a. Повышенной агрессивностью
- b. Повышенной самооценкой
- c. Повышенным интересом к сексуальным проблемам
- d. Трудностями коммуникаций

**538.** Мальчик 10 лет изобразил себя на рисунке семьи уменьшенной копией отца. Это может говорить о

- a. Хорошем эмоциональном контакте с отцом
- b. Скрытой агрессией на отца
- c. Нарушениях полоролевой идентификации
- d. Конкурентных отношениях с отцом

**539.** Девочка 11 лет, рисуя семью, изобразила 3-х летнего брата на другой стороне листа, объяснив, что «на этой он не поместился». Это позволяет предположить

- a. У девочки есть проблемы коммуникации
- b. Конкурентные отношения с братом
- c. У обследуемой повышенный уровень тревоги
- d. У пациентки завышенная самооценка

**540.** Девочка 12, 5 лет. Воспитывалась по типу гиперпротекции. Несмотря на хорошие успехи в школе, мать считала ее «упрямой и ленивой». В начале 8 класса девочка получила несколько троек. Мать наказала ее. Обзывала. В ответ на это дочь стала грубой, перестала вообще делать уроки, объясняя свое поведение «все равно я дура», отказалась носить пальто, которое мать ей купила. Определите тип подростковой поведенческой реакции

- a. Реакция оппозиции
- b. Отрицательная реакция имитации
- c. Реакция компенсации
- d. Реакция имитации



- 541.** Мальчик 12 лет. Консультирован психотерапевтом в связи с жалобами на неуправляемость. Неоднократно брал дома деньги, в школе грубит учителям, отнимает карманные деньги у младших. Пытался угнать мотоцикл. Квалифицируйте состояние ребенка
- Реактивное состояние
  - Дебют шизофрении
  - Делинквентное поведение
  - Истерический невроз
- 542.** Подросток 14 лет. Рос в атмосфере чрезмерной опеки со стороны матери и бабушки. Особо озабочен соблюдением режима дня. По характеру мнительный, тревожный, очень переживает, когда мать задерживается на работе. Испытывает трудности в сложных ситуациях при необходимости сделать выбор, принять решение. Определите тип акцентуации характера
- Психастенический
  - Лабильный
  - Сенситивный
  - Шизоидный
- 543.** На приеме женщина сидела, опустив голову, наклонив туловище вперед и обхватив себя руками. Психотерапевт слушал ее, также наклонился вперед, обхватил себя руками. Спустя какое-то время, он начал менять позу на открытую и женщина стала делать то же самое. Что сделал психотерапевт?
- Устал сидеть прямо
  - Применил прием «мимезиса»
  - Вслушивался
  - Защищался от поступающей информации
- 544.** У пациентки возник симптом трихофилломании после смерти любимого деда. Основопологающим этиологическим фактором является
- Нормативный стрессор
  - Ролевой конфликт
  - Нарушение границ
  - Системная травма
- 545.** У 13 летнего подростка появилось пристрастие к игровым автоматам, резкое снижение успеваемости, безразличное отношение к окружающему. Наиболее вероятно предположить возникновение
- Нарушение поведения
  - Депрессии
  - Эндогенного расстройства
  - Оппозиционного отношения к школе
- 546.** Ребенок 11 лет. Обнаружен конфликт в школе, снижение успеваемости. Немотивированные уходы из дома и бродяжничество, возникающие спонтанно. Наиболее вероятно предположить возникновение
- Эндогенного расстройства
  - Психопатии
  - Нарушения поведения
  - Школьной дезадаптации
- 547.** У пациентки 17 лет, приехавшей из периферийного города и поступившей в

престижный ВУЗ возник на первом курсе невротический синдром нарушения акта глотания. Основополагающим этиологическим фактором является конфликт, связанный с

- a. Отсутствием в семье отца
- b. Симбиотической связью с матерью
- c. Перфекционистскими установками пациентки
- d. Частыми ангинами в детстве

**548.** Мальчик 13 лет. Рос активным, подвижным. Настроение обычно было хорошим. Учился неровно. Общителен, но близких друзей нет. В шестом классе получил «двойку» по нескольким предметам за 1 полугодие из-за прогулов. Не был огорчен этим, считая, что «быстро все исправит». Прогулы объяснял поисками заработка, с увлечением рассказывал о своих знакомых, которые «помогут в бизнесе». Определите тип акцентации характера

- a. Гипертимный
- b. Эпилептоидный
- c. Лабильный
- d. Шизоидный

**549.** Психотерапевт внешне выглядит большим мужчиной, говорит громким голосом, часто смеется, принимая женщину, которая говорила очень тихим голосом, медленно, сопровождая слова слезами. Он начал говорить тихо, медленно, не использовал шуток и не смеялся. Что означало такое поведение психотерапевта?

- a. Устал на приеме
- b. Давал возможность женщине высказаться
- c. Переживал негативный контр-перенос
- d. Применил прием присоединения по просадическим характеристикам речи

**550.** Одно из первых занятий по групповой психотерапии. Группа провела большую часть занятия за разговорами, в частности, о политике. Все довольны дискуссией, и кажется, они могут продолжить так до конца занятия. Психотерапевт говорит, что их разговор о политике может содержать что-то общее с интересом к взаимным отношениям -к «политике» внутри группы. Какой тип вмешательства использовал психотерапевт?

- a. Разъяснение, интерпретация
- b. Конфронтация
- c. Эмоциональная поддержка
- d. Непрямое руководство

**551.** Первая беседа с пациентом, страдающим неврозом, мужчина 32 лет высказывает жалобы на неустойчивость настроения, расстройство засыпания, трудности в принятии решения относительно перехода на новую работу. Больным себя считает около 6 месяцев. Какую лечебную стратегию из перечисленных выберете?

- a. Психотропные препараты
- b. Поведенческая психотерапия
- c. Когнитивная психотерапия
- d. Гипнотерапия

**552.** Первая встреча с пациенткой, страдающей неврозом, женщина 37 лет, домохозяйка, жалуется на постоянные угнетающие боли в спине в течение года. Боли появились с возникновением конфликтных отношений в семье, с мужем и его родителями. исследование не выявило органического происхождения боли. Муж отказался участвовать в психотерапии. Какую лечебную стратегию выберете?

- a. Психотропные препараты
- b. Поведенческая психотерапия

- c. Трансактный анализ
- d. Гипнотерапия

**553.** В ходе комплексного лечения (психотерапия и психофармакотерапия) пациент, мужчина 23 лет, страдающий неврастенией, на очередной встрече с психотерапевтом (мужчина 50 лет) заявил с раздражением о своем недовольстве лечением и психотерапевтом, о том, что тот относится к нему безразлично, холодно и подавляет его. Какой тип поведения психотерапевта наиболее продуктивен для продолжения психотерапии?

- a. Предложение рассказать о подобных чувствах по отношению к другим людям из его жизни
- b. Перевод разговора на другую тему
- c. Обвинение пациента в том, что он пассивен и ничего не делает сам для успеха лечения
- d. Объяснение необоснованности его чувств, несправедливости такого отношения к психотерапевту

**554.** Пациент с неврозом и сопутствующим органическим поражением ЦНС прервал личностноориентированную (реконструктивную) психотерапию после 3-го сеанса. Наиболее вероятные причины

- a. Слабое присоединение к пациенту
- b. Низкая мотивация на лечение
- c. Условная приятность симптоматики
- d. Интенсивность и характер психотерапии не соответствовали возможностям пациента

**555.** Больной 25 лет обратился к психотерапевту по поводу экзгибиционизма. Какой метод поведенческой терапии вы предпочли бы использовать?

- a. Методику контроля стимула
- b. Импульсивные техники
- c. Аверзивные методики
- d. Систематическую десенситизацию

**556.** На приеме мать приводит следующие жалобы: «Моей дочери 6 лет, она с 2 лет находится в обществе детей, но все равно очень робкая, несмелая, застенчивая. На занятиях активности не проявляет. А на физкультуре сбивает всех с ритма, если ей предлагают вести колонну детей. От сверстников старается держаться подальше». Какой метод может быть предложен для решения проблем?

- a. Игровая психотерапия
- b. Групповая психотерапия
- c. Психоанализ
- d. Гипноз

**557.** У женщины 23 лет повторяющиеся приступы удушья в форме шумного свистящего дыхания, сопровождающиеся чувством сдавления в горле и страхом смерти. Приступ продолжается 1-2 минуты, после его окончания отмечается отрыжка воздухом. При ларинго- и бронхоскопии органической патологии не выявлено. Можно предположить

- a. Невротический ларингоспазм
- b. Инородное тело в бронхе
- c. Опухоль в сфере дыхательных путей
- d. Бронхиальную астму

**558.** 24 летний мужчина в течение месяца отмечает раздражительность, пониженное настроение, мысли о неприятностях на работе, головные боли, плохое засыпание. Появлению



расстройства предшествовал конфликт на работе. Был ранее здоров. Данные исследования не выявили органических нарушений, отсутствует внутриличностный конфликт, какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен?

- a. Неврастения
- b. Депрессивная фаза МДП
- c. Невротическая реакция
- d. Депрессивный невроз

**559.** Подросток 15 лет много лет безуспешно лечится по поводу энуреза. Какие дополнительные методы исследования должен назначить психотерапевт, учитывая, что и отец ребенка страдал этим заболеванием?

- a. Электроэнцефалографию
- b. Компьютерную томографию
- c. Рентгенографию позвоночника
- d. Люмбальную пункцию

**560.** Противопоказанием к применению гипнотерапии является

- a. Синдром Кандинского-Клерамбо
- b. Сексуальные девиации у подростков
- c. Экстрасистолия
- d. Амавроз

**561.** Показанием к применению гипнотерапии является

- a. Наличие у пациента «рентной» установки
- b. Острый инфаркт миокарда
- c. Бронхиальная астма
- d. Бред отношения

**562.** Аффективно-распираторные приступы, как правило, являются проявлением:

- a. Фобической симптоматики
- b. Невроза страха
- c. Примитивного истерического припадка
- d. Двигательного невроза

**563.** В настоящее время под общим определением патоморфоза понимают:

- a. Изменение клиники определенной болезни в пределах свойственных ей синдромов, последовательности их развития и их соотношений
  - b. Изменение клинических картин болезней, а также изменение соотношения между различными болезнями под влиянием исторически меняющихся социальных, экономических и бытовых условий жизни, новых методов лечения и профилактики
- Изменение соотношения между различными нозологическими единицам

### СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

(проверяемые компетенции: УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

**1.** Больной А., 34 года, рабочий. На протяжении последних 10-12 лет злоупотребляет алкоголем, пьет по 5-7 дней в дозе 500-700 мл ежедневно, тяжело переносит похмелье, по поводу «тяги» к спиртному дважды лечился амбулаторно у нарколога, дома – частые конфликты с женой по поводу пьянства. На прием к психиатру доставлен супругой, со слов которой «три дня назад, после очередной пьянки, стал каким-то тревожным, к чему-то

прислушивается, затыкает уши руками, с кем-то переговаривается, ругается». При осмотре: внешне – тревожен, суетлив, в то же время понимает, где находится и с кем беседует. Сообщает, что в последние дни стал «слышать» знакомые и незнакомые голоса, которые «идут с улицы, из соседних домов», «разговариваю с ними, как с живыми...». Уверен в реальности происходящего, переговаривается с ними, объяснить причину их возникновения не может, больным себя не считает.

**Вопрос:**

3. Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?

4. Тактика лечения?

2. У больного Л., 34 лет, находящегося в инфекционном отделении по поводу крупозной пневмонии, несколько дней подряд сохранялась высокая температура. На этом фоне у Л. стали наблюдаться эмоциональные нарушения от немотивированной эйфории до экстаза. В дальнейшем у больного обнаружилась нарастающая отрешенность от окружающего, двигательная заторможенность наряду с «богатым» мимическим полиморфизмом: на лице сменяли друг друга гримасы недоумения, благодушия и ужаса. Параллельно с этим отмечалась полная дезориентация в пространстве, времени и собственной личности. В течение двух дней Л. был практически недоступен смысловому контакту, неподвижно сидел на кровати, изредка вздрагивая и взмахивая руками. При возобновлении контакта он отрывочно, но все же достаточно подробно рассказал, что «участвовал в сотворении мира», «был в аду», где над ним «веками проводились изощренные нескончаемые пытки», видел «извержение Везувия, разрушение зданий, гибель Помпеи» и т. д. События реальной действительности и свое поведение в этот период практически не помнит.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?

2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

3. Больная Р., 28 лет при поступлении в клинику предъявляла жалобы на наличие навязчивых мыслей: «боязнь сойти с ума», «боязнь ошибиться на работе», боязнь раскрыть профессиональные коммерческие тайны при наличии «непреодолимого желания» их раскрыть, быструю утомляемость, слабость, снижение работоспособности, чувство внутреннего напряжения.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась первым ребенком в семье из двух детей (имеет брата 24 лет). Родители живы и здоровы. В школу пошла 7 лет, училась на «хорошо» и «отлично». Росла впечатлительным ребенком, существенное значение придавала успеваемости в школе. Окончила среднюю школу, затем институт, после чего работает по специальности. Замужем, муж водитель грузовика, отношениями с мужем не довольна, считает его «слабовольным, интеллектуально слаборазвитым человеком». Воспитывает дочь 2 лет.

Заболела 2 года назад, после рождения дочери, психоэмоционального напряжения, связанного с этим обстоятельством. В этот же период муж больной попал в автокатастрофу, что усилило тревогу, способствовало формированию навязчивых мыслей о его возможной гибели. В дальнейшем навязчивые мысли стали формироваться в отношении различных профессиональных ситуаций, в течение последних двух месяцев отмечалось ухудшение состояния. С перечисленными выше жалобами больная госпитализирована в клинику психиатрии академии.

Объективно: больная ориентирована в пространстве, во времени и собственной личности. В контакт вступает охотно, отмечают выраженные вегетативные реакции: в момент беседы больная часто краснеет. Заявляет, что хочет избавиться от беспокоящих ее навязчивых мыслей, «от навязчивых мыслей жить невыносимо». Расстройств восприятия нет, мышление последовательное, нормальное по темпу, бреда нет. Суицидальных намерений нет.



**Вопрос:**

1. Какой синдром наблюдается у больной?

4. Больная Ч., 25 лет, предъявляет жалобы на быструю утомляемость, слабость, снижение работоспособности, нарушение сна (нарушение засыпания, частые пробуждения по ночам).

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась от нормальной доношенной беременности и родов единственным ребенком в семье. Окончила среднюю школу, училась посредственно. По окончании школы окончила медицинское училище, в настоящее время работает по специальности. Проживает совместно с матерью и бабушкой в отдельной квартире. Отец, в течение последних пяти лет с семьей не жил, за пять месяцев до поступления больной в клинику психиатрии покончил жизнь самоубийством. В возрасте 10 лет больная подверглась нападению в подъезде молодым незнакомым мужчиной, действия которого со слов больной носили сексуально агрессивный характер, подробно об этом факте рассказывать отказывается, факт изнасилования отрицает. С тех пор, со слов больной, она испытывает «неприязнь к мужчинам».

Считает себя больной в течение последних полутора лет, когда появились вышеперечисленные жалобы, причиной своего заболевания считает разрыв отношений с молодым человеком, который, со слов больной «настаивал на интимных отношениях и не удовлетворялся дружбой». В течение предшествовавшего поступлению в клинику месяца, состояние ухудшилось: нарушился сон, появилась тревога. С перечисленными жалобами больная госпитализирована в психиатрическую клинику.

Больная ориентирована в пространстве, во времени и собственной личности. В контакт вступает охотно, однако ведет себя несколько настороженно, излагает жалобы спокойно. Настроение сниженное, отмечается фиксация на болезненных переживаниях, связанных с гибелью отца, при этом больная заявляет, что «самоубийство представляет собой возможных выход из ситуации». Нарушений восприятия, мышления нет. Суицидальных суждений нет.

**Вопрос:**

3. Какой синдром наблюдается у больной?

4. Тактика лечения?

5. Больная М. 42 г., при поступлении предъявляла жалобы на быструю утомляемость, слабость, снижение работоспособности, чувство внутреннего напряжения, нарушение сна.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась первым ребенком в семье из двух детей. Родители психическими заболеваниями не страдали. В школу пошла в 7 лет, училась в основном на «хорошо». Окончила среднюю школу, после чего поступила на работу, в настоящее время работает лаборантом в институте. Замужем, имеет 2-х детей – 20 и 16 лет. Отношения в семье носят спокойный доброжелательный характер.

Заболела два года назад, когда работала на ночной работе, при этом нарушился сон, стали беспокоить дискомфортные ощущения в области сердца, больная не могла самопроизвольно заснуть, принимала валериану, успокоительные микстуры, транквилизаторы. В течение последних двух месяцев сон нарушился полностью, больная стала раздражительной, принимала до 10 таблеток феназепама в сутки, который ей не помогал. С перечисленными выше жалобами больная госпитализирована в психиатрическую клинику.

Объективно: больная ориентирована в пространстве, во времени и собственной личности. В контакт вступает охотно, напряжена, фиксирована на желании вылечиться от «нарушения сна», возможной сердечной патологии. Расстройств восприятия нет, мышление конкретное, нормальное по темпу, продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

**Вопрос:**

1. Какой синдром наблюдается у больной?

2. Возможный диагноз?

3. Тактика лечения?



6. Больная К., 25 лет при поступлении в психиатрическую клинику предъявляла жалобы на тревогу, неуверенность в себе, боязнь начать общение с незнакомыми людьми, что негативно влияет на профессиональную деятельность, нарушение сна (нарушение засыпания).

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась от нормальной беременности и родов единственным ребенком в семье. Мать и отец живы и здоровы.

В школу пошла 7 лет, училась на «хорошо» и «отлично». Окончила среднюю школу, затем университет МВД. В возрасте 19 лет вышла замуж, как отмечает больная, муж ее не удовлетворял в сексуальном плане, из-за чего она с ним рассталась через год. Воспитывает сына 5 лет.

Больная от рождения отличалась тревожным характером, однако, в течение последних двух месяцев тревога усилилась, что, как заявляет больная, связано с защитой диплома в ВУЗе, где она обучается. В течение последних нескольких недель у больной нарушился сон, при этом она самостоятельно принимала феназепам, который ей «мало помогал». В период защиты диплома состояние вновь ухудшилось. С вышеперечисленными жалобами больная была госпитализирована в психиатрическую клинику повторно.

Объективно: больная ориентирована в пространстве, во времени и собственной личности. В контакт вступает охотно, излагает жалобы с тревогой, отмечаются выраженные вегетативные реакции в виде покраснения лица. Фиксирована на желании улучшить свое состояние. Нарушений восприятия нет. Мышления нормальное по темпу, конкретное, уровень обобщений нормальный, продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

**Вопросы:**

3. Какой синдром наблюдается у больной?
4. Диагноз возможный и лечение?

7. Больная Г., 50 лет, при поступлении предъявляла жалобы на раздражительность, нарушение сна (нарушение засыпания), снижение работоспособности. «Днем нет бодрости». В последний год больная стала особенно раздражительной, повышает голос на членов семьи, сотрудников трудового коллектива, которым она руководит.

Из анамнеза: родилась единственным ребенком в семье. Родители психическими заболеваниями не страдали. В школу пошла 7 лет, училась на «хорошо» и «отлично», после школы окончила институт. Больная постоянно работает по специальности. Замужем, имеет сына 24 лет.

Заболела примерно, пять лет назад, когда больная стала заниматься бизнесом, часто работала в ночное время, мало спала, в психиатрических лечебных учреждениях больная ранее не лечилась. В течение последних трех месяцев отмечалось ухудшение самочувствия, больная стала более раздражительной, нарушился сон, ухудшилась память. Перечисленные обстоятельства послужили основанием для госпитализации в психиатрическую клинику.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, настроение неустойчивое, отмечаются выраженные вегетативные реакции, в момент беседы больная часто раздражается. Расстройства восприятия отсутствуют. Мышление последовательное, уровень обобщений средний, нормальное по темпу, без нарушений стройности ассоциативного процесса, продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

**Вопрос:**

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Дифференциальный диагноз

8. Больной Б., 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что

механически пробегают глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня «вработывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница!». Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение; склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

**Вопрос:**

3. Оцените описанные психопатологические проявления
4. Предположите диагноз и лечение

- 9.** Больная М., 43 года, поступила с жалобами на: онемение конечностей, тревогу, заикание во время волнения, чрезмерную душевную чувствительность, периодически возникающую плаксивость, подавленное настроение, снижение памяти, особенно на даты, «рассеянность», ухудшение зрения и слуха, общую слабость, нарушение сна.

Два года назад во время переезда из Кандалакши в Сертолово у больной начинает болеть дочь, которую госпитализируют, муж в это время находится в другом городе по работе. Больная получает известие, что ее мать находится в тяжелом состоянии, и едет в Уфу. После нескольких недель ухода мать умирает на руках у больной. Тогда же у больной появляются тревога, беспокойство, снижается настроение, больная становится рассеянной, на что начинают обращать внимание ее родственники. Значительно ухудшается слух на одно ухо, снижается зрение. В этом состоянии больная едет к семье на черноморский курорт, где ее самочувствие улучшается. Некоторое время больная чувствует себя неплохо, успешно работает, занимается семьей. Около года назад из-за старой проводки загорается небольшая комната с уборочным инвентарем на складе, подведомственном больной. Больная с помощником успешно тушит его, но помощник получает небольшие ожоги. Несмотря на минимальный материальный ущерб, после происшествия последовали серьезные разбирательства с психологическим давлением на больную. Появляется онемение конечностей, заикание во время волнения, подавленность, тревога, сопровождающаяся снами тревожного содержания, ухудшается память, особенно на даты, больная становится плаксивой, рассеянной, нарушается сон.

Объективно: сознание не нарушено, ориентирована верно. В беседу вступает легко, на вопросы отвечает правильно, но обстоятельно, фиксируясь на второстепенных деталях, иногда с трудом подбирая слова. Речь экспансивная, громкая, образная, хорошо модулированная. Мимика яркая, соответствует переживаниям больной. Поведение упорядоченное, несколько демонстративна, однако дистанцию в общении соблюдает. Держится немного напряженно с лечащим врачом – «боится показаться сумасшедшей», насторожена по отношению к соседкам. Говорит, что легла больше с диагностической и профилактической целью. Грубых интеллектуально-мнестических нарушений нет. Мышление обычного темпа, последовательное, без структурных нарушений. Обманы восприятия не выявляет, бредовые идеи не высказывает. Настроение несколько снижено, подавлена, выражено тревожно. Без двигательных нарушений.

**Вопрос:**

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Диагноз?

**10.** Больной П., 25 лет. При поступлении предъявлял жалобы на болезненные ощущения в эпигастральной области. При объективном обследовании патология со стороны органов брюшной полости не выявлена. Из анамнеза. Ранее заболеваниями психоневрологического



профиля не страдал. Заболел остро, когда без видимых причин резко снизилось настроение, нарушился сон, стал болезненно замкнутым, напряженным и тревожным. Казалось, что «путались и обрывались мысли», не понимал, «что с ним происходит», уединялся, высказывал идеи самообвинения, утверждал, что в чем-то «сильно подвел всех» и «не может смотреть в глаза коллегам», однако объяснить, в чем его вина, не мог. По направлению врача-психиатра ПНД был госпитализирован в психиатрическую клинику. Был недоступен продуктивному контакту, выглядел подавленным и отрешенным. Свои переживания не раскрывал. Но требовал зачем-то «привлечь его к ответу», чтобы «искупить вину». Отказывался от пищи. Уверял, что врач про него почему-то «уже все знает». Впоследствии на фоне лечения антидепрессантами наблюдалась постепенная редукция симптоматики. В отделении одинок, бездеятелен, вял, малопродуктивен. При осмотре: В беседе формален, паралогичен, без критики к своему состоянию: «что-то казалось. . . , наверное, был нервный срыв». Обманов восприятия не выявлено. Настроение остается сниженным. Свои переживания, относящиеся ко времени поступления в клинику, не раскрывает. В отношении будущего безразличен: «теперь все равно...». Интеллектуально-мнестические функции грубо не снижены. Суицидальные мысли отрицает.

**Вопрос:**

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Предположительный дифф диагноз и терапия?

**11.** Больная П. 35 лет. Жалобы на раздражительность, повышенную утомляемость, плохой сон. Анамнез. Впервые состояние изменилось около 4-х лет назад, когда после рождения второго ребенка появилась подавленность, внутренний дискомфорт, некоторая апатия, стала испытывать недовольство своим носом, «старалась не поворачиваться в профиль, чтобы меньше было заметно». В том же году сделала себе пластическую операцию носа. В течение этого года снизился аппетит, ухудшился сон. Ощущала отсутствие «целостности», уставала в течение дня, уезжала за город отдыхать в одиночестве. Была раздражительной по незначительному поводу. Считала, что муж и свекровь «энергетические вампиры», ощущала, что «во время общения с ними теряет энергию». Иногда отмечала, что в разговорах теряет нить беседы, так как «мысли путались и останавливались». Стала читать эзотерическую литературу, находила в ней подтверждение своим ощущениям. Убедилась в существовании «оболочек вокруг человека», которые «могут повреждаться и через них теряется энергия». Около года назад на фоне сниженного настроения по телефону, угрожала мужу суицидом. Бригадой скорой помощи была доставлена в психиатрическую клинику. В отделении замкнута, малообщительна, бездеятельна, эмоционально монотонна. На фоне проводимого лечения нейролептиками и транквилизаторами отмечается некоторое уменьшение эмоциональной напряженности, сохраняются мыслительные и эмоционально-волевые расстройства.

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

**Вопросы:**

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



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

Психический статус:

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

**Вопросы:**

4. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
5. Ваш диагноз?

**13.** Больной М., 36 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Мать больного 72 лет, здорова, по характеру добрая, покладистая Отец погиб на войне. Старшая сестра больного здорова. Больной родился от первой беременности в срок. Роды были затяжные, с наложением акушерских щипцов. Раннее детство без особенностей. От сверстников в развитии не отставал, однако был несколько вялым, пассивным, часто наблюдалась рвота. Посещал дошкольные учреждения. Учился ровно по всем предметам. С товарищами был общителен, дружелюбен. Из заболеваний в детском возрасте отмечаются детские инфекции, до 13 лет страдал ночным энурезом, во сне был беспокоен, часто просыпался. В дальнейшем эти явления исчезли. После окончания начальной средней школы работал токарем. К работе относился серьезно, замечаний и взысканий не имел. От службы в армии освобожден в связи с появлением судорожных припадков. Окончил вечерний техникум при заводе. С 21 года работал мастером. Всегда был старательным и добросовестным. Алкогольные напитки не употребляет, следуя рекомендациям врачей. В возрасте 30 лет установлена II группа инвалидности по психическому заболеванию. Не работает.

В 18 лет впервые возник большой судорожный припадок, когда, по рассказам коллег, по дороге с работы внезапно упал, начались судороги во всем теле, сопровождавшиеся мочеиспусканием и дефекацией. В дальнейшем припадки повторялись 1-2 раза в полгода,

В возрасте 22 лет припадки участились и стали ежемесячными. Лечился амбулаторно. Пароксизмы стали редкими (1-2 раза в год), но родные стали отмечать периодически возникающие расстройства сознания, во время которых больной на несколько секунд прерывал начатое действие, совершал бесцельные движения руками, а затем, как бы очнувшись, продолжал начатое. Подобные явления отмечались 2-3 раза в неделю.

С 28 лет у больного появились головные боли. Стал медлителен. Перешел на работу в отдел кадров. Был старательным, требовательным к сотрудникам. Участились головные боли. Стал конфликтовать с женой и дочерью. На работе был медлителен, болезненно реагировал на замечания в свой адрес, стали возникать конфликты с сослуживцами. В 32-летнем возрасте в связи с заметным снижением профессионального уровня и значительными изменениями личности установлена II группа инвалидности. Неоднократно лечился в различных психиатрических больницах. В настоящее время не работает, примерно 1 раз в неделю бывают пароксизмы по типу амбулаторного автоматизма.

Психическое состояние: больной ориентирован в месте, собственной личности, однако затрудняется назвать точную дату, хотя правильно называет месяц и год. Контактен. На вопросы отвечает развернуто, обстоятельно, не всегда по существу, самостоятельно переключается на описание своих расстройств. Речь больного замедленна, монотонна, весьма многословна, однако словарный запас ограничен. Он опрятен, поза несколько скованная.

Больной жалуется на периоды потери сознания и непроизвольные движения во время этого с полной амнезией в последующем, головные боли, слабость. Галлюцинаторные и бредовые расстройства отсутствуют. Все внимание больного сосредоточено на собственном заболевании. В значительной степени изменена память. Настроение подвержено колебаниям. На фоне благодушия и благожелательности часто возникают приступы раздражительности. Конфликтует с персоналом и больными по поводу соблюдения режима. Злопамятен. Критического отношения к своему состоянию нет. Основной целью жизни считает заботу о собственном здоровье.

При электроэнцефалографическом исследовании установлены признаки очаговой билатеральной пароксизмальной активности, явления ареактивности и десинхронизации.

На рентгенограммах черепа патологических изменений нет.

**Вопросы:**

3. Ваш диагноз?
4. Укажите принципы лечения

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

**Вопросы:**

4. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
5. Ваш диагноз?

**15.** К неврологу обратился гражданин Л., 25 лет, с жалобами на вялость, слабость, общее «недомогание», головные боли, немотивированную слезливость.

Из анамнеза известно, что родился третьим ребенком в семье, наследственность



психопатологически не отягощена. До 9-ти лет страдал ночным энурезом. С детства отличался повышенной возбудимостью и впечатлительностью. Мог длительное время находиться под впечатлением незначительных обид, часто долго не мог заснуть вечером и легко просыпался от малейшего шума. В школе отличался застенчивостью, к концу занятий утомлялся так, что «хотелось плакать от бессилия». Неоднократно приходил домой со слезами на глазах, на расспросы родителей отвечал, что просто очень устал. Достаточно часто болел простудными заболеваниями, но и после выздоровления «просил маму» не посылать его в школу и «дать отдохнуть еще пару дней». По окончании школы долго нигде не работал, не мог представить, как «впишется» в новый коллектив. С девушками практически не общался, предпочитал проводить все свободное время дома, в кругу близких людей. В армии не служил – родители «сделали какое-то заболевание». Позже родители же устроили работать на почту: занимался сортировкой газет. Спокойная обстановка и благожелательное отношение окружающих способствовали адаптации к новым условиям, и некоторое время Л. чувствовал себя относительно хорошо. Однако при получении работы, требующей хотя бы малейшего напряжения сил, быстро возникала рассеянность, нарушалась концентрация внимания, падала продуктивность. Да и обычный объем работы часто «казался не посильным». Наряду с этим отличался обидчивостью, повышенной раздражительностью, выливающейся иногда даже во вспышки гнева, которые, однако, быстро затухали. При многочисленных врачебных обследованиях ничего не выявлялось, получал рекомендации «сменить обстановку», «съездить в отпуск».

Настоящее ухудшение состояния связано с переходом на новую работу в букинистический отдел книжного магазина (на предыдущей «попал» под сокращение штатов).

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения

**16.** Девочка 12 лет по физическому развитию напоминает ребенка 4 лет. У нее резко выраженное сходящееся косоглазие, маленьких размеров голова с явным преобладанием лицевого черепа над мозговым. Выражение лица бессмысленное, рот полуоткрыт с почти постоянно вытекающей слюной. Целыми днями сидит в постели, стереотипно раскачиваясь взад-вперед. Порой делает попытки встать, держась за край кровати, но чаще всего при этом не удерживается, садится и вновь начинает стереотипно раскачиваться. Никак не реагирует на окружающее, например, даже не повернула головы при резком звуке падающего таза. Не понимает не только речи, но и жесты и интонаций. Обычно издает только мычание, но иногда, главным образом при запаздывающем кормлении, начинает дико кричать и царапать себе лицо. Ест только с помощью нянечки, на которую никак не реагирует, неопытна при мочеиспускании и дефекации.

**Вопросы:**

3. Ваш диагноз?

**17.** Больной В., 18 лет, предъявил жалобы на вспыльчивость, раздражительность, конфликтность, неустойчивое настроение. Воспитывался по типу гиперопеки. Отец злоупотреблял алкоголем, был жестоким, властным, часто конфликтовал в семье. Обследуемый с детства был вспыльчив, груб, не мог себя сдерживать. В школе часто нарушал дисциплину, имел неудовлетворительные оценки по поведению. Рано начал курить, употреблять алкоголь, часто убегал из дома, время проводил в уличных компаниях, участвовал в драках, попадал в милицию. На работе с трудом адаптировался к регламентируемым условиям, тяготился требованиями начальства, грубил и пререкался, считал, что к нему предвзято относятся. На замечания реагировал болезненно, угрожал расправой. Во время стационарного обследования не уживался с больными, не подчинялся медицинскому персоналу, был эмоционально лабилен, на замечания отвечал аффективными вспышками. Заявлял, что если его выпишут в часть, то он что-нибудь с собой сделает. Рассказал, что дома во время ссоры ударил брата отверткой в лицо.



Психотических расстройств не обнаруживал, коррекции поддавался с трудом.

**Вопросы:**

2. Ваш диагноз?
3. Тактика терапии

**18.** Больной Р., 19 лет. В детстве практически не болел. Учился удовлетворительно, друзей не имел. По характеру сформировался нерешительным, впечатлительным, склонным к опасениям, сомнениям. Долго переживал неудачи, боялся трудностей, принятия самостоятельных решений. Приняв решение, длительно сомневался в его правильности, избегал самостоятельности. Поступил в ВУЗ на факультет государственного и муниципального управления, чтобы не огорчать мать, но не представлял, как будет руководить подчиненными. В процессе учебы не справлялся с нагрузками, терялся в сложной обстановке, «не хотел быть на виду». Настроение колебалось в сторону снижения, по вечерам долго не мог уснуть, анализировал события прошедшего дня, вспоминал все обиды и неприятности. Неуверенность и скованность объяснял ожиданием насмешек, провокационных вопросов, собственных ошибок, нежеланием утратить авторитет у однокурсников. Считал, что приспособливаться к шаблону проще, чем найти себя в новом деле. Не переносил несправедливость, поручения стремился выполнить добросовестно, скрупулезно, но не укладывался в сроки. При обследовании обратил на себя внимание замкнутостью, повышенной чувствительностью, тревожной мнительностью, постоянными сомнениями и колебаниями, пассивной защитой и стремлением избегать трудности. Из-за особенностей характера считал себя абсолютно не пригодным к воинской службе. Бред и галлюцинации не выявлял.

**Вопросы:**

3. Ваш диагноз?

**19.** Больной Т., 18 лет, единственный ребенок в семье, воспитывался матерью, так как отец семью оставил. В раннем возрасте болел детскими инфекциями. С детских лет отличался впечатлительностью, стеснительностью, мнительностью, обидчивостью. Учился с трудом, стеснялся отвечать у доски, переживал, что все у него получается хуже, чем у сверстников. После школы поступил в автомобильный техникум. Адаптация к учебе была затруднена с первых дней. На фоне учебных нагрузок снизилось настроение, часто уединялся, плакал, плохо переносил повышение психических и физических нагрузок. Не смог освоить вождение автомобиля, возникали мысли о собственной неполноценности, боялся отчисления, заявлял, что покончит с собой. Тяжело переносил насмешки однокурсников. Тревожился по пустякам. По ночам плохо спал, снились тревожные сны. Психотических расстройств не обнаруживал.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения

**20.** Больной Д. направлен на обследование в связи с тем, что обратил на себя внимание вялостью, медлительностью, плохой памятью и сообразительностью. Обучаясь в техникуме, не мог освоить специальность, подвергался насмешкам однокурсников. В детстве отставал в развитии, часто болел, ходить и говорить начал с опозданием. В школе учился с трудом, плохо запоминал стихи, хуже усваивал предметы математического профиля. Дублировал 3-й класс, мало читал. Окончил 9 классов, работал разнорабочим. На насмешки окружающих отвечал аффективными вспышками, импульсивными действиями. При клиническом и экспериментально-психологическом обследовании установлено: запас знаний невелик, память удовлетворительная, словарный запас ограничен. Суждения конкретные, правильно понимает простые поговорки, но сложные абстракции недоступны. Примитивен, плохо поддается обучению. Склонен к подражанию, в ответах преобладают штампы. Критика снижена, хотя и переживает свою несостоятельность. Инициативы не проявляет, любит простой физический труд.

**Вопросы:**

3. Ваш диагноз?
4. Тактика лечения?

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

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

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

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

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

В течение первой недели стационарного лечения состояние значительно улучшилось, нормализовались ночной сон, аппетит, настроение. Время проводит среди больных. Общителен, деятелен. Опрятно одет. В беседе подробно и охотно рассказывает о себе. Речь цветистая. Свою жизнь представляет, как «цепь нереализованных возможностей», а себя как «жертву обстоятельств и непонимания», «борца за правду». Ищет сочувствия к себе: «Кому



нужен слепой инвалид?». Во всех житейских ситуациях обвиняет окружающих. В поведении демонстративен. Особо обращает внимание высказываниями, произнесенными «вскользь», о работе на «секретных объектах», что не подтверждается женой и матерью. Установка на прекращение алкоголизации формальная.

**Вопросы:**

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

**22.** Больной У., 38 лет, токарь. Жалобы: на плохое самочувствие, тремор конечностей, отсутствие сна, плохой аппетит, тревогу, страх смерти, ощущения онемения, зуда и жжения в стопах, ощущение стягивания в икрах, боли в ногах при быстрой ходьбе. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Раннее развитие без особенностей. Учился в основном на удовлетворительно. Образование среднее техническое. В настоящее время не работает. Алкоголь употребляет с 15-летнего возраста, регулярно – с 18 лет. Рвотный рефлекс отсутствует с 20 лет. С 23 лет сформирован абстинентный синдром. Отмечает частые амнестические формы опьянения. В состоянии опьянения становится агрессивным, злобным, раздражительным, бьет родную мать, участвует в драках. За хулиганские действия в пьяном виде был осужден на пять лет лишения свободы с отбыванием срока в колонии строгого режима. В местах лишения свободы заболел туберкулезом легких. В течение последних 2-3 лет страдает тяжелыми запоями, продолжительности до полутора недель. Пьет до сопорозного состояния. Потерян количественный и ситуационный контроль. Толерантность снизилась с 1л до 0, 2-0, 4 л водки в сутки, при отсутствии денег употребляет суррогаты алкоголя. Абстинентный синдром до 7-8 дней. На высоте абстиненции наблюдались судорожные припадки, психозы. Неоднократно лечился амбулаторно и стационарно. Максимальные ремиссии до 6 месяцев. Последний запой в течение недели, доставлен в клинику родственниками.

При осмотре: состояние средней тяжести. Лицо отечно, гиперемировано. Из рта резкий запах алкоголя. Пульс 120 уд/мин., ритмичный. АД=150/100. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное с жестким оттенком. Живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастральной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Отмечаются: атрофия мышц нижних конечностей, боли в проекции седалищных нервов, снижение коленных рефлексов. Дезориентирован во времени – не может правильно назвать месяц, дату и день недели. Контакт затруднен, просит «дать ему хоть глоток спиртного, чтобы поправиться». Настроение снижено, легко аффектируется. Гневлив, с элементами вербальной агрессии по отношению к родственникам и врачу. Полностью отсутствует критика к своему состоянию: больным алкоголизмом себя не считает, переоценивает свои профессиональные возможности, хвастлив. Дистанцию не соблюдает. В беседе соглашается только подлечить ноги, так как «с пьянством справится сам». Интеллектуально снижен. Суждения примитивные. Память нарушена. Кроме нарушения ориентировки во времени не может вспомнить события последних дней, адрес родителей, имена сослуживцев по месту последней работы. Мышление замедленно по темпу, без структурных нарушений. Бреда и обманов восприятия не выявляется.

**Вопросы:**

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

**21.** Больной К., 40 лет, врач. Жалобы на быструю утомляемость, неустойчивое настроение с



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

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

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

**Вопросы:**

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

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

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

опьянения бывает агрессивным, подозрительным.

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

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

**Вопросы:**

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

**23.** Бригадой скорой помощи была госпитализирована в хирургический стационар молодая девушка 16 лет по поводу флегмоны правой ягодичной области, возникшей, со слов девушки, в результате внутримышечного введения раствора витамина «С». Однако позже она призналась, что вводила себе не раствор витамина, а героин. При расспросе рассказала, что употребляет наркотики уже в течение двух лет, сначала пробовала морфин, омнопон, кодеин, однако героин оказался в этом ряду самым сильным и самым «впечатляющим» препаратом. При беседе «обожевляла» наркотик, говорила, что он – «единственное утешение в нашей серой, грязной жизни». По силе и полноте получаемых ощущений, эффект от наркотика «раз в сто» сильнее «удовольствия от секса». Единственным его недостатком, со слов девушки, является высокая стоимость. Нередко приходится воровать, продавать свои вещи, т. к. без очередной дозы становится «плохо»: помимо общего снижения настроения, начинает «выкручивать» суставы, «ломать» мышцы, появляется сильная головная боль. Да и на каждый очередной прием требуется больше наркотика, чем раньше для достижения такого же «спектра» ощущений. По образному выражению девушки, все наркоманы «сволочи» и за очередную дозу «готовы продать родную мать».

**Вопросы:**

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

**24.** «Голоса – это взаимное понятие дорожки в воде. Голоса мы сопоставляем как связки своих рук с руками руковых рук. Надо беречь правую руку, так как там находятся сплетения пишущих устройств, которые всех слышат и разговаривают. Без отопления голоса будут замкнуты, получится звезда, которая будет закрыта танковым шлемом, как у вас в атаке. Это и требовалось доказать Софронову на мусорной раме прибором Эстонии на столе. Она была на потолке и шла гулять как бы за анютиными глазками. Смирнов очень хороший зверь. Причина и явление электрических следов, нарисованных на нашем предмете страны, является выходом на работу воздуха руки без понимания цилиндра...»

**Вопрос:**

2. К какому виду расстройства мышления относится данный клинический пример речи больного?



**25.** «Смотря что понимать под термином «самочувствие». Если ранжировать физиологические, психологические, социальные и характерологические составляющие, то первые две у меня относительно в норме, у оставшихся же имеется отчетливая тенденция к отрыву от общепринятых личностно-государственных нормативов. Понятие «нормы» в современном историческом этапе развития человечества неоднозначно. Так, я могу быть нормальным по отношению к государству и ненормальным с точки зрения своего семейного обитания, или наоборот, а с помощью математики можно рассчитать неограниченное число вариантов в системе «Я – самочувствие – норма». Идеально здоровых людей в мире не существует, у всех что-нибудь да болит. В условиях современного цивилизованного общества это неизбежно; болезни – расплата за прогресс. Прогресс привел человека в космос, а самочувствие человека в космосе отличается от его здоровья на Земле...»

**Вопрос:**

1. К какому виду расстройства мышления относится данный клинический пример речи больного в ответ на вопрос врача о самочувствии?

**26.** Больной Б., 50 лет. В отделении психиатрического стационара держится самоуверенно, говорит с апломбом, гневлив, бывает агрессивен. Себя называет «фельдмаршалом», «властителем Мира». Слышит «голоса», доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что он свободно может переноситься на Луну, Юпитер, другие планеты, откуда он управляет Вселенной, движением небесных тел. Часто ощущает запах бензина, спирта, которые ему «подпускают в нос с помощью особой техники». При этом раздражается, требует, чтобы «немедленно прекратили это безобразие». Чувствует, как с помощью аппарата на него действуют «протонами», создают «превратные мысли», «наматывают на мозг», из Лондона действуют с помощью «электронов». При закрытых глазах видит различных животных – рака, скорпиона и т. п. Требует немедленной выписки; хочет ехать в Москву, где ему «дадут столько денег, сколько он захочет». Вместе с тем, при беседе на отвлеченные темы обнаруживает достаточную рассудительность, дает меткие оценки своим сотрудникам, больным в отделении, хорошо разбирается в существе текущих политических событий и т. п.

**Вопросы:**

1. Определите ведущие симптомы.
2. Назовите синдром.

**27.** Больная К., 17 лет. Болеет с подросткового возраста. Неоднократно лечилась в психиатрической больнице. Данное поступление вновь связано с неправильным поведением, расторможенностью. В отделении больная в присутствии других людей и, особенно врачей мужского пола, ложится в кровать, задирает халат, голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? У меня попка хорошая... Пусть ее все видят!». Постоянно гримасничает, морщит лоб, закрывает глаза, хмурит брови. Внезапно, без видимой причины, разражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные ими продукты тут же съедает, кроме того, пытается выхватить пищу у других больных.

При беседе с врачом неоткровенна, на вопросы отвечает формально и уклончиво. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационарирования. Не беспокоится из-за прерывания учебы в колледже: «Ничего нет особенного. Все равно переведут на другой курс». При свидании с родственниками не проявляет никакой радости.

**Вопросы:**

1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром

**28.** Больной П., 40 лет. Образование высшее. Жалобы на пароксизмы с потерей сознания,



сопровождающиеся причмокиванием, снижение памяти. Частота – 1 раз в месяц, продолжительность – 1-2 мин. Считает себя больным с 37 лет, когда после перенесенного токсического гриппа возникли пароксизмы с потерей сознания и причмокиванием. После них ощущал сладкий вкус, как после приема сладкой пищи. В анамнезе грипп, паротит, воспаление легких. Наследственность здоровая.

Объективно: со стороны соматического состояния патологических изменений не обнаружено. Неврологическое обследование патологии не выявило. Психических отклонений от нормы не имеется.

КГ: признаки гипертензии отсутствуют. Турецкое седло с ровными контурами. Частичное обызвествление.

ПЭГ: давление ликвора в положении сидя 410 мм вод. ст., воздух заполнил ликворосодержащие пути. Топография и размеры желудочков не изменены. В щелях субарахноидального пространства головного мозга мало воздуха, заполнившиеся щели не изменены. Цистерны основания не расширены.

ЭЭГ: фоновая активность во всех областях коры головного мозга представлена достаточно выраженными, с отчетливыми региональными отличиями альфа ритмом частотой 9, 5-10 кол/с и амплитудой 15-20 мкВ, беспорядочными полиморфными медленными тета-и дельта волнами умеренной амплитуды и низко амплитудными быстрыми бета-и сигма колебаниями. Быстрые колебания чаще в правой височной области. Иногда отчетливо прослеживается небольшое преобладание медленных волн по длительности и амплитуде в областях правого полушария, более выраженное в теменной, нижней теменной и височной областях. Эпизодически регистрируются генерализованные периоды резкого подавления альфа активности и замены ее на беспорядочные полиморфные медленные и быстрые колебания, а также генерализованные билатерально синхронные вспышки медленных волн повышенной амплитуды, иногда с небольшим правосторонним акцентом. Выявляются умеренно диффузные изменения электрической активности коры головного мозга с небольшим акцентом в областях правого полушария. Признаки заинтересованности срединных отделов. Четких эпилептиформных комплексов и пароксизмов не зарегистрировано, однако отмеченные внезапные изменения фоновой активности свидетельствуют о склонности к резким изменениям функционального состояния головного мозга.

**Вопросы:**

3. Ваш диагноз?
4. Рекомендации по лечению.

**29.** Пациентка, 23 года, студентка педагогического института. По характеру застенчивая, обидчивая, любит уединение. Учится хорошо; много занимается. Живет на частной квартире с хозяйкой. В течение последних 2-х месяцев у девушки конфликт с хозяйкой: та обвинила ее в краже денег. Пациентка чувствовала себя оскорбленной, хотела уйти на другую квартиру, но побоялась, что уход будет расценен как бегство и признание в воровстве; отношения усложнились, не разговаривала с хозяйкой. В тоже время много занималась в связи с экзаменами, не досыпала, плохо питалась. Накануне последнего экзамена совсем не спала, пошла сдавать экзамен с сильной головной болью. Взяв билет, решила, что ничего не знает, отвечать отказалась. Дома испытывала общее недомогание, усталость. Не давали покоя мысли о тяжелой болезни сердца, часто щупала пульс: казалось, что сердце останавливается. Несколько дней лежала в постели, думала о болезни, отмечалась бессонница. Терапевтом направлена в психоневрологический диспансер. На приеме у врача-психиатра: правильно ориентирована, подробно рассказывает о своей болезни. Переживает, что не сдала экзамен; боится, что не сможет больше учиться. Жалуется, что при чтении книг не может сосредоточиться, не может переносить яркого света в комнате, звуков телевизора, при занятиях быстро устает. Все время говорит о болезни сердца, щупает у себя пульс. Предъявляет жалобы на нарушение сна, снижение аппетита, плаксивость и раздражительность. В соматическом состоянии отклонений не выявлено.

Вопросы к задаче:

6. Перечислите симптомы, описанные в задаче.
7. Укажите ведущий психопатологический синдром, особенности личности пациента.
8. Предположите диагноз.
9. Особенности взаимодействия с пациентом.
10. Ваши рекомендации.

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

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

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

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

**Вопросы:**

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

**31.** Больная С., 60 лет, пенсионерка. Около 5 лет тому назад однажды поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей. Появился страх, не могла оставаться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор, в течении 5 лет, почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выброситься из окна, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стены, из-за окна, и воспринимаются больной как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи часто



повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одними и теми же модуляциями голоса. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт с ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усилении голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может им помочь. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Охотно соглашается, что голоса эти имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить.

**Вопрос:**

1. Определите ведущие симптомы
2. Назовите синдром

**32.** Больной Н., 32 года, преподаватель физкультуры, с высшим образованием. До травмы – физически и психически полноценный человек. 3 года назад упал во время упражнения вниз головой. Долго был без сознания. Лежал несколько месяцев в психиатрической больнице (возбуждение с нарушением сознания). При выписке получил инвалидность I группы. Ничего не помнил о случившемся, перестал работать по специальности, стал апатичным, беспомощным. В последнее время устроился на работу грузчиком. На работу водила жена: сам не мог найти дорогу, изредка бывали состояния возбуждения, сопровождающиеся бессмысленным разрушением вещей и агрессией; после ничего не помнил о случившемся.

Физически крепкий, прекрасно сложенный, с развитой мускулатурой. Охотно занимается простым физическим трудом; инициативы не проявляет; делает, что прикажут. Предоставленный самому себе, молчалив, апатичен. На работе неуютим. Никаких жалоб на головные боли, головокружение и пр. не высказывает. Вегетативные и вазомоторные нарушения не наблюдаются. Отмечается нерезко выраженный окулостатический феномен. Охотно делает стойку, может долго стоять на руках без всякой вазомоторной реакции. Имеет несколько растерянный вид, не сразу понимает вопросы. Отвечает односложно, короткими фразами, не всегда грамматически правильными. Слова выговаривает отчетливо; повторяет слова правильно. Названий некоторых предметов не помнит. Считает очень плохо – в пределах первого десятка. Пишет короткими фразами, читает медленно. В месте приблизительно ориентируется, во времени не ориентирован. Тяжелое поражение памяти: не помнит ни ближайших, ни отдаленных событий и дат, не помнит, когда получил травму, давно ли не работает по специальности; не помнит имен близких людей. Запоминание нового особенно нарушено. Внимание фиксируется с трудом. Сообразительность резко снижена. К абстрактному мышлению совершенно не способен. Эмоционально в известной мере сохранен; стремится домой. На вопросы о физическом состоянии всегда отвечает, что чувствует себя хорошо, но если в разговоре подчеркнуть его недостатки (неспособность к счету и т. д.), то на глазах появляются слезы. В спинномозговой жидкости 0,5‰ белка.

**Вопрос:**

1. Укажите ведущий синдром.
2. Ваш диагноз?

**33.** Больной Б., 21 год. Жалобы на чувство открытости мыслей, звучание голосов внутри головы. Анамнез: (со слов больного, его письма матери) данных о психопатологически отягощенной наследственности нет. От сверстников в развитии не отставал, воспитывался в условиях гипоопеки, по характеру сформировался скромным, малообщительным, обидчивым, ранимым, застенчивым. В школьные годы, а затем и период учебы в ПТУ отличался стремлением к одиночеству, малозаметностью, шумных компаний сверстников избегал, предпочитая держаться в тени. После окончания ПТУ поступил в технический ВУЗ. Заболел остро около года назад: в августе отметил появление беспричинно приподнятого настроения, возникновение ощущения способности «предсказывать будущее». Тогда же стал считать, что ВУЗ, в котором он учится – прикрытия для подготовки сотрудников ФСБ, полагал, что им вдруг заинтересовалась контрразведка из-за его способности «предсказывать будущее».

Несколько позже отметил появление ощущения того, что на него «воздействуют» с помощью какой-то аппаратуры для того, чтобы «улучшить», при этом окружающим «открывают» содержание мыслей больного, считал, что этой же аппаратурой у него «вызывали» позывы на мочеиспускание, управляли аппетитом, эмоциями, мыслями. В то же время отмечал, что стали возникать голоса, как правило, комментирующего характера, звучащие внутри головы. Обращал на себя внимание командования малопонятными поступками: «без какой-либо команды наводил порядок, отказывался от приема пищи...». По бредовым мотивам написал заявление на отчисление, считая, что после этого на него перестанут воздействовать. В октябре того же года состояние еще более ухудшилось: стойко снизилось настроение, появились мысли о собственной непригодности к чему бы то ни было, на этом фоне с суицидной целью нанес самопорез левого предплечья. Был направлен психиатрическую клинику. При поступлении предъявлял жалобы на чувство открытости мыслей, вкладывание мыслей, ощущения остановок и наплывов мыслей, звучание голосов в голове, обсуждающих его. Пребыванием в отделении тяготился. Несмотря на проводимую терапию нейрорептиками, состояние без существенного улучшения. Критика не сформировалась.

В неврологическом статусе без очаговой симптоматики.

Психический статус: Сознание не помрачено. Основные виды ориентировки сохранены. Контакт формальный. Отмечает наличие слуховых галлюцинаций в виде недифференцированных голосов в голове нелепого содержания с нередкими неологизмами: «заяц, драный заяц гедал..., полканеешь, полканеешь». Временами подозрителен, эпизодически к чему-то прислушивается. Высказывает несистематизированные бредовые идеи воздействия. Мышление с элементами соскальзывания, паралогичности: так, заявляет, что он «должен быть выписан», потому что больше находиться на отделении он не может, а книги читать он не хочет. Свои переживания раскрывает неохотно. Эмоционально тускл, однообразен, мимические реакции неадекватные. Память, интеллект грубо не нарушены. Критика отсутствует. В отделении малозаметен, замкнут, общения избегает, свободное время преимущественно в пределах постели.

ЭЭГ недельной давности – легкие нарушения биоэлектрической активности головного мозга, свидетельствующие о дисфункции дизэнцефальных структур, на фоне начальных проявлений цереброваскулярной недостаточности, без выраженных нарушений общего функционального состояния.

Заключение психологического исследования: нарушения мыслительной деятельности – снижение уровня обобщения, соскальзывания, паралогические, расплывчатые суждения, разноплановость, актуализация латентных признаков. Эмоционально однообразен, амбивалентен. Умеренно выраженное снижение психической работоспособности на фоне сохранности мнестических процессов.

#### **Вопросы:**

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

**34.** Больной В., 18 лет, предъявил жалобы на вспыльчивость, раздражительность, конфликтность, неустойчивое настроение. Воспитывался по типу гиперопеки. Отец злоупотреблял алкоголем, был жестоким, властным, часто конфликтовал в семье. Обследуемый с детства был вспыльчив, груб, не мог себя сдерживать. В школе часто нарушал дисциплину, имел неудовлетворительные оценки по поведению. Рано начал курить, употреблять алкоголь, часто убегал из дома, время проводил в уличных компаниях, участвовал в драках, попадал в милицию. На работе с трудом адаптировался к регламентируемым условиям, тяготился требованиями начальства, грубил и пререкался, считал, что к нему предвзято относятся. На замечания реагировал болезненно, угрожал расправой. Во время стационарного обследования не уживался с больными, не подчинялся медицинскому персоналу, был эмоционально лабилен, на замечания отвечал аффективными вспышками. Заявлял, что если его выпишут в часть, то он что-нибудь с собой сделает. Рассказал, что дома во время ссоры ударил брата отверткой в лицо.



Психотических расстройств не обнаруживал, коррекции поддавался с трудом.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Клинические симптомы и синдромы опишите

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

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

**Вопросы:**

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

**36.** Больной С., 26 лет, наследственность психопатологическими заболеваниями не отягощена. От сверстников в развитии не отставал. В школе учился хорошо. Окончил торгово-экономический институт, служил в армии по призыву. В настоящее время нигде не работает. После окончания школы, с 17 лет, «стал пробовать травку». Объясняет это популярностью наркотиков в среде молодежи, с которой общался. Сначала не испытывал никаких приятных ощущений, просто было интересно. Затем, спустя некоторое время после выкуренной сигареты, почувствовал нечто вроде «интеллектуальной расторможенности» – легкость формирования ассоциаций, прилив сил, закрепощенность в поступках, обострение памяти, веселость, желание петь. Речь становилась быстрой, все вокруг – «безумно смешным». Такое состояние возникало через 10-20 мин после сигареты и продолжалось от 3 до 5 часов, в зависимости от сорта конопли. Далее наступал период абстиненции, который выражался в виде головной боли,

тошноты, вялости, повышенной потливости. Тяжелых состояний больной не ощущал, так как всегда мог достать коноплю или готовил ее сам. Через год постоянного употребления гашиша стали появляться астенические симптомы (быстро уставал, нарушился сон), ухудшилась память, стал неряшливым, неопрятным. Коноплю уже курил только для того, чтобы избавиться от постоянных головных болей. По настоянию родственников обратился за помощью к психиатру-наркологу.

**Вопросы:**

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

**37.** Пациент 36 лет пришел на прием к неврологу с жалобами на нарушения сна, головные боли напряжения, утомляемость, трудности сосредоточения, проблемы с усвоением новой информации снижением работоспособности, которые развились в течении последних 3 мес, после того как пациента повысили по службе. Из анамнеза известно, что всегда был ответственным, целеустремленным, ориентированным на карьерный рост, на работе брал на себя основную нагрузку, считая, что коллеги могут допустить ошибки. Работает в офисе, должен быстро реагировать на изменение рабочей ситуации, удерживать в поле внимания большое количество меняющейся информации. До начала заболевания были эпизоды бессонницы и головных болей, когда нервничал в период сдачи экзаменов, в остальном считает себя здоровым, женат, профессионально успешен, имеет широкий круг друзей

1. Установите диагноз заболевания
2. Какие признаки указывают на данное расстройство
3. Определите лечебную тактику

**38.** Больной мужчина 53 года. Анамнез: наследственность психопатологически не отягощена. Средний из трёх детей. Воспитывался в полной семье. Мать по характеру властная, была в семье лидером, отец терпеливый, спокойный, уравновешенный, несколько тревожный. Раннее развитие без особенностей. До 10-летнего возраста страдал ночным недержанием мочи, к врачам не обращался. В детстве переболел паротитом без осложнений, в 12 -летнем возрасте - аппендэктомия. В школу пошёл с 7 лет, учился неплохо, в основном на «хорошо». После окончания 7 классов поступил в железнодорожный техникум, проучившись год, оставил учёбу, образование продолжил в вечерней школе, окончил 11 классов. В 1966-1969 годы проходил срочную службу в танковых войсках, отмечает некоторые трудности первые 6 мес. установления контактов в силу своей тревожности, но в дальнейшем проблем по службе не возникало. После армии работал около 5 лет электриком, техником-механиком, затем вернулся на военную службу и 11 лет служил авиатехником, после чего уволился из армии в 37 летнем возрасте. Устроился работать мастером в локомотивное депо, параллельно окончил заочно железнодорожный техникум, затем вечернее отделение политехнического института и в 46 лет перешёл на работу на локомотиворемонтный завод на должность инженера-энергетика; работает по настоящее время. Женат с 23 лет, жена младше на 3 года. Жену характеризует как лидера в семье, властной женщиной, из-за чего часто возникают внутрисемейные конфликты, отношения с ней считает «несколько напряжёнными», но речь о разводе никогда не возникала; объясняет, что образование получил поздно, в силу того, что жена требовала зарабатывать деньги, а когда «стали жить более стабильно», пошёл учиться. От брака имеет одного сына, который в настоящее время проживает отдельно.

С детства отмечает такие черты, как мнительность, тревожность, впечатлительность, подверженность колебаниям настроения, неуверенность при выполнении какой-либо деятельности, особенно связанной с высокой личной ответственностью, при этом нуждается в поддержке, всегда старается предусмотреть возможные неудачи, вследствие чего предъявляет высокие требования к себе и к окружающим. Также отмечает в характере педантизм. Если предполагает, что не справится с предлагаемой работой, старается её избегать, в то же время не всегда может отказать в просьбе, долго колеблется при выборе решения, даже приняв его,



постоянно испытывает неуверенность в правильности выбора. Отмечает, что даже при незначительных неприятных событиях часто «в мыслях предвидит наиболее худшие последствия», чтобы «быть к ним готовым». Именно этим объясняет уход из техникума до армии, когда возник незначительный, по словам ретроспективной оценки пациентом, конфликт на бытовой почве с одним из преподавателей, но в силу своей тревожности, «чтобы предотвратить возможные последствия (неудачи на экзаменах) и не быть отчисленным за неуспеваемость», оставил учёбу. Считает, что проявления, отдалённо напоминающие происходящие болезненные нарушения в текущем заболевании, возникали при усиленной психической нагрузке, особенно когда приходилось совмещать сдачу сессий при заочной учёбе с работой. Всегда усиленно готовился к сдаче зачётов и экзаменов. Особенно выделяет год, когда защищал дипломный проект, мало спал, становился раздражительным, вспыльчивым, конфликтовал с женой, беспокоили головные боли стягивающего характера, нередко на высоте тревоги отмечал слабые тупые боли в области сердца. После получения диплома около месяца ощущал некоторое опустошение, упадок сил, но продолжал работать, за медпомощью не обращался.

В течение 5 лет занимал должность заместителя начальника цеха локомотиво-ремонтного завода. Отмечает, что с первых дней работы ощущал неприятие со стороны начальника. Когда пришёл на новое место работы, оценил обстановку в цехе, как запущенную, где «никому нет никакого дела, кто и как работает». Несмотря на окружающую обстановку, старался выполнять свои обязанности в полном объёме, делал реальные шаги по улучшению работы в цехе, организации дисциплины, что было замечено главным инженером завода. За 1, 5 года до поступления в стационар при поддержке главного инженера был повышен в должности (стал его заместителем, курирует энергетическое обеспечение завода). Предложение о повышении воспринял с тревогой, сразу же возникла неуверенность - справится ли с новыми обязанностями, так как данное подразделение, по его оценке, находилось в крайне запущенном состоянии (предшественник был уволен по статье за прогулы и употребление алкоголя), но, обдумав предложение и обсудив его с женой (получил её поддержку, так как появлялись перспективы дальнейшего роста и повышалась заработная плата), дал согласие. На протяжении 4 месяцев активно изучал хозяйство, старался выполнение распоряжений держать под личным контролем, работал по личной инициативе сверхурочно, часто выходил на работу в выходные дни. Сразу же столкнулся с неприятием его подхода к организации работы со стороны подчинённых, которые, по его мнению, «совсем отвыкли от работы», в силу чего возникали частые конфликтные ситуации. В своём поведении отмечал раздражительность, вспыльчивость, несдержанность, что в дальнейшем проявлялось не только на работе, но и дома. За 2 месяца до госпитализации нагрузка ещё более возросла, так как надо было сдавать отчёт о проделанной работе, а реальных сдвигов в положительном направлении не отмечалось: «почти всё, что ни делал, наталкивалось как будто на стену». Появилась неуверенность, сомнения в правильности принятия решения о согласии на новую должность. Стал раздражительным, возникло чувство опустошённости, огромной усталости, которые ещё усилились после сдачи отчёта и неудовлетворительной оценки проделанной работы со стороны начальства, после чего присоединился страх перед увольнением, понижением в должности. Представлял, что «все будут относиться как к неудачнику, не справившемуся со своими обязанностями». В течение месяца снизилось настроение, выглядел несколько подавленным. На работе стал менее активным, неожиданно раздражался на подчинённых, с последующей опустошённостью, укором себя за несдержанность. Стали беспокоить головные боли тупого диффузного стягивающего характера, бессонница. По совету жены обратился в поликлинику к психотерапевту, который направил его на стационарное лечение в отделении неврозов и психотерапии.

Психический статус: доступен контакту, полностью ориентирован в месте, времени собственной личности. В начале беседы держится неуверенно, иногда несколько сумбурно излагает данные анамнеза, при этом достаточно откровенен, неусидчив, часто меняет позу, потирает при волнении лоб, голос тихий, негромкий, речь тороплива, порою сбивчива.



Предъявляет жалобы на быструю утомляемость, раздражительность, периодически беспокоящую тупую головную боль диффузного, стягивающего характера, бессонницу, слегка сниженный аппетит, рассеянность внимания, забывчивость. Эмоциональные реакции подвижные, мимика живая, выразительная. При рассказе о возникшей ситуации на работе волнение усиливается, старается оправдать свои неудачи на новой должности запущенностью хозяйства, несложившимися отношениями с подчинёнными, нехваткой времени: «...нужно только около года, чтобы ознакомиться со всеми тонкостями», беспокоится о своей дальнейшей карьере, считая, что может быть понижен в должности, так как «не справился с обязанностями». Тем не менее, замечает, что может быть «это будет и к лучшему». Настроение несколько снижено. Мышление последовательное, доступно проведение основных мыслительных операций с использованием абстрактно-логических связей. Бреда, галлюцинаций не выявляется.

Соматический статус: нормостенического телосложения. В лёгких дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 76 уд/мин, АД -125/80 мм. рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отёков нет, стул и мочеиспускание не нарушены.

Неврологический статус: глазодвижения в полном объёме. OD=OS. Сухожильные рефлексы D=S. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет уверенно. Менингеальных, патологических знаков нет.

Заключение психолога: выявляется сформированный интрапсихический конфликт, характеризующийся завышенными требованиями к себе, без учёта своих физиологических и психологических ресурсов. Развитию неврастенического конфликта способствовали и личностные особенности испытуемого (сочетание педантичного характера и тревожно-эмотивного темперамента). Невозможность его рационального разрешения обусловлена, помимо указанных личностных особенностей, патопротекторной структурой защитных механизмов: низкая дифференцированность Эго-защиты с ведущими – вытеснение, реактивные образования, регрессия – механизмами; слабо адаптивный вариант копинга в когнитивной сфере – относительность – в данной ситуации выступает, как дезадаптивный (патопротекторный), препятствуя активному сознательному разрешению ситуации. Психические процессы в обычном темпе, мнестико-интеллектуальные показатели в пределах нормативных.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

**39.** Больной 57 лет. Анамнез: наследственность психопатологически не отягощена. Третья из четырёх детей («единственная любимая дочь»). Роды и беременность у матери без патологии. Раннее развитие без особенностей, в соответствии с возрастом. Проживала с семьёй в селе. Особенно была любима отцом, была к нему «очень привязана». Глубоко и длительно переживала его болезнь и в последующем смерть. Мать умерла в старческом возрасте. В школу пошла с 8 лет, училась посредственно, с трудом осваивала точные науки, предпочитала «любимые» предметы -биологию, историю. Среди сверстников к лидерству не стремилась, но старалась привлечь на себя их внимание, всегда «желала быть в числе лучших», недостаточно хорошую успеваемость компенсировала активным участием в жизни школы: в художественной самодеятельности, спортивных мероприятиях. Охотно помогала сельчанам по хозяйству. После окончания 10 классов поступила в кооперативный техникум, затем 18 лет проработала товароведом. С 1986 по 2004 годы работала начальником автостанции в п. О. Замужем с 1968 года, от брака имеет двух детей. Муж умер от инфаркта миокарда в 1997 году.



Климактерические явления (вегетативные расстройства, «приливы» с невыраженной тревогожностью, нарушениями засыпания) с 43 летнего возраста после аборта, в течение 2 лет. В 1999 году оперирована по поводу желчно-каменной болезни. С 55 летнего возраста на пенсии, но продолжала работать заведующей автостанцией.

Началом заболевания считает 10 марта 2004 года, когда, придя на работу, неожиданно узнала о том, что автостанция продана частному предпринимателю, который предложил ей написать заявление об увольнении. Тяжело переживала случившееся: снизилось настроение, возникло «ощущение тяжёлой потери, безысходности будущего», к концу дня нарастала тревожность, плохо спала, ела «в силу необходимости». В этот же день стала звонить начальству, выяснять законность данной ситуации. 11 марта была госпитализирована «скорой помощью» с подозрением на инфаркт миокарда. 10 дней находилась на стационарном обследовании и лечении, но диагноз инфаркта не подтвердился. За это время похудела на 4 кг, при этом ела избирательно: предпочтение отдавала сладкому чаю, либо конфетам. Плохо спала ночью, заснуть мешали постоянные мысли о случившемся, часто видела сны о работе. Продолжала, находясь в стационаре, писать жалобы в вышестоящие инстанции. Охотно общалась с навещающими её коллегами. При этом просила врача пропускать их в палату, беседовала с ними всегда лёжа в постели, обращая внимание на «выраженную слабость» в ногах. Периодически на два-три часа, особенно после составления очередной жалобы, где обращала внимание на «несправедливость» решения о закрытии автостанции, не могла ходить – «ноги отказывали». Была проконсультирована психиатром, после выписки из стационара находилась у него на амбулаторном наблюдении, получала лечение сонапаксом, реланиумом, но улучшения не чувствовала. Было рекомендовано стационарное лечение в психиатрической больнице. Направлена районным психиатром.

Психический статус: расположена к беседе. Ориентирована верно в месте, времени и собственной личности. Охотно отвечает на вопросы. Выражение лица печальное, эмоциональные реакции подвижные, выразительные, при повествовании о ситуации увольнения на глазах выступают слёзы. Настроение снижено, фиксирована на обстоятельствах увольнения: «...даже не предупредили, пришла на работу, как обычно, и сказали писать заявление на увольнение. Я отдала обустройству автостанции 18 лет, она считалась лучшей в области, вся украшена цветами, даже свадебные кортежи фотографировались на её фоне... и теперь в один миг всё рухнуло». В тоже время в беседе на темы, не связанные с увольнением становится более жизнерадостной, откликаема на шутки. Довольно заметно позитивное эмоциональное оживление, особенно при затрагивании темы её заслуг и похвалы за годы работы со стороны начальства. Мышление в замедленном темпе, присутствуют признаки инертности, тугоподвижности. Доступна абстрактная трактовка распространённых метафор и пословиц. Память на текущие и прошлые события не нарушена. Бредовых идей, суицидальных мыслей не высказывает, обманов восприятия не обнаруживается.

Соматический статус: кожа, слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 70 ударов в мин., ритмичный. АД-120/75 мм рт. ст. Живот мягкий при пальпации, слегка увеличен в объёме. Печень не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушены. Неврологический статус: зрачки равные, глазодвижения в полном объёме, реагируют на свет. Лицо симметричное. Сухожильные рефлексы одинаковые с обеих сторон. В позе Ромберга устойчива, лёгкий тремор кистей вытянутых рук. Патологических рефлексов, менингеальных знаков не выявлено. Заключение специалистов. Терапевт: ИБС, стабильная стенокардия напряжения II ФК. Атеросклеротический кардиосклероз. СНо. Невролог: начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения. Астено-депрессивный синдром. Гинеколог: органической патологии нет.

Окулист: глазное дно – ангиопатия сетчатки РЭГ – пульсовое кровенаполнение незначительно снижено во всех сосудистых бассейнах. Асимметрии нет. Кривая РЭГ атеросклеротического типа с признаками повышения тонуса, в основном микроциркуляторного русла. Венозный отток несколько затруднён во всех сосудистых бассейнах

Для полноты характеристики состояния больной представляем один из методов



диагностики, используемый и с целью психотерапии «Автобиография», написанная пациенткой по заданию врача (без грамматических исправлений и корректировки).

*«Автобиография Я, .... родилась..... 1946 года в селе ..... О-й области. Домашний адрес ..... Образование средне-специальное «товаровед продовольственной и промтоварной группы». Семейное положение: вдова. На пенсии по возрасту. Нахожусь в отделении с 06. 04. 04 г. первая госпитализация в данной больнице. Родственники не наблюдались у психиатра, алкоголиков нет. Беременность и роды у матери не знаю как протекали, ребенком в семье была желанным т к были до меня три сына. Мама меня кормила грудью до 3х лет. Ходить начала в 11 мес, говорить с 2х лет, пищевой аллергии не было. Признаки тревожности в отсутствии посторонних лиц были я очень боялась быть одна в доме. При отсутствии матери я всегда очень тосковала. Родители мне предовали большое значение. У меня рано в моем детстве заболел папа и я всегда переживала за него. В раннем детстве по характеру я была активной девочкой. По какому-то поводу я и беспокоилась, но и стеснялась взрослых, упрямой пугливой не была. Любила играть с другими детьми на улице в лапту, принимала активные роли. Отношения с окружающими и родными людьми были дружественными. У меня было 10 подружек, одна из них была самая близкая. Лидера в нашей компании не было, но больше как-то были и шли ко мне, коллективные игры у нас были с детства.*

*Друзья у меня всегда были и есть характер у меня открытый менее сообразительный, любящий быть в центре внимания. Закончила я школу потом училась в кооперативном техникуме я любила торговать мне нравилось Но в связи с тем чтобы быть побольше дома и заниматься воспитанием детей я сменила свою профессию проработав 20 лет в торговле, я перешла работать на Автостанцию – 18 лет я руководитель этой организации. У меня автостанция была самая красивая в области, я выросла там много цветов это был зимний денрарий Проезжающим пассажирам это все нравилось я, кто бы не попросил давала отростки цветов. Были редкосные цветы. Пальма выросла под потолок ей было 18 лет, когда в селе свадьбы, то приезжали фотографироваться к нам на А/ст, а теперь мой многолетний труд рухнул в бездну никому это не надо, даже не предупредили, что продадут мою а/станцию.*

*Детей я выросила сын – сотрудник МВД кандидат юридических наук, работает при УВД, дочь – судебным приставом, а вот а/станцию мою продали, мое сердечко этого не выдерживает я не собиралась уволнятся так как с возложенными обязанностями я справлялась просто я люблю людей а на а/ст мног проезжающих со всех концов едут, ведь она была автостанцией Межреспубликанского значения Мы обслуживали 11 автоколон и всех мы знали и встречались но в один миг все рухнуло.*

*Это первое обращение к Психиатру, я не стала спать ночами, в голову лезли какие-то кошмары сердце ныло и я сильно плакала и сейчас плачу, я забываю какой сегодня день, переспрашиваю у меня никогда подобных случаев не было, какой сегодня день я спрашиваю у девочек. Я не знаю никаких методов лечения и надеюсь только на врачей, у меня лекарственная аллергия, я не знаю как мне быть только надежда на врачей, я надеюсь что меня выльчат. В политике в данный момент я ничего не соображаю, пусть как хотят.*

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы, 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

**40.** Больной 54 года, домашняя хозяйка. Анамнез: мать умерла от болезни сердца, отец жив, ему сейчас 80 лет, здоров. Психически больных в семье не было. В школу пошла в 7 лет, училась хорошо, но в связи с материальными трудностями в семье после окончания 9-ти



классов начала работать, сначала ученицей в швейной мастерской, потом швеей, последние 10 лет не работает, занимается домашним хозяйством. В молодости болела дизентерией, была оперирована по поводу аппендицита. По характеру мнительная, склонна к тревоге по любому поводу; особенно ее волновали заботы о близких, об их здоровье, материальном благополучии. Отличалась правдивостью, педантизмом, обидчивостью, сентиментальностью. Вышла замуж в 20 лет, родила 2-х детей. Семейные отношения были хорошими. В 50 лет у больной наступил климакс, были ощущения «приливов», потливость. Когда больной было 52 года, в автокатастрофе погиб муж. Переживала его смерть, много плакала, не могла находиться одна дома и перешла жить в семью сына, заботилась о внуках, к которым очень привязана, выполняла домашнюю работу. Почти постоянно было пониженное настроение, грусть, отмечала вялость, жаловалась на недомогания. В дальнейшем появилась тревога, которая постепенно нарастала, всевозможные опасения, предчувствия беды, ожидания нехороших событий, нарушился сон, а последние 7 месяцев постепенно нарастает тоска, страх, с трудом справляется с привычными делами, пропал аппетит. Возникали мысли о самоубийстве. Психический статус: У больной тоскливое, напряженное выражение лица, не может сидеть в одной позе, кисти рук в постоянном движении. Испытывает страх и тревогу за семью, кажется, что с нею и с родными может что-то случиться, во всем видит дурное предзнаменование, ничем не может заняться, все «валится из рук, нет ни к чему интереса, все потеряло смысл; у сына болезнь печени, он может умереть, тогда они останутся без средств, т. к. она не может работать в таком состоянии». Не верит, что она поправится, без конца просит врачей подтвердить, что она будет здорова, что они не скрывают от нее неизлечимой болезни. Видела, пришедших навестить ее внуков в окне, они показались ей бледными, худыми, решила, что им нечего есть, что они больны туберкулезом. Когда сын не пришел, а прислал невестку, у нее появилось убеждение, что он не встает с постели от слабости, что он тяжело болен. Заявила, что люди будут проклинать ее за эгоизм, думать, что она уморила сына своей жадностью, «экономией», уверяет врача, что это не так. В отделении беспокойна, стонет, заламывает руки, ходит из угла в угол, не находя себе места. Глаза сухие, говорит, что слез у нее нет, хотела бы плакать, но не может. Отказывается от еды, говорит, что лучше ей не есть, от этого она скорее умрет. Ориентирована правильно, корректна, опрятна, сообщает необходимые сведения о прошлой жизни, хорошо их помнит. На предъявленные ей вопросы отвечает по существу, информативно, суждения, не касающиеся ее болезни, не нарушены.

Заключение психолога: на первый план выступает эмоциональная неустойчивость, повышенная ранимость, тревожность (личностная и ситуационная), трудности социальной адаптации; во всех сферах психической деятельности использует неадаптивные стратегии поведения. Психические процессы достаточно устойчивые, равномерные. К концу исследования проявляется утомление. Атентивно-мнестические функции снижены. Мыслительные операции проводит преимущественно на категориальном уровне, отмечаются отдельные соскальзывания при обобщении на конкретно-ситуационные и несущественные признаки. Преобладает абстрактный уровень мышления. Продуктивность деятельности снижена. Направляющую и организующую помощь экспериментатора практически не принимает. Критика к результатам собственной деятельности частично сохранена.

Соматическое состояние: истощена, запах ацетона изо рта. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Неврологическое состояние без отклонений.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы, 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания? 8) Как вы оцениваете такой симптом, как запах ацетона изо рта? 9) Какие меры необходимы для того, чтобы установить причину, выявившую этот симптом? Как питать больную? 10) Какие



указания о наблюдении за больной должны быть сделаны персоналу отделения?

**41.** Пациентка М. 23 года, студентка педагогического института. Анамнез: отец умер молодым во время несчастного случая, мать умерла в 55 лет от рака желудка. Больная раньше ничем не болела, хорошо училась в школе, поступила в институт. По характеру очень застенчивая, обидчивая, склонна к слезам, любит уединение, много читает, пишет стихи; друзей не имеет, замкнутая. Обучение в институте успешное, старательна, много занимается, живет на частной квартире.

Несколько месяцев тому назад перенесла грипп с высокой температурой и три дня лежала в постели. После этого долго не проходила слабость, утомляемость. В течение последних 2-х месяцев испытывает неприятные переживания: хозяйка обвинила ее в краже денег, чем была оскорблена, хотела уйти от хозяйки, но побоялась, что та примет это за бегство и признание в воровстве; отношения усложнились, не разговаривала с хозяйкой. В то же время приходилось много заниматься в связи с экзаменами, не досыпала, плохо питалась. Накануне последнего экзамена совсем не спала, пошла сдавать экзамены с сильной головной болью. Взяв билет, решила, что ничего не знает, отвечать отказалась. Ей предложили прийти на следующий день. Назавтра перед дверью экзаменационной комнаты у нее возник страх, сердцебиение, мысли, что она может умереть, боялась двигаться, не могла переступить порог. Держась за сердце, ушла домой. Дома испытывала общее недомогание, усталость. Не давали покоя мысли о тяжелой болезни сердца, щупала пульс, казалось, что сердце останавливается. Несколько дней лежала в постели, не было сна, думала о болезни. Щадила себя, не выходила на улицу, просила соседку вызвать врача, но врачи не находили у нее болезни сердца. Врачом направлена в психотерапевтический центр.

Психический статус: Больная правильно ориентирована, охотно говорит о своей болезни и подробно ее описывает. Расстроена тем, что не сдала экзамены, боится, что не сможет дальше учиться, говорит об этом плача. При чтении книг не может сосредоточиться, перечитывает страницы по 2 – 3 раза, не может переносить яркого света в комнате, звуков радиоприемника, устает. Все время говорит о болезни сердца, думает, что врачи недостаточно внимательны, щупает у себя пульс, почти не спит. С окружающими охотно общается, беседы с ними ее развлекают – она отвлекается от мыслей о своем сердце.

Заключение психолога: выявляется замедленность, тугоподвижность психических процессов, выраженная истощаемость по гиперстеническому типу, трудность концентрации, распределения и переключения внимания, снижение показателей мнестической функции, выявленное при механическом и опосредованном запоминании, сниженный фон настроения, пессимистическую оценку своих перспектив, низкую самооценку, недоверчивость, ригидность установок.

В соматическом и неврологическом статусах отклонений не выявлено. В процессе лечения транквилизаторами и в результате психотерапии состояние заметно улучшилось, стала спокойнее, ночами спит без пробуждений, меньше думает о болезни, читает, ходит на прогулки, собирается заниматься по специальным предметам.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

**42.** Больная женщина 48 лет. Анамнез: поступает впервые. Родилась в пос. А-к О-ой области от нормально протекавшей беременности, первых срочных родов. Сведений об отце не имеет, так как мать развелась с ним практически сразу после ее рождения (якобы он злоупотреблял алкоголем). Затем мать повторно вышла замуж и отдала пациентку на воспитание бабушкой и



дедушкой, к которым была очень привязана. В школу пошла с 7 лет. Учеба в школе давалась легко. Была «любопытной, шустрой, энергичной, общительной», вместе с тем отмечает в дальнейшем черты тревожной мнительности, неуверенности в выборе окончательного решения, неумение настоять на своей точке зрения. В школьные годы занималась спортом, посещала кружки. После окончания школы поступила по желанию деда в О-ий медицинский институт, училась хорошо. По окончании института работала в А-ой ЦРБ вначале врачом-ординатором, затем -заведующей терапевтическим отделением и заместителем главного врача по лечебной работе в течение 18 лет. В 22 года вышла замуж, родила дочь, в этом браке прожила 5 лет, в связи с алкоголизацией мужа по инициативе пациентки брак был расторгнут. Вышла замуж повторно и через 2 года с семьёй переехала на постоянное место жительства в О., где работала участковым терапевтом, затем терапевтом в студенческой поликлинике. Муж старше пациентки на 18 лет, по характеру властный, «суровый», порою деспотичный. К моменту достижения дочерью 17-летнего возраста значительно повысил требования к ней: был очень строг, наказывал по мелочам, «морально унижал». Однажды применил к дочери физическое наказание, чему пациентка попыталась противодействовать, тогда муж ответил ей угрозами и впервые ударил её. После этой ссоры дочь сняла квартиру и ушла из дома. В день ухода дочери у пациентки впервые развился приступ с ощущением удушья, прилива жара к голове, с онемением конечностей, сердцебиением. Отношения мужа с дочерью не восстанавливались, а попытки больной указывать ему на несправедливое отношение к дочери заканчивались очередным скандалом. Обследуемая помогала дочери, не решалась на развод, так как зависела от мужа материально и «боялась одиночества», ежедневно после работы тайно от мужа навещала дочь, приносила ей продукты, оплачивала коммунальные услуги. На фоне эмоционального напряжения и после безрезультатных попыток примирить мужа и дочь вновь стали возникать приступы удушья, к которым присоединилась выраженная тревога за состояние своего здоровья, со страхом смерти, либо паралича вследствие инсульта; боялась развития приступа на улице, в транспорте. Продолжала работать, со своими профессиональными обязанностями справлялась. Однажды дочь из-за финансовых затруднений обратилась к матери с просьбой о возвращении в ее квартиру, на что муж отреагировал негативно, поставив выбор между ним и дочерью. С этого времени у пациентки приступы участились и возникали уже практически ежедневно. По совету знакомого врача принимала феназепам, стала нарастать утомляемость, на фоне переживаний за дочь нарушился сон, снизился аппетит, была вынуждена сократить продолжительность рабочего дня. Несмотря на то, что дочь нашла выход из создавшейся ситуации (она приняла предложение о замужестве), приступы не прекратились. Кроме того, после вступления в брак дочь сообщила о решении переехать в С-рг на постоянное место жительства мужа и предложила матери уехать с ней. С этого момента ещё в большей степени выросла частота приступов до трёх-четырёх раз в сутки. Неоднократно после работы возвращалась домой в сопровождении дочери. После консультации психотерапевта поликлиники госпитализирована в отделение неврозов и психотерапии.

Психический статус: вступает в беседу с заметным волнением. Довольно подробно рассказывает о своих переживаниях, при затрагивании темы семейных отношений, обстоятельств возникновения приступов на глазах появляются слезы, которые пытается сдерживать, успокаивается самостоятельно. Эмоциональные реакции подвижны, с оттенком лабильности. Настроение снижено, отмечает приступы дискомфорта при общении с коллегами и с мужем, приступы «паники с потерей ориентировки в местах скопления народа», избегает поездок в общественном транспорте, большую часть пути на работу проходит пешком. Довольно чётко проводит параллели между возникновением приступов и конфликтами с мужем. Обращает внимание на то, что не может смириться с тем, что «самый близкий человек (дочь) собирается уехать от неё». В то же время замечает, что «муж даже слышать не хочет о переезде: так и сказал – либо я, либо дочь». Замечает, что стала реже выходить из дома: «только по необходимости», передвигается по улице либо в сопровождении мужа, либо дочери. Мышление в обычном темпе, последовательное, способна к выполнению абстрактно-логических операций, разграничениям и обобщениям на основе категориальных признаков.

Память не нарушена. Бреда и галлюцинаций не обнаруживает.

Соматический статус: Гиперстенического телосложения. Кожный покров и видимые слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс -79 уд/мин., АД -110/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот округлой формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Неврологический статус: глазные щели равные, нистагмоз, ослаблена конвергенция. Рефлексы симметричные. Чувствительность не нарушена. Координаторные пробы удовлетворительные, тремор век. Тазовых нарушений нет. Заключение специалистов: терапевт: синдром вегетативной дистонии по смешанному типу; невролог: синдром вегетативной дистонии по смешанному типу с склонностью к синкопальным состояниям; окулист: миопия слабой степени обоих глаз, сосуды глазного дна не изменены; гинеколог: миома матки, эндометриоз матки.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: выявляется актуализированный внутриличностный конфликт с проблемой выбора между желаниями и чувством долга, моральной ответственностью. Актуализации данного конфликта способствовала стрессогенная ситуация, а также дисгармоничное сочетание в структуре личности черт демонстративного и психастенического радикала. Также имеет место патопротекторная структура антистрессовых механизмов (Эго-защиты: слабо дифференцирована, преобладает её регрессивная направленность, ведущие МПЗ -регрессия, реактивные образования, отрицание, подавление; копинги дезадаптивный в эмоциональной сфере (подавление эмоций) и относительно адаптивный – проблемный анализ – в поведенческой сфере). Психические процессы в обычном темпе. Мнестико-интеллектуальных нарушений не выявлено.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы, 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

**43.** Больной К., 23 года. До недавнего времени – практически здоров, закончил школу, прошел службу в Вооруженных Силах по призыву. После увольнения с военной службы вернулся домой, работает водителем. В прошлом году попал в дорожно-транспортное происшествие, имела место черепно-мозговая травма средней степени, лечился амбулаторно. В последующем беспокоили периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости, повышенная утомляемость, тем не менее успешно справлялся с производственными нагрузками, но к врачам не обращался.

Поводом для обращения за медицинской помощью явились жалобы, появившиеся на протяжении последнего месяца. Субъективно обратил внимание на непереносимость обычных звуковых раздражителей («прошу дома телевизор и радио сделать тише, все звуки кажутся чрезмерно громкими»), изменилось ощущение восприятия света («такое впечатление, что снег ослепляет, дома не могу смотреть на включенную настольную лампу»), раздражает прикосновение одежды к телу, обычная пища кажется «чрезмерно горячей». Критически оценивает свои жалобы, просит излечить его от «острой чувствительности».

**Вопрос:**

1. Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?

**44.** Больной Б., 16 лет, ученик средней школы. Рос и развивался нормально, учится хорошо, занимался спортом. Два месяца назад перенес грипп с высокой температурой, в последующем



оставался астенизированным, с трудом справлялся с учебной программой, перестал посещать спортивную секцию. Поводом для обращения к психиатру стали жалобы подростка, на которые обратили внимание родители подростка. Заявлял, что на улице «машины как-то уменьшились в размерах, а дома стали казаться очень большими». Некоторые предметы. Например – «деревья, столбы», воспринимал как «искореженные, будто бы в мультфильмах», улица казалась «бесконечной». Лестница дома «как будто вела в небо». При этом ориентировки в окружающем не терял, считал, что «на самом деле ничего не изменилось, все осталось на своих местах, мне это только кажется». Излагая свои болезненные переживания, остается внешне спокойным, охотно беседует, просит «дать лекарства, чтобы все воспринималось по-прежнему».

**Вопрос:**

1. Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?

**45.** 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.

**Вопрос:**

1. Охарактеризуйте имеющиеся у больной психические нарушения.
2. Какие варианты правового и законодательного права регулируют психиатрическую помощь пациенту?
3. Какие имеются правовые акты и ограничения в действиях врача-психотерапевта в отношении пациента.

**46.** К врачу-психиатру-психотерапевту в поликлинике обратилась гражданка Н., 29 лет, с жалобами на «плохую память». При детальном расспросе выяснилось, что несколько дней назад Н. неожиданно оказалась на незнакомой улице. Последнее, что она помнила до этого, это то, как они с сотрудницей возвращались домой после работы. При последующем общении с Н. сотрудница рассказала, что попрощалась с ней на автобусной остановке, и та, по ее словам, поехала «в центр за обновками». При этом никаких странностей в поведении Н. не наблюдалось.

При беседе Н. контактна, на вопросы отвечает развернуто, обстоятельно, не всегда по существу, самостоятельно переключается на описание своих расстройств. Речь замедленна, монотонна, весьма многословна, однако словарный запас ограничен. Из собранного анамнеза стало известно, что бабушка Н. (по материнской линии) длительное время страдала эпилепсией, неоднократно находилась на лечении в неврологических, а концу жизни и в психиатрических стационарах. Сама Н. росла тихой, задумчивой девочкой, все свободное время предпочитала проводить дома в кругу семьи. С 25 лет отмечает появление головных болей, по поводу которых неоднократно обращалась к невропатологу. Кроме того, Н. сообщила, что в детстве, будучи в пионерском лагере, неоднократно дразнилась детьми за то, что, по их словам, «ходила

по ночам». При этом утром Н. просыпалась в своей постели и ничего не помнила.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?
3. Какие методы дополнительного обследования необходимо назначить и провести врачу?

**47.** Больной М., 18 лет, направлен на обследование в связи со странностями в поведении. Из благополучной семьи, не болел. С раннего детства обращал на себя внимание обособленностью, замкнутостью, стремлением к одиночеству. Проявлял агрессивность к детям, мучил животных. В школьные годы отличался необычностью и серьезностью увлечений, отсутствием интереса к общественной жизни, не продуктивно занимался созданием собственной системы самоусовершенствования. Работал разнорабочим, безразлично относился к своим обязанностям, общался с коллегами избирательно, нарушал дисциплину, свои поступки не стремился объяснить. Периодически надолго уходил из дома то «для обдумывания научно-технических проблем», то для чего-то развел костер возле склада горючего. На замечания не реагировал. При обследовании в психиатрической клинике мало интересовался окружающим, был крайне замкнут, держался отгороженно от больных. Занимался обдумыванием абстрактных проблем. Безразлично относился к своей судьбе. Бреда и галлюцинаций не выявлял.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Варианты психотерапевтической помощи?

**48.** Больная Ш., 20 лет обратилась с жалобами на нарушение сна, снижение аппетита, тревогу, чувство собственной неполноценности, острое чувство одиночества, невозможность наладить отношения с окружающими из-за страха быть осмеянной, неприязнь к себе, раздражительность, вспыльчивость, тяжесть в голове, эпигастральной области, периодически возникающую тошноту, ухудшение памяти.

Из анамнеза: родилась первым ребенком в семье из двух детей, младшей сестре 16 лет. Беременность и роды матери проходили без особенностей. Со слов больной наследственность психопатологически не отягощена. Росла и развивалась нормально, от сверстников в развитии не отставала. Воспитывалась родителями. В школу пошла 7 лет, училась хорошо, окончила 11 классов, затем, поступила в университет.

Больная сформировалась замкнутой, пугливой и мнительной. Из-за косметического дефекта носа в школьные годы подвергалась травле со стороны сверстников. Сменила много школ по причине частых переездов, связанных со службой отца. В каждой новой школе больная самостоятельно стала занимать избегающую позицию, отгораживаться от социума, и в то же время она остро чувствовала необходимость в общении, участии в общественной жизни, сильным желанием больной было занять место лидера. Все время много читала, пыталась анализировать героев, старалась вынести полезное для себя, чтение приносило определенное облегчение. Родителям больная свои переживания не раскрывала по причине малого взаимопонимания.

Во время обучения в университете стала еще больше чувствовать страх перед общением с окружающими, страх быть осмеянной из-за собственной некрасивости, который стремилась подавить, разобраться в его причинах. Мысли покончить с собой появились около 3 лет назад, но, как отмечает больная, нежелание причинить боль родителям останавливает ее. В последнее время чувство собственной некрасивости, страх быть осмеянной, страх общения с окружающими достиг такого уровня, что больная не смогла ответить на простые вопросы на последнем экзамене. В связи с ухудшением состояния больная приняла решение госпитализироваться в психиатрическую клинику.

Психопатологический статус: сознание не нарушено, ориентирована верно, поведение упорядоченное. В беседу вступает легко, правильно отвечает на вопросы. Речь выразительная,



хорошо модулированная, мимика живая, соответствовала переживаниям больной. Грубых интеллектуально-мнестических нарушений нет. Мышление последовательное, несколько замедленное, без структурных нарушений. Суждения глубокие. Обманов восприятия и бреда не выявляет. Настроение снижено, эмоциональный фон неустойчивый, тревожна. Двигательных нарушений нет.

**Вопрос:**

1. Назовите психопатологический синдром, имеющийся у больной
2. Назовите психотерапевтические и социо-психологические аспекты в терапии

**49.** Больная Б., 21 года, обратилась с жалобами на «страх потерять контроль над физиологическими функциями – страх потерять контроль над мочеиспусканием в присутствии других людей», сопровождающийся чувством жара, зудом в области гениталий, невозможностью сосредоточиться, повышенную утомляемость, нарушение сна.

Родилась младшим ребенком в семье из двоих детей. Родители здоровы. В 5-летнем возрасте на фоне гриппа с высокой температурой был однократно развернутый судорожный припадок. В школу пошла в возрасте 6-и лет, училась хорошо, по окончании школы поступила в техникум, в настоящее время обучается на втором курсе.

По характеру вспыльчивая, долго отходит, если ее кто-нибудь разозлит. Общительная, эмоциональная, тепло относится родителям, сестре. Изменений в характере, интересах, привязанностях не отмечает.

Причиной болезни считает события детства, когда в детском саду заставляли ложиться спать, не пускали в туалет. В возрасте 6-и лет был период, когда все время хотелось помочиться, не могла ездить в транспорте. Это состояние длилось около месяца, прошло без лечения. В последующем признаки заболевания не отмечались. Полгода назад, когда в течение нескольких часов не имела возможности зайти в туалет, помочилась в парадной. После этого вспомнила, что с ней было в детстве, и появился навязчивый страх, что захочет в туалет в неподходящем месте и не сможет помочиться. Стала перед уходом из дома по несколько раз забегать в туалет, не смогла ездить в транспорте. А в последнее время не смогла сидеть на занятиях, все время выбегает в туалет, не может сосредоточиться. Не может себя контролировать, появляется паника, представляет, что с ней может произойти, трясется от страха, бросает то в жар, то в холод.

Летом занималась с психотерапевтом в течение 3-х месяцев без эффекта, принимала грандаксин. В компании с друзьями, на дискотеках, дома проблем этих нет – страх возникает тогда, когда нет возможности свободно зайти в туалет.

Психическое состояние: все виды ориентировки сохранены, контактна, настроение умеренно снижено. Расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, уровень обобщений средний, фиксирована на мысли потерять контроль над мочеиспусканием. Суицидальных мыслей нет.

**Вопрос:**

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. В психодинамическом подходе тактика психотерапии

**50.** Методы и формы психологического воздействия:

1. индивидуальное и групповое взаимодействие;
2. интеллектуальное воздействие, основанное на законах логики, с использованием важной для решения проблем информации;
3. эмоциональное воздействие с применением техник эмоциональной поддержки, сочувствия, сопереживания, соучастия в психологических проблемах другого человека;
4. поведенческое воздействие с применением и обучением другого человека более эффективным образцам поведения и навыкам реагирования.

**51.** Назовите психологические и социально-психологические последствия хронического заболевания. Дайте определение особенностям контингента группы риска при проведении психологического вмешательства.

**52.** Основная задача психотерапевта-психоаналитика, способы ее реализации.

Типы психоаналитической психотерапии: два типа психоаналитической психотерапии:

1. Инсайт-ориентированная
2. Суппортивная.

Дайте определение и тактические действия врача-психотерапевта.

**53.** Когнитивная терапия ставит перед собой задачу прямо воздействовать на когниции клиента (мысли, установки, ожидания).

Терапия заключается в поиске искажений в мышлении и в обучении альтернативному, более реалистичному способу восприятия своей жизни. Когнитивная терапия ориентирована на цель, и сфокусирована на проблеме. Основное внимание в ней уделяется настоящему. В процессе структурированных сессий терапевты, в отличие от психоаналитиков, работают с сознательным содержанием.

Назовите цели когнитивной терапии

**54.** Структура, этапы и факторы лечебного воздействия психотерапии.

1. Используемый подход (модальность): психодинамический, поведенческий, когнитивный, экзистенциально-гуманистический, системный. Внутри каждого из них есть множество разновидностей. Выделяют также подходы, ориентированные на целостный психотерапевтический процесс (интегральный, холистический, эклектический).

2. Ситуация: амбулаторный прием, дневной стационар, стационар.

3. Формат: индивидуальная, в паре, семейная, групповая.

4. Длительность сессии: обычно 45-60 мин. В зависимости от возраста и используемого вида психотерапии длительность сессий может колебаться.

5. Частота сессий: зависит от используемого подхода, ситуации, состояния, остроты симптоматики/проблем, возможностей терапевта и колеблется от 4-5 в неделю до одной в месяц.

6. Продолжительность: зависит от используемого подхода, целей, ситуации, индивидуальной динамики, в частной практике - также от финансовых возможностей семьи. Диапазон колебаний - от краткосрочной (несколько сессий) терапии до открытого срока окончания.

**Определите этапы психотерапии.**

**55.** На прием к врачу – психотерапевту обратилась девушка Д. 23 лет. Жалобы на тревожность, нарушенный сон, сниженное настроение и проблемы взаимоотношений с мужчинами (страх доверия, неуверенность в себе, мысли о возможном предательстве) на фоне ранее трудной влюбленности и болезненного расставания (полгода назад).

**Назовите факторы лечебного воздействия психотерапии**

**56.** Пациентка Л., 30 лет, врач, обратилась по поводу постоянных конфликтов с мужем, в результате которых у неё развивается крик, продолжительностью 1-2 минуты, который она не может сдерживать. Понимает, что сама провоцирует конфликты, так как при общении с мужем растет беспричинная раздражительность на него, и она также не может себя контролировать. Подобное поведение было и в первом браке, которое и привело его к разрыву. Боится, что распадется и второй брак.

Укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

**57.** Больная П., 1954 г. р. Поступила с жалобами на внутреннюю тревогу, плаксивость, страх за сыновей, мужа, «ком в глотке, сдавливающий обруч на голове», раздражительность,



нарушение засыпания, снижение аппетита, несобранность, рассеянность, трудность сосредоточиться, чувство брошенности.

Считает себя больной с начала прошлого года. В новогоднюю ночь старший сын знакомится с замужней женщиной, имеющей дочь, добивается ее развода, переезжает в ее квартиру и сожительствует с ней. Больная впервые видит сожительницу сына, когда та приходит к ним домой с известием об аппендектomie сына, с этого момента больная начинает активно противодействовать намеряющемуся союзу, но безуспешно – «подрывается здоровье». В начале стала беспокоить тревога за сына и трудности с засыпанием – «рой мыслей не дает уснуть», затем «апатия – ничего не хочется делать», появляется чувство «кома в глотке, сдавливающего обруча на голове». В конце весны решила себя «подстегнуть» – приняла контрастный душ, цели не достигла, но сильно простудилась. Начала ходить по врачам, стала очень мнительной – прислушивалась ко всем услышанным ею случайно словам, даже не в ее адрес, переносить на себя, давать негативную оценку, но при соответствующем разъяснении, разубеждении с аргументацией соглашалась и начинала с критикой относиться к своим недавним переживаниям. Проходила лечение противотревожными средствами и гипносуггестивной терапией у психотерапевта по поводу невротического состояния, но с непродолжительным успехом. В мае-июне появились панические атаки, которые в июле «сменились какой-то тревожной рассеянностью». В последнее время появилась слезливость. Состояние ухудшалось с каждой новой психотравмой: «сын ушел к женщине, решил жениться на ней, у нее дурная дочка – все время орет, у нее припадки, она заставляет его бросить училище, он подал заявление на отчисление, у него нет работы, скоро свадьба». Особо тяжело больная переносит собственное одиночество: «чувство опустошенности, страх этой пустоты – была всем нужна, а теперь муж по командировкам, младший в училище, старший женится – я никому не нужна». За день до свадьбы старшего сына в связи с ухудшением самочувствия была госпитализирована в психиатрическую клинику.

На момент поступления психопатологическая симптоматика имела следующие особенности: легко вступала в беседу, говорила сквозь слезы, с трудом концентрировалась на задаваемых вопросах, жалобы формулировала с большим трудом, постоянно переходила на психотравмирующие моменты, искала поддержку, в поведении была упорядочена, быстро вписалась в режим отделения, без нарушений сознания, с сохраненной ориентировкой, без грубых интеллектуально-мнестических нарушений, обманов восприятия, структурных и продуктивных расстройств мышления, двигательных расстройств. Аффективные нарушения определялись пониженным настроением, без суточных колебаний, с тревогой, страхом за сына, мужа. Засыпала с трудом. Аппетит был снижен. Без суицидальных тенденций. К своему состоянию относилась с эгоцентрической критикой.

**Вопрос:**

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Экзистенциальные возможные проблемы пациентки?

**58.** Больной Т., 18 лет, единственный ребенок в семье, воспитывался матерью, так как отец семью оставил. В раннем возрасте болел детскими инфекциями. С детских лет отличался впечатлительностью, стеснительностью, мнительностью, обидчивостью. Учился с трудом, стеснялся отвечать у доски, переживал, что все у него получается хуже, чем у сверстников. После школы поступил в автомобильный техникум. Адаптация к учебе была затруднена с первых дней. На фоне учебных нагрузок снизилось настроение, часто уединялся, плакал, плохо переносил повышение психических и физических нагрузок. Не смог освоить вождение автомобиля, возникали мысли о собственной неполноценности, боялся отчисления, заявлял, что покончит с собой. Тяжело переносил насмешки однокурсников. Тревожился по пустякам. По ночам плохо спал, снились тревожные сны. Психотических расстройств не обнаруживал.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Какой вариант групповой терапии можно предложить пациенту?

**59.** Больная женщина 50 лет. Анамнез: наследственность психопатологически не отягощена. Отец умер в возрасте 65 лет от инсульта, мама в возрасте 72 лет проживает в сельской местности, больна сахарным диабетом инсулин независимым. Родилась в О., раннее развитие без особенностей, в школу пошла с 7 лет, училась посредственно, среди сверстников особенно ничем не выделялась, была общительной, «компанейской», но отмечает, что все же «всегда стремилась немножко выделиться, к мнению прислушивались», с частью школьных подруг до сих пор поддерживает отношения, также отмечает исполнительность, скрупулёзность, педантизм, особенно проявившиеся в дальнейшей работе. Окончила 10 классов, затем работала год на заводе РТИ, поступила в техникум, который закончила и получила специальность бухгалтера. В 19 лет вышла замуж, брак по любви, имеет двух сыновей, взаимоотношения с мужем складывались не всегда гладко из-за его алкоголизации. По распределению мужа поехала с ним в Т-ий район и 4 года работала в аптеке бухгалтером. После возвращения в город О. работала по специальности в «Рембыттехнике», где довольно успешно продвигалась по служебной лестнице (с рядового бухгалтера до заместителя главного бухгалтера). Затем за главным бухгалтером ушла в трест по благоустройству, проработала на этом месте, а затем работала главным бухгалтером в частных структурах; в настоящее время - в ЗАО «Ор-аз». В 49 лет на фоне повышенной нагрузки на работе, связанной с реструктуризацией производства (приватизация и передача в частные руки), противоречивой ситуацией («оказалась как бы между двух огней, между двумя начальниками»), впервые стали беспокоить упорные головные боли, усилилась тревожность, педантичность в работе, особенно в отношении отчётной документации, часто брала работу на дом, нередко работала по ночам. В течение года в 50-летнем возрасте на фоне повышенной нагрузки на работе стала плаксивой, раздражительной, нарушился сон, периодически снижалось настроение, возникли вегетативные расстройства: учащалось сердцебиение, появились колебания артериального давления. В этом же году был диагностирован сахарный диабет (инсулиннезависимый). Кроме того, на протяжении 3 последних лет «не была в отпуске и не брала больничные, так как много работы, а если заговоришь об отпуске, могут просто заменить на более молодых». После обследования и лечения в Областной клинической больнице по поводу сахарного диабета, где была консультирована психотерапевтом, обратилась в отделение неврозов и психотерапии и была госпитализирована. Психический статус: вступает в беседу с заметным напряжением и плохо скрываемым волнением. Полностью ориентирована в месте, времени и собственной личности. С первых минут беседы интересуется возможностью лечения в режиме дневного стационара, так как «на работе сказала, что буду лечиться и делать отчёт – с этим условием и отпустили». Предъявляет жалобы на головные боли («...сдавливает всю голову... словно обручем»), плаксивость, раздражительность, тревожный сон с нарушениями засыпания: «постоянно в голове цифры, которые не дают заснуть, и сны про то, что я сдаю отчёт, и он не получается». Охотно делится переживаниями, фиксирована на производственных проблемах, при затрагивании темы взаимоотношений с мужем проявляется эмоциональная лабильность, которая достаточно быстро проходит: «он зарабатывает мало, ещё и выпивает, приходится мне тянуть и его, и детей». Мышление в обычном темпе, последовательное, с доступностью проведения абстрактно-логических операций, память не нарушена. Расстройств восприятия, нарушений логической структуры мышления не выявлено. Соматический статус: больная с излишним весом. Кожный покров и видимые слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс -79 уд/мин., АД -130/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены. Неврологический статус: глазные щели равные, нистагмоз, ослаблена конвергенция. Рефлексы симметричные. Чувствительность не нарушена. Координаторные пробы удовлетворительные, тремор век. Тазовых нарушений нет. Заключение специалистов: терапевт: сахарный диабет 2 типа, ИН, ср. ст. тяжести; невролог: синдром вегетативнососудистой дистонии по гипертоническому типу; окулист: OU глазное дно – диск зрительного нерва с чёткими контурами, сосуды не изменены; гинеколог: фиброма



матки.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: выявляется аутопсихический конфликт, характеризующийся завышенными требованиями к себе без учёта своих физиологических и психологических ресурсов (астенический тип). Развитию данного конфликта способствовала и дисгармоничная акцентуированная личностная структура – сочетание педантичного и демонстративного характера с эмотивно-тревожным темпераментом, а также патопротекторная система Эго-защиты (ведущие психологические защиты – реактивные образования, регрессия; неадаптивный копинг-механизм в когнитивной сфере – растерянность). Психические процессы равномерные в обычном темпе. В мыслительной деятельности высокий уровень категориальных решений и формирования абстрактно-логических связей. Расстройств памяти не выявлено.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

**60.** Пациентка 43г., была направлена к психотерапевту кардиологом. Обратилась с жалобами на тревогу, страх смерти, приступы паники, сопровождающиеся сердцебиением, головокружением, кратковременным подъемом АД до 160/100 мм. рт ст., приливами жара, нарушением дыхания с ощущением «кома в горле», полиурией. Впервые приступ паники возник накануне очередной командировки мужа, внезапно, стало трудно дышать, поднялось давление, возник острый страх смерти от сердечного приступа, вызвала скорую. Врач скорой помощи зафиксировал синусовую тахикардию, увидев врача, пациентка успокоилась, почувствовала облегчение. В дальнейшем из-за опасения развития приступа стала бояться выходить одна из дома, ночевать одной в квартире. Предъявляет жалобы в демонстративной манере, склонна преувеличивать тяжесть своего состояния, инфантильна, незрела в суждениях, отношения с мужем описывает как идеальные.

1. Установите диагноз заболевания
2. Какие признаки указывают на данное расстройство
3. Определите лечебную тактику и метод психотерапии

**61.** Пациент А., 45 лет, бывший военнослужащий, бизнесмен. Обратился по рекомендации гастроэнтеролога, по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Болен в течении 15 лет, после инцидента на службе. Отмечает, что обострения связаны с психоэмоциональным перенапряжением, как на работе, так и дома. Женат, имеет двух дочерей. Жена относится с пониманием к болезни, однако периодически, вскользь упоминает о постоянной нехватке денег. Сам переживает это, так как бизнес идет с трудом, сейчас испытывает большие затруднения в работе. О себе говорит скупно, считает проявлением слабости обращение к психотерапевту.

Вопрос: Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

**62.** Пациентка 33 лет. Обратилась с жалобами на рецидивирующие приступы паники (сердцебиение, ощущение нехватки воздуха, потливость, чувство бессилия и страха, тошнота, боли в животе), чаще всего в ситуациях, требующих личной ответственности.

Из анамнеза: единственная дочь. Росла в полной, благополучной, бесконфликтной семье. По характеру: спокойная, ответственная, доверчивая. Раннее развитие без особенностей. ДДУ не посещала из-за частых простудных заболеваний. С детства увлекалась рисованием. С отличием закончила художественную школу, поступила в профильный ВУЗ. В период обучения была выдвинута кандидатом для прохождения международной стажировки, однако из-за конфликта

кураторов, сопровождавшегося грубой неконструктивной критикой, вынуждена была отказаться от предоставленной возможности. Ситуацию переживала тяжело, как личную неудачу, сомневалась в своем профессионализме, считала себя несостоятельной. Впервые обратилась за помощью с вышеозначенными жалобами. Прошла курс лечения, после чего оформила академический отпуск с переводом на другой факультет. По окончании ВУЗа работала по специальности в составе группы дизайнеров, избегая индивидуальных проектов. Вышла замуж за друга семьи, с которым была знакома с раннего детства. Периодически отвергает предложения конкурирующих фирм, предлагающих более выгодные условия работы, т. к. при их рассмотрении возобновляются панические атаки.

1. Наличие какого расстройства можно предположить в данном случае?
2. В рамках какого подхода наиболее эффективно психотерапевтическое вмешательство в данном случае? Каковы его особенности?
3. Каковы основные цели лечения?

**63.** Пациентка 64 года. Анамнез: поступает впервые, наследственность психопатологически неотягощена, родилась семимесячной в г. А., старшая из 7 детей. Раннее развитие происходило в соответствии с возрастом. Во время Отечественной войны в 1942 г. переехала с матерью в О-ую область. Отец пропал без вести на фронте в 1941 г. В школу пошла с 7 лет, училась удовлетворительно, точные науки были трудны для усвоения, лучшая успеваемость была по литературе, русскому языку, истории. В классе была общительной, имела много подруг, которые уважительно относились к её советам. Во время ответов на уроке всегда испытывала волнение, терялась, когда учителя относились «слишком строго», «не могла собраться с мыслями». После окончания 10 классов в 1955 году пыталась поступить в педагогический институт на филологический факультет, но после неудачи на первом экзамене близкой подруги, несмотря на более удачный свой результат, забрала вместе с ней документы и с группой других близких подруг поступила в училище в г. Н., после окончания которого, через год получила специальность геодезиста, по распределению работала 1, 5 года в Ч-ой области. Поступила на обучение заочно в О-ий педагогический институт, одновременно работая в родном селе учителем начальных классов. В 1962 году после замужества переехала в г. О., работала учителем в школе, к этому времени закончила педагогический институт. Работала учителем до мая 2001 года. С 2001 года вышла на пенсию.

В 1962 вышла замуж. Через год, в 1963 г., родила дочь. Муж с первого года совместной жизни стал злоупотреблять алкогольными напитками, в состоянии алкогольного опьянения был агрессивен. В 1972 году родила сына. Летом 1973 года дочь в возрасте 10 лет трагически погибла, после этого «около 10 лет не могла прийти в себя». Первый год после гибели дочери отношения с мужем стали ещё более напряжёнными, пациентка обращалась в ПНД, принимала антидепрессанты, проводились сеансы гипноза. В 1975 году после неоднократных ссор с мужем развелась с ним. Проживала с сыном. В 1992 году сын женился, обследуемая жила с ним и его женой, помогала в ведении хозяйства, занималась воспитанием внука, который родился в 1993 году.

В начале февраля 2001 года у пациентки пропал сын: «...ушёл из дома на работу и не вернулся». Розыск ни к чему не привёл. На протяжении месяца никаких известий о сыне не было. Пациентка продолжала работать. В то же время стала нарастать тревожность, более выраженная к вечеру, нарушился сон, постоянно возникали мысли о возможном несчастье с сыном, успокаивала себя мыслью о том, что он «... просто куда-то уехал и забыл предупредить». В середине марта при таянии снега был обнаружен его обезображенный труп (убийство с целью ограбления). «Стойко перенесла» процедуру опознания тела, похороны и поминки: «даже не было ни слезинки». Затем, «как-то мгновенно возникло чувство пустоты, безысходности». С этого времени снизилось настроение, пропал аппетит, практически постоянно плакала, «не находила себе места», в то же время при поддержке друзей, родственников пыталась активизировать себя работой в школе и на приусадебном участке. В мае 2001г. уволилась с работы: «поняла, что работать не смогу, не было никаких сил... смотрела



на учеников и постоянно думала только о сыне», старалась больше времени уделять внимание внуку. Но, тем не менее, состояние не улучшалось, постоянно вспоминала погибшего сына, нередко воспоминания о нём сменялись яркими представлениями «картины расправы над ним, его мучениями». Нередко просыпалась среди ночи «вся в поту» с чувством, что «он зовёт и просит помощи», остро ощущала потерю смысла жизни. Состояние усугубилось уходом к другому мужчине снохи вместе с внуком, в связи с чем, возникла дополнительная тревога за благополучие внука, при этом обвиняла сноху в противодействии встречам и общению с ним. По совету родственников обратилась за консультацией и лечением в ПНД. После месячного приёма амитриптилина состояние несколько улучшилось: нормализовался аппетит, стала больше спать. Однако вместе с тем усилилась слабость, жаловалась на головокружение, быструю утомляемость. Была госпитализирована в отделение неврозов и психотерапии.

Психический статус: охотно вступает в беседу. Ориентировка полностью сохранена. В беседе активна, старается захватить инициативу: в жалобах, рассказе о своих несчастьях довольно выражена драматизация. Основные жалобы на плохое настроение, слабость, головокружения и постоянные мысли о потере сына, своём одиночестве. На фоне эмоциональной лабильности преобладает сниженное настроение. На значимых событиях (смерть дочери и более актуальные обстоятельства гибели сына) на глазах появляются слёзы, самостоятельно быстро успокаивается. Делится переживаниями по поводу существующих отношений со снохой, при этом преобладают внешне обвинительные реакции в её адрес: «. . . ещё и девяти дней не прошло, а она уже начала развлекаться, я сначала этого не замечала, так как была в плохом состоянии, соседи открыли глаза». Высказывает беспокойство за судьбу внука, просит пойти ей навстречу и разрешить «ненадолго ходить домой к внуку. . . заниматься с ним, он до сих пор переживает смерть отца». Мышление слегка в замедленном темпе, несколько обстоятельное, инертное, сохранна способность к оперированию категориальными понятиями, выполнению абстрактных операций, заметных нарушений памяти не выявляется. Суицидальные мысли отрицает: «считаю это грехом», бреда галлюцинаций не обнаруживает.

Для полноты характеристики состояния больной представляем один из методов диагностики, используемый и с целью психотерапии «Письмо к сыну», написанное пациенткой по заданию врача: «Сынок, здравствуй!

*Вот уже шестой месяц как ты покинул нас: маму и свою семью. Такое горе я никак не ожидала, что меня ждёт в конце моей жизни и никак не могу свыкнуться с этой мыслью, что тебя нет и никогда более не придешь ко мне вечером: как ты приходил каждый день в 9 часов вечера и я продолжаю тебя ждать и прислушиваюсь к шороху в дверях и мне кажется, что сейчас откроется дверь и ты войдешь.*

*Как я тебя, люблю, скучаю и жду. И нет дня, чтобы я не плакала. Сейчас вот лечусь от этого страшного стресса, и сплю только вытис снотворное лекарство. Жизнь моя стала для меня никчёмной, нет никакой радости и желания что-нибудь делать и жду когда пройдет день и уснуть и забыться часов на 6 во время сна.*

*Какая не справедливая жизнь; какая была она прекрасной и счастливой до твоей кончины. Ежедневно разговариваю с тобой и спрашиваю: есть ли моя вина в твоей смерти: в предпоследний день я даже не спросила о том как ты чувствуешь себя, ты глядел на меня и молчал. Хоть увидеть бы тебя во сне и ты бы со мной поговорил. О боже, как стать прежней и утешить себя, я не знаю. Все пытаются мне помочь, но увы «нож» из сердца матери не вынешь никогда; пока не закроются мои глаза: я буду жить и мучаться и страдать. Всё не могу более писать (вся изрыдалась). Я тебя люблю, люблю: мой самый прекрасный, умный и красивый сынок; за что меня бог покарал так жестоко, не могу найти ответа. Целую жду твоя мама Л... »*

Соматический статус: кожа, слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс -64 удара в мин. Ритмичный, АД 140/85 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушены. Неврологический статус: зрачки равные, глазодвижения в полном объёме, реагируют на свет. Лицо симметричное. Сухожильные рефлексy одинаковые с двух сторон. В



позе Ромберга пошатывание, лёгкий тремор кистей вытянутых рук. Патологических рефлексов, менингеальных знаков не выявлено. Заключение специалистов: терапевт: хронический холецистопанкреатит, хр. гастрит, хр. пиелонефрит, ремиссия. ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты. СНО, гипертоническая болезнь 2 ст.; невролог: хр. атеросклеротическая дисциркуляторная энцефалопатия 1 ст., кохлео-вестибулярный синдром; гинеколог: органической патологии нет; окулист: без патологии; РЭГ: пульсовое кровенаполнение достаточное во всех бассейнах, симметричное. Несколько повышен тонус в сосудах мелкого калибра. Венозный отток не нарушен.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: психические процессы с лёгкой склонностью к замедленности темпа, с отдельными признаками инертности, тугоподвижности и невыраженной гиперстенической истощаемости. Мышление с сохранностью способностей к образованию категориальных понятий, выполнению абстрактно-логических операций, при некоторой тенденции к конкретно-функциональным построениям в усложнённых заданиях. Показатели памяти в нормативных пределах. В структуре личности (демонстративный тип акцентуации характера с эмотивным темпераментом) -стремление привлечь внимание к своим проблемам, с гиперболизацией имеющихся нарушений и тенденцией их соматизации, что также обусловлено нереализованной выраженной аффилиативной потребностью, а также патопротекторной низко дифференцированной структурой Эго-защиты (ведущие МПЗ -реактивные образования, проекция, подавление, регрессия) и дезадаптивными копинг-механизмами в поведенческой (отступление), когнитивной (растерянность) и эмоциональной (покорность) сферах.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы, 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

**64.** Больной мужчина 50 лет. Анамнез: поступает впервые. Мать и сестра наблюдаются у невролога по поводу сосудистого заболевания. Родился в семье служащих, младшим из 2-х детей. Семья жила в К-не. Отец являлся инвалидом 2 гр. после огнестрельного ранения в голову во время Отечественной войны. Дети были «приучены» ухаживать за больным отцом, помогать ему, воспитывались в ситуации гипернормативности. В школу пошел с 7 лет, закончил 8 классов, учился посредственно, предпочитал гуманитарные науки, в свободное время много читал, сильно переживал из-за своей внешности, так как был «толстым мальчиком» и носил очки. По характеру был спокойным, дисциплинированным, впечатлительным, педантичным, мягким. До 14 летнего возраста часто подвергался обидам со стороны сверстников, поэтому старался походить в поведении на них: рано испробовал курить, участвовал в драках, чем постепенно завоевал авторитет. После школы закончил железнодорожный техникум. Служил в армии в 1974-76гг. связистом, где сумел завоевать авторитет исполнительностью, организаторскими способностями, стойко переносил трудности службы, получил звание сержанта. После армии поступил в мединститут. Женился на 1 курсе, в 21 год, на одногруппнице. Это была первая девушка, с которой он предпочитал проводить досуг, она же явилась инициатором брака. Чтобы содержать семью бросил институт. Имеет 2-х детей, со старшим мальчиком отношения были всегда более близки: считал, что тому не хватало любви матери. Вначале работал на стройках в различных должностях среднего уровня, после заочного окончания политехнического института преподавал в техникуме связи. Развелся с женой после 10 лет совместной жизни по её инициативе. Развод сильно и длительно переживал, винил себя в недостаточной способности к семейной жизни. Десятилетний сын остался жить с отцом по собственному желанию, дочь осталась с матерью. Пациент охладил к дочери, которой тогда исполнилось 3 года, так как «она воспитывалась другим мужчиной по другим принципам». С



тех пор и до настоящего времени старается избегать каких-либо контактов с бывшей женой и дочерью. Испытывал чувство стыда из-за того, что его «бросили», боялся, что его будут обсуждать соседи и сослуживцы. По этой причине сразу же после развода поменял место жительства и перешел на другую работу -инструктором по технике безопасности в строительной организации и до настоящего времени старается избегать близких отношений с женщинами. Много времени уделял воспитанию сына. Так, например, чтобы заинтересовать его спортом, сам записался в секцию «каратэ», где достиг определенных положительных результатов и стал водить сына с собой на занятия. Из соматических заболеваний -гепатит В, хронический бронхит, хронический пиелонефрит, хронический колит, хронический холецистит, перелом лучевой кости правой руки, в 1988 разрыв ахиллового сухожилия левой ноги, с 1988 - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

В связи с обострившимися национальными отношениями в Казахстане был вынужден в возрасте 45 лет в 1999 году переехать с сыном и родителями в г. О. В результате переезда резко ухудшились жилищные условия, был вынужден продать «за бесценок благоустроенную квартиру» и купил старое неблагоустроенное строение малой площади на окраине О. -по типу «землянки». Сына же поселил с родителями (отец как инвалид и участник Великой Отечественной войны вскоре получил однокомнатную квартиру). В О. в течение года пациент не мог найти работу. Его тяготила полная материальная зависимость от родителей. После трудоустройства преподавателем в аграрный колледж получал малую зарплату, однако «прилежным трудолюбием» добился должности заведующего отделением. Новая должность принесла значительно большую нагрузку при несравненно малом улучшении материального благополучия. Постоянно опасался, что не справится со своими обязанностями, вынужден был часто перепроверять свою работу, документы, был обеспокоен тем грузом ответственности, которая была возложена на него, принимал «близко к сердцу» неприятности на работе. Личная жизнь также не приносила удовлетворения: узкий круг общения, отсутствие сексуального партнера, низкий материальный уровень, часто возникающие конфликты с сыном «из-за взглядов на жизнь» и материальных проблем заставляли себя чувствовать «беспомощным, беспринципным, ничтожным неудачником». На фоне таких неблагоприятных обстоятельств с 2000 года стали возникать сильные головные боли, снизилась работоспособность, ухудшилась, с точки зрения пациента, память, внимание, стали беспокоить выраженная утомляемость, раздражительность.

Смерть отца в 2000 г. еще больше ухудшила состояние: чувствовал себя виновным в том, что мало уделял ему внимания, не «оберегал» его. Отец умер внезапно в тот день, когда пациент сопровождал его в инстанцию для окончательного решения вопроса о предоставлении ему (отцу) большей по площади квартиры как ветерану войны. Смерть отца привела к невозможности решения этого вопроса. С этого времени головные боли стали «постоянными», что препятствовало полноценной работоспособности. Особенно интенсивные головные боли возникали на работе. Неоднократно обследовался амбулаторно и стационарно. Вернулся к работе на должность преподавателя, но со своими обязанностями не справлялся, усилилась забывчивость, утомляемость. Снова был вынужден взять больничный лист. Проводимая терапия состояния не улучшала. Был направлен в отделение неврозов и психотерапии для обследования и лечения.

Психический статус: к общению не стремится. Во время беседы предъявляет многочисленные жалобы: упорные головные боли, слабость, вялость, быструю утомляемость, снижение работоспособности: «чуть-чуть поработаю и как будто пелена перед глазами, всё плывёт. . . ». Особо подчеркивает невозможность справляться с работой, объясняя это снижением памяти, трудностями сосредоточения внимания. Физической (соматической) неполноценностью и ущербностью объясняет собственную несостоятельность как в профессиональной, так и личной жизни. Ригидно отстаивает мысли о собственной беспомощности, отметая любые положительные перспективы и возможности изменения настоящего положения вещей. Периодически даёт отказные реакции, особенно при затрагивании значимых тем: «... я перестал вас понимать», при этом обхватывает голову



руками, изображая боль и напряжение. Ухудшение здоровья соотносит со временем переезда из К-на, который привёл к значительному ухудшению материального благополучия, неопределённости социального статуса, несмотря на относительную стабилизацию этих обстоятельств в последнее время (получил работу, хотя и здесь отмечается некоторая неудовлетворённость: «... всё равно не то, что было прежде»). Отмечает также сниженный фон настроения, постоянно проводит связь изменения в состоянии здоровья с переездом: «произошло крушение всей жизни, нужно приспособливаться, бороться за выживание, а возраст уже не тот, нет никакой материальной базы. . . жильё подвального типа. . . а была благоустроенная квартира...» Постепенно тема финансовой и вторичной социальной несостоятельности выходит на первый план. При ретроспекции своей жизни фиксирует внимание только на отрицательных фактах, переоценивая их перспективную значимость. Драматично старается «объективизировать» своё болезненное состояние «роком», привлекая, с его точки зрения, сведения о «наследственных болезнях» в семье. Заявляет, что уже больше 10 лет «живёт в долг», т. к., якобы, продолжительность своей жизни ограничивал 40 годами. Обесценивает собственные достижения и успехи, в том числе в социальной сфере, которые противоречат «концепции неудачника». Фактически обвиняет себя в смерти отца, в неудачах семейной жизни, отношений с сыном. Себя характеризует общительным, тревожным, мнительным, педантичным и требовательным, особенно в отношении к себе, отмечает трудности при общении с противоположным полом, при этом ссылается на «неудачную личную жизнь. . . проблемы с женой. . . », после развода с которой «поставил крест на женщинах». Во время повествования пациентом о трагической смерти отца возник приступ интенсивной головной боли, пациент попросил прервать беседу, и затем, после выхода из кабинета, у него возникла рвота («едва добежал до туалета»). За время пребывания в отделении несколько улучшилось настроение, уменьшилась тревога, нормализовался сон. Сохранялись жалобы на головные боли, хотя частота «приступов» уменьшилась. Несмотря на проводимое психотерапевтическое лечение, продолжал ригидно настаивать на своей несостоятельности как физической, так и социальной, не допуская возможности положительной динамики его состояния.

Неврологический статус: лёгкий экзофтальм с 2-х сторон, больше справа. НистагмOID. Ослаблена конвергенция, лёгкая асимметрия носогубных складок. Рефлексы равные, симметричные. Чувствительность не нарушена. Тазовых нарушений нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Соматический статус: повышенного питания, кожный покров обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены ритмичные. Пульс 82 уд/мин, АД 130/90 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме за счёт подкожно-жировой клетчатки, печень по краю реберной дуги. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Заключения специалистов: конс. терапевта: гипоталамический с-м, с нарушением углеводного и липидного обмена. Ожирение 3 ст. Вегетативнососудистая дистония по гипертоническому типу. Хронический персистирующий гепатит, хронический холецистит, ремиссия. Язвенная болезнь. Язва луковицы 12-перстной кишки. Ремиссия, конс. невролога: синдром вегетативно-сосудистой дистонии по гипертоническому типу с упорной цефалгией; конс. окулиста: ОУ глазное дно – диск зрительного нерва с чёткими контурами, миопический конус, сосуды сужены. Миопия средней степени обоих глаз; РЭГ: снижено пульсовое кровенаполнение сосудов с повышением артериального тонуса. Лёгкая физиологическая асимметрия кровенаполнения, венозный отток умеренно нарушен.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: выявляется затяжной истерический внутриличностный конфликт между высоким уровнем притязаний и невозможностью их реализации с игнорированием реальных обстоятельств. Мнестико-интеллектуальные расстройства отсутствуют. Психические процессы несколько неравномерны с наличием невыраженных признаков истощаемости по гиперстеническому типу. В структуре личности дисгармоничное сочетание акцентуированных педантично-тревожных черт характера и эмотивного темперамента. Достаточно выраженной социальной дезадаптацией способствует



низко дифференцированная патопротекторная структура Эго-защиты (ведущие МПЗ – отрицание, регрессия, реактивные образования, проекция), а также дезадаптивная структура копинг-механизмов в поведенческой (отступление), когнитивной (растерянность) и эмоциональной (покорность) сферах.

Применялся как с целью диагностики, так и психотерапии метод «Написание сказки»

*«Была солнечная долина, высокая зеленая трава, ручеек хрустальной воды. Жизнерадостные твари весело сновали взад-вперед, и никому не было дела, никому не мешало, семейство добродушных пушистых зверьков. Но изменились времена и нравы обитателей долины. Начались Великие Перемены, пошла Великая травля. Семейство было вынуждено откочевать на север в глухие, мрачные, непроходимые дебри высохших лесов, спасаясь от, вдруг ставших агрессивными и опасными, тварей. И во время этого, почти панического бегства, семья распалась, растерялась по диким непроходимым чащам. И беззащитный зверек уже сам не понимал, как это получилось, что он абсолютно один, абсолютно беззащитный и никому не нужный оказался в норе под корнями полусгнившего пня. Он сам не осознавал, как это он ещё живой – находясь в постоянной опасности от близости свирепых соседей и титаясь, только по ночам, без шумно выползая из своей норы безвкусными и вызывающими отвращение корешками и листьями трав, ограниченный, запуганный, забитый, сидя в норе и вздрагивая от пугающих звуков и шорохов жил одной надеждой, что Создатель скоро призовет его себе и не будет суров к его грехам и прегрешениям, ибо понимая, что милосердие Создателя простирается далеко за пределы разумения его созданий. И раз, ещё, он не покинул свою телесную оболочку, значит некая миссия возложенная на него не до конца выполнена.*

*Живя в основном воспоминаниями, иногда в его ослабленном тельце всё же проскальзывала искорка жизни. Иногда он исподтишка подсматривал за жизнью случайных обитателей леса попавших в его зону обзора, но понимал, что им он если и будет нужен, то лишь как предмет для титания титца или как ненужная временная игрушка.*

*Не удержавшись, он попытался однажды подружиться с существом привлекательным и мягким, на его взгляд. И, несмотря на то, что не был отвергнут, он очень отчетливо понял свою ненужность и никчемность. А, тем не менее, чувство благодарности к не оттолкнувшему его, согревало до конца дней, пока мохнатая лапа со стальными когтями не извлекла его из норы и не отправила в смрадную вонючую пасть».*

Как следует из анамнеза у данного пациента расстройства начались после вынужденной миграции из К-на, где он был достаточно материально устроен: имел хорошую работу, жильё и т. п. : *«...Была солнечная долина, высокая зеленая трава, ручеек хрустальной воды. Жизнерадостные твари весело сновали взад-вперед, и никому не было дела, никому не мешало, семейство добродушных пушистых зверьков».*

В результате смены политического устройства в К-не с негативной национальной политикой в отношении русскоязычного населения пациент был вынужден, «бросив всё», покинуть страну и эмигрировать в Р-ию, в результате потеряв часть семьи (дочь и жену): *«Начались Великие Перемены, пошла Великая травля... И во время этого, почти панического бегства, семья распалась, растерялась по диким непроходимым чащам».*

И далее вся жизнь в аллегорически-эпатажной форме излагается только с негативных позиций: не приносящая удовлетворения (прежде всего материального) работа, жильё – землянка полуподвального типа на окраине города, отсутствие близких или людей, которые разделили бы с ним все трудности, описываются психологические защиты (отрицание, регрессия, проекция) и копинг-поведение (отступление, растерянность, покорность), выполняющие у данного пациента патопротекторную функцию, способствующую закреплению симптомов.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5)

каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); б) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

**65.** Больной в возрасте 48 лет, инженер, страдает артериальной гипертонией в течение последних 10 лет. Отличается трудолюбием, упорядоченным поведением, контактностью, повышенной аккуратностью и добросердечностью. Это делает его вполне приятным и уступчивым пациентом. Однако, в процессе терапии, зачастую нарушает назначенное лечение. При попытке объяснить необходимость соблюдения всех рекомендаций врача от лечения просто уходит, зачастую не является на психотерапевтические занятия.

1. Какую тактику должен выбрать психотерапевт в отношении данного пациента?

**66.** Больная С., 26 лет, научный сотрудник. До недавнего времени – практически здорова. Летом прошлого года, случайно оказалась на «большом поле, похожем на болото, когда начала его переходить, почувствовала, что почва становится очень мягкой, ноги вязнут, да еще и гроза началась...». Испытала острый страх, чувство беспомощности, «была близка к панике». Случайно была обнаружена другими грибниками, и ситуация разрешилась благополучно. По возвращению домой постепенно успокоилась, и, со слов, «вроде бы пришла в себя». Осенью того же года впервые поймала себя на мысли, что, при необходимости перейти в городе «широкую улицу или площадь» на душе становится «как-то неуютно, тревожно», а однажды «при сильном дожде», находясь на Дворцовой площади, «остро вспомнились переживания на зловещем болоте». С того времени постепенно сформировался «сильный внутренний страх» перед необходимостью преодоления больших открытых пространств, бледнеет, учащается сердцебиение, стала менять городские маршруты (избегая проспекты и площади) или, под разными предлогами, находить себе попутчиков. Долго не решалась обратиться к врачам, т. к. «было неловко, даже смешно, я же умом все прекрасно понимаю, я же выросла в этом городе, и никогда не боялась ни площадей, ни широких улиц, ни больших дворов». Поводом для консультации у психотерапевта послужило чувство «усталости от борьбы со своими причудами, они меня совершенно измотали и обессилили».

**Вопрос:**

1. Какой психопатологический симптом является ведущим в этом клиническом примере?

2. Варианты психотерапии?

**67.** Женщина в возрасте 27 лет, замужем ранее не была, находится в разлуке с сексуальным партнером, жалуется на подавленность, гнев, страх перед одиночеством и отсутствием перспектив выйти замуж. Ощущение чувства «полной пустоты» стало поводом к интенсивной еде. Порой даже не замечает, что и сколько съедает.

С детства всегда была полным ребенком. Сколько себя помнит, всегда на любое внешнее выражение каких-либо детских реакции мать и бабушка предлагали ей поесть. К подростковому возрасту стала считать себя «несовершенной», «несостоятельной» и очень ранимой. Сексуальный партнер, с которым у нее произошел разрыв, был первым мужчиной в ее жизни.

За последние 3 месяца прибавила в весе более чем 20 кг. Пыталась проходить курсы похудения, в том числе и до момента психотравмы, которые оказывались неэффективными.

1. Назовите причину нарастания ожирения.

2. Дайте психотерапевтические рекомендации.

**68.** Больная М., 31 г. поступила с жалобами на сниженное настроение, нарушение засыпания, поверхностный тревожный сон, повышенную раздражительность, агрессивность по отношению к членам семьи и коллегам по работе, повышенную утомляемость.



Из анамнеза: родилась средним ребенком в семье из двоих детей. Родители умерли. Мать страдала гипертонической болезнью, перенесла два инсульта, скончалась два года назад, отец скончался год назад после перенесенного инфаркта миокарда. Росла и развивалась нормально. Никаких поведенческих особенностей в детстве не отмечалось. В школу пошла в возрасте 7 лет, окончила среднюю школу и кулинарный техникум, работает поваром по настоящее время.

Состоит во втором браке, первый брак был расторгнут после супружеской измены мужа. Воспитывает ребенка 7 лет от второго брака, отношения в семье относительно ровные.

Считает себя больной около 2-х лет. После конфликта на работе, который продолжался около двух недель, стала раздражительной, плохо засыпала, лечилась амбулаторно, принимала транквилизаторы. В последние несколько месяцев состояние ухудшилось, больная стала особенно раздражительной, плохо спала, «не могла иногда заснуть до 4-5 часов утра», с вышеперечисленными жалобами обратилась в психиатрическую клинику.

Психическое состояние: больная ориентирована правильно в пространстве, во времени, собственной личности, контактна, обстоятельно с излишними подробностями рассказывает о себе, придает особую значимость обычным бытовым фактам. Настроение неустойчивое. Расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, нормальное по темпу, нарушений стройности ассоциативного процесса, продуктивных расстройств мышления нет, суицидальных мыслей не высказывает, Суицидальных мыслей нет, настроена на лечение.

**Вопрос:**

1. Перечислите психопатологические симптомы, имеющиеся у больной.
2. Тактика врача – психотерапевта?

**69.** Больной К, 34 года. При поступлении предъявлял жалобы на сниженное настроение, тревожность, нарушение сна. Анамнез: По данным из медицинских документов, со слов больного и его жены, сформировался гипертимным, общительным, педантичным, вспыльчивым. Учился на хорошо и отлично. Успешно окончил технический ВУЗ. За последние годы изменился по характеру: стал замыкаться в себе, задумываться «о смысле жизни, о мироздании». Периодически возникала беспричинная внутренняя напряженность, а вскоре появились навязчивые действия в виде стремления располагать все попавшие в поле зрения и находящиеся в своих карманах предметы в определенном порядке. Перестал уделять внимание жене, дочери, начал конфликтовать на службе и в семье, поздно возвращаться домой, заводить случайные знакомства, алкоголизироваться, в состоянии опьянения совершил кражу личных вещей. Часто жаловался на повышенную раздражительность, внутреннее напряжение, утомляемость, плохой сон, колющие боли в области сердца, снижение работоспособности. Около двух лет назад осенью ощущал выраженную путаницу мыслей, считал, что это результат воздействия спецслужб, которые организовали слежку за ним. Затем в середине зимы резко снизилось настроение, появилось чувство безысходности, «утраты цели». В дальнейшем усилились компульсивные влечения, раздражительность, конфликтность. Был госпитализирован в психиатрическую клинику. При поступлении был расторможен, импульсивен, многоречив, легко озлоблялся, бранился, стереотипно раскладывал лежащие перед ним на столе предметы правильной стопкой, наблюдались разорванность мышления и «монологи». После выписки получал поддерживающее лечение пролонгированным препаратом галоперидол-деканоат в дозе 2 мл в течение 4х месяцев. Затем самостоятельно прекратил принимать медикаменты из-за явлений нейролепсии. В течение последнего месяца изменился в поведении, стал раздражительным конфликтным, подозрительным, скрытным. При патопсихологическом исследовании выявлены грубые выраженные расстройства структуры, мотивации, динамики мышления по эндогенному типу.

**Вопросы:**

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

**70.** Пациента Н. Б. К., 40 лет, находящегося на амбулаторном лечении, беспокоили приступы удушья, чаще возникающие ночью и под утро, пароксизмальный кашель с отхождением небольшого количества стекловидной, вязкой мокроты. С детских лет страдает аллергическим дерматитом, вазомоторным ринитом. Приступы удушья начались в возрасте 35 лет вскоре после перенесенной пневмонии. В течение последнего года приступы удушья возникали спорадически. Больной пользовался ингаляциями В-адреноблокатора для купирования удушья. Последнее обострение началось две недели назад. Пароксизмы экспираторного диспноэ приняли упорный характер и с трудом купировались ингаляциями В-адреноблокатора. При рентгеноскопии грудной клетки выявлены явления эмфиземы. В анализах мокроты обнаружены эозинофилы, спирали

Куршмана и кристаллы Шарко-Ледена. В течение последних двух лет больной обратил внимание на снижение потенции и вслед за этим снижение либидо. При сборе анамнеза сексуальной сферы выявлено, что на фоне течения болезни и лекарственной терапии снизилось сексуальное влечение к женщине, стали реже, а затем почти пропали утренние эрекции, стало трудно добиться достаточной эрекции при проведении полового акта.

1. Определите причину сексуальной дисфункции.
2. Составьте рекомендации психотерапевтические

**71.** У больного Н. 23 лет наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родители здоровы. Беременность у матери протекала без осложнений. Родился в состоянии асфиксии. С первых дней жизни отставал в развитии, ходить начал к 2 годам, первые слова начал произносить в возрасте 7 лет. Из детских инфекций перенес корь, краснуху. До 8-летнего возраста отмечался ночной энурез. Больного пытались научить читать и писать, но безуспешно. Не мог учиться даже по программе вспомогательной школы. Дома элементарно себя обслуживал, под присмотром родителей выполнял простые трудовые процессы, помогал по хозяйству. С 16-летнего возраста является инвалидом I группы. До этого времени рос спокойным, вялым, малоподвижным. С начала пубертатного периода стали отмечаться состояния резко выраженного психомоторного возбуждения, становился злобным, агрессивным, проявлял нелепое эротическое возбуждение по отношению к матери. В связи с неправильным поведением неоднократно стационарировался в психиатрические больницы, получал хлорпромазин, перициазин.

Психическое состояние: стоит в своеобразной позе, выпятив живот, постоянно совершает однообразные движения согнутыми руками и пальцами рук. Инструкции выполняет с трудом, только простейшие. Не тяготится госпитализацией. Спокоен, несколько благодушен, дает односложные ответы, причем только на элементарные вопросы. Рассказать о себе ничего не может. Просьбы не высказывает, жалобы не предъявляет, речь олигофазичная, мышление конкретное. Больному не удаются даже элементарные обобщения. Не умеет читать и писать, считает в пределах десяти, но с ошибками. Не знает текущей даты, не может запомнить числа и месяца. Интересы крайне ограничены. Поведение больного в отделении носит однообразный характер, пассивно подчиняется режиму. Неряшлив, в отделении держится уединенно, ни с кем из больных не общается. Интересы ни к чему не проявляет. Знает свою койку в палате. Правильно называет свое имя и фамилию, но не знает, сколько ему лет. Безразличен к посещению родных, радуется лишь только принесенным ему передачам, которые тотчас съедает. Обстановкой отделения не тяготится.

**Вопрос:**

1. Ваш диагноз?
2. Возможная этиология заболевания?
3. Возможная тактика врача-психотерапевта?

**72.** В психиатрическую клинику на стационарное освидетельствование поступил гражданин



Р., 18 лет, направленный психиатром призывной комиссии военного комиссариата при проведении обследования лицам призывного возраста, призванным в Вооруженные Силы. Из сопроводительной медицинской карты известно, что родился в срок, в возрасте 1, 5 года перенес корь, осложнившуюся энцефалитом, в 7 лет дважды переболел пневмонией, в 15 лет – закрытый перелом костей предплечья. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. В школу пошел с 9 лет, окончил 3 класса «на одни тройки», в дальнейшем нигде не учился, «помогал дома по хозяйству». На осмотре сидит, низко свесив голову, голос тихий, слабо модулированный, речь примитивная, изобилует штампами. Конкретно-образное мышление преобладает над абстрактно-логическим. Запас общеобразовательных знаний крайне мал, не знает таблицу умножений, основные исторические даты. Интеллект низкий, пословицы и поговорки понимает буквально, не может отличить главный смысл от второстепенного. В суждениях прямолинеен, умозаключения непродуманны, по-детски наивны. Немного обучаем, способен механически запомнить 5 из 10 названных слов, однако при выполнении методики «Исключение предметов» выбирает объект только по конкретным признакам (например, при предоставлении сапога, ботинка, тапочка и перчатки исключает сапог, потому что «он больше»). При тестировании с помощью методики Равена IQ получил 62 балла. В целом, умственное развитие соответствует 10-11 летнему подростку.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Возможная этиология заболевания?
3. Тактика лечения и реабилитации?

**73.** Больная К. С. Ю., 26 лет, звукооператор. Из анамнеза известно, что мать пациентки страдала головными болями. Возникновение головных болей отмечено в подростковом возрасте; чаще головные боли возникали в предменструальный период. Вначале головные боли носили эпизодический характер и, как правило, возникали на фоне больших эмоциональных нагрузок (экзамены и т. д.). Головные боли носили пульсирующий характер, часто заканчивались тошнотой и рвотой. После приступа оставались жалобы на утомляемость. Пациентка ранее пользовалась различными болеутоляющими препаратами.

За помощью к врачам не обращалась. В последнее время головные боли носили упорный характер, до начала приступа появлялись явления мерцающей скотомы, затем развивалась пульсирующая головная боль, в ряде случаев боль оставалась до суток, в течение которых хотелось лежать, накрывшись одеялом, без движений. Больная начала все чаще принимать комбинированный препарат, оказывающий анальгезирующее и седативное действие, который скорее ослаблял болевые ощущения, чем купировал их. В 20 лет пациентка вступила в брак, в 21 год родила дочь. В период беременности приступы головной боли не повторялись. В 22 года она стала работать звукооператором, через некоторое время на высоте нагрузок, после ночных дежурств головные боли вернулись.

Семейная жизнь протекала спокойно, но на фоне головной боли пациентка стала отказываться от интимных отношений.

1. Определите психотерапевтические рекомендации.
2. Составьте механизм возникновения сексуальной дисфункции.

**74.** К врачу части обратились родители подростка 15 лет. Они рассказали, что последнее время их сын стал «совсем другим», резко ухудшилась успеваемость, из дома стали пропадать деньги и ценные вещи. Нередко он приходит домой «явно навеселе», однако алкоголем от него совершенно не пахнет. По телефону ведет «непонятные» разговоры, в которых то и дело проскальзывают слова: «черное», «дурь», «жураж», «банг». Изменился даже внешний облик: ходит сутулясь, прячет глаза, стал носить одежду с длинными рукавами даже в жаркую погоду. Появилось множество новых, «не внушающих доверие», знакомых, которые постоянно звонят,

ищут сына. Несколько раз не приходил домой ночевать, на замечания в свой адрес реагирует бурными эмоциональными вспышками. Иногда по ночам из комнаты сына доносятся приглушенные стоны, всхлипывания, скрежетание зубами и тихая ругань. На все вопросы родителей раздражительно отвечает: «Оставьте меня в покое!», или хватает телефон и пытается найти какого-то «Виктора», унижительно просит у него прощение, умоляет что-то «одолжить в последний раз». На контакт с родителями не идет, замыкается в себе или уходит из дома.

**Вопросы:**

1. Супруги спрашивают, что может быть с их сыном?
2. Какой предварительный диагноз можно предположить?
3. Психотерапевтические мишени?

**75.** Больной В., 18 лет, предъявил жалобы на вспыльчивость, раздражительность, конфликтность, неустойчивое настроение. Воспитывался по типу гиперопеки. Отец злоупотреблял алкоголем, был жестоким, властным, часто конфликтовал в семье. Обследуемый с детства был вспыльчив, груб, не мог себя сдерживать. В школе часто нарушал дисциплину, имел неудовлетворительные оценки по поведению. Рано начал курить, употреблять алкоголь, часто убегал из дома, время проводил в уличных компаниях, участвовал в драках, попадал в милицию. На работе с трудом адаптировался к регламентируемым условиям, тяготился требованиями начальства, грубил и пререкался, считал, что к нему предвзято относятся. На замечания реагировал болезненно, угрожал расправой. Во время стационарного обследования не уживался с больными, не подчинялся медицинскому персоналу, был эмоционально лабилен, на замечания отвечал аффективными вспышками. Заявлял, что если его выпишут в часть, то он что-нибудь с собой сделает. Рассказал, что дома во время ссоры ударил брата отверткой в лицо. Психотических расстройств не обнаруживал, коррекции поддавался с трудом.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз и тактика терапии?

**76.** Пациентка В. С. Д., 41 год, педагог. Беспокоят головные боли, после эмоционального напряжения, шумы в ушах, и гул по всему телу в течении последних 5 лет. Боится заболеть раком. По характеру тревожная, воспитывалась одной матерью, в условиях повышенной ответственности и эмоциональной холодности. В настоящий момент проживает одна, «мужчинами не складывается», по этому поводу очень переживает. На МРТ головного мозга - начальные признаки гипертрофии. Невролог не выявил выраженной патологии, сказал, что беспокоиться нет причин. Назначил циннаризин, мексидол и рекомендовал обратиться к психиатру. Препараты помогли, но ненадолго, пока принимала лекарства. Психиатр рекомендовал фенозепам, по полтаблетки 2 раза в день. Объяснил, что не надо переживать по пустякам и нервничать.

Однако патологические ощущения также появились сразу после прекращения медикаментозной терапии.

- 1 Назовите расстройство?
- 2 Определите механизм возникновения симптомов
- 3 Составьте план психотерапевтической работы.

**77.** Больной Р., 19 лет. В детстве практически не болел. Учился удовлетворительно, друзей не имел. По характеру сформировался нерешительным, впечатлительным, склонным к опасениям, сомнениям. Долго переживал неудачи, боялся трудностей, принятия самостоятельных решений. Приняв решение, длительно сомневался в его правильности, избегал самостоятельности. Поступил в ВУЗ на факультет государственного и муниципального управления, чтобы не огорчать мать, но не представлял, как будет руководить подчиненными. В процессе учебы не справлялся с нагрузками, терялся в сложной обстановке, «не хотел быть на виду». Настроение колебалось в сторону снижения, по вечерам долго не мог уснуть,



анализировал события прошедшего дня, вспоминал все обиды и неприятности. Неуверенность и скованность объяснял ожиданием насмешек, провокационных вопросов, собственных ошибок, нежеланием утратить авторитет у однокурсников. Считал, что приспособившись к шаблону проще, чем найти себя в новом деле. Не переносил несправедливость, поручения стремился выполнить добросовестно, скрупулезно, но не укладывался в сроки. При обследовании обратил на себя внимание замкнутостью, повышенной чувствительностью, тревожной мнительностью, постоянными сомнениями и колебаниями, пассивной защитой и стремлением избегать трудности. Из-за особенностей характера считал себя абсолютно не пригодным к воинской службе. Бред и галлюцинации не выявлял.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз и психотерапевтические мишени?

**78.** Клинический случай. Пациент 31 год. Обратился с жалобами на навязчивые действия и мысли (частое мытье рук счет, повторение определенных фраз и мыслей в голове), возникающие в ситуациях психоэмоционального напряжения.

Из анамнеза: Воспитывался в полной семье, наследственность психопатологически неотягощена. Раннее развитие без особенностей. ДДУ не посещал. По характеру: мягкий, мнительный, тревожный, сомневающийся в своих силах. Со стороны отца периодически испытывал давление, со стороны матери - гиперопеку. Получил высшее образование в ВУЗе, рекомендованном родителями. Профессиональное направление выбрал вопреки собственному желанию. Учился хорошо, но искреннего интереса к будущей профессии не испытывал. При первичном трудоустройстве потерпел неудачу, после чего возникли первые симптомы заболевания. По рекомендации невролога в течение двух месяцев посещал групповые занятия с целью овладения навыками саморегуляции и релаксации, после чего состояние стабилизировалось. Устроился на работу по специальности в одну из крупных компаний. Зарекомендовал себя с положительной стороны. В рамках перспективы карьерного роста получил предложение о переводе в головной офис (г. Москва). После переезда и выхода на новое место работы отметил ухудшение состояния: возобновились множественные жалобы, снизилась работоспособность, ухудшился сон, в связи с чем обратился за профессиональной помощью.

1. Наличие какого расстройства можно предположить в данном случае?
2. Какова основная цель лечения?
3. В рамках какого подхода наиболее эффективно психотерапевтическое вмешательство в данном случае?

**79.** Преподаватель философии, пациентка К., 38 лет, после развода обратилась с жалобами на постоянный плач, бессонницу, постоянные головные боли. Муж ушел от нее, узнав об измене. Сейчас живет один. Сама сожалеет о произошедшем, говорит, что муж «такой спокойный, как раз для меня». На попытки помириться с ним - не реагировал, сказал, что уйдет в монастырь. Пыталась покончить жизнь самоубийством месяц назад, проглотив 20 таблеток феназепамы, но мать вовремя заметила сонливость, вызвала скорую. Врачи скорой помощи, оказав помощь, и взяв подпись об отказе от госпитализации, уехали, так как больная «клятвенно» заверила врачей, что раскаивается, и больше такого не повторится. В психическом статусе - гипомимична, постоянно плачет, сидит ссутулившись. В настоящий момент мысли о самоубийстве категорически отрицает.

**Вопросы:**

- 1 Назовите расстройство, механизм его возникновения
- 2 Составьте план психотерапевтической работы.

**80.** Больной Т., 18 лет, единственный ребенок в семье, воспитывался матерью, так как отец семью оставил. В раннем возрасте болел детскими инфекциями. С детских лет отличался

впечатлительностью, стеснительностью, мнительностью, обидчивостью. Учился с трудом, стеснялся отвечать у доски, переживал, что все у него получается хуже, чем у сверстников. После школы поступил в автомобильный техникум. Адаптация к учебе была затруднена с первых дней. На фоне учебных нагрузок снизилось настроение, часто уединялся, плакал, плохо переносил повышение психических и физических нагрузок. Не смог освоить вождение автомобиля, возникали мысли о собственной неполноценности, боялся отчисления, заявлял, что покончит с собой. Тяжело переносил насмешки однокурсников. Тревожился по пустякам. По ночам плохо спал, снились тревожные сны. Психотических расстройств не обнаруживал.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Тактика терапии?

**81.** Пациентка 29 лет. Обратилась с жалобами на проблемы со сном (поверхностный сон, ранние пробуждения), подавленное настроение, потерю веса, раздражительность, утомляемость, «сложности при выполнении ответственных задач, требующих концентрации», конфликты с гражданским мужем.

Из анамнеза: единственная дочь в семье. Раннее развитие без особенностей. Воспитывалась в условиях жесткого контроля со стороны родителей, определивших главной жизненной целью достижение успеха, высокого положения в обществе, без учета личностных особенностей и возможностей дочери. По характеру: замкнутая, тревожная, ответственная. Посещала ДДУ и множество дополнительных занятий. За неудачи были предусмотрены наказания с применением физической силы. Закончила школу с углубленным изучением иностранных языков. Учеба в школе давалась с трудом. Следуя требованиям родителей, стремилась превзойти одноклассников в учебе, затрачивая на это массу усилий, часто в ущерб отдыху и ночному сну. Имеет высшее образование (диплом с отличием). В возрасте 23 лет вышла замуж за однокурсника, отличавшегося мягким, уступчивым характером. Через два года брак расторгла, аргументируя свое решение «мягкотелостью супруга и отсутствием у него личностного стержня».

В родительскую семью не вернулась. Проживала самостоятельно. Поступила в аспирантуру. Во время работы над кандидатской диссертацией вступила в гражданский брак с научным руководителем, со стороны которого в последние несколько месяцев испытывает «психологическое давление и жесткую критику», что является причиной частых конфликтных ситуаций и появления вышеозначенных жалоб.

**Вопросы:**

1. Наличие какого расстройства можно предположить в данном случае?
2. Какова основная цель лечения?
3. В рамках какого подхода наиболее эффективно психотерапевтическое вмешательство в данном случае?

**82.** Пациентка А., 30 лет, обратилась с жалобами на страх перед полетами, учащенное сердцебиение, ощущение удушья даже при мысли о том, что она должна сесть в самолет.

Жалобы появились два года назад, когда во время «воздушной ямы» сидящий впереди ребенок вдруг завыл. При этом, так как муж - хоккеист, работающий в другом городе, ей приходится с ребенком, сыном 4 лет, часто совершать авиа-перелеты. При обращении - напряжена, но о себе говорит охотно, стремиться показать себя только с лучшей стороны. Имеет высшее юридическое образование, но не работает, так как «посвятила себя семье».

1. Укажите расстройство
2. Выберите тактику психотерапии.

**83.** Пациентка Ф., 28 лет, обратилась к специалисту из-за нейродермита, которым страдает 8 лет. Консультацию настоятельно рекомендовал дерматолог. Особых психогенных моментов, предшествующих появлению нейродермита, не смогла назвать, однако отмечает, что



обострения связаны с эмоциональными переживаниями. Живет одна, в профессии успешна, работает налоговым инспектором, работой довольна. В семнадцать лет была влюблена в сверстника, он ответил взаимностью, однако, после года интимных отношений, почувствовала, что он стал ей неинтересен. После этого были кратковременные отношения с мужчинами, которые не приносили ей ощущений удовлетворения. Сейчас признается, что уже не строит планов создать семью, вся энергия уходит на работу. Телосложение маскулинное, пониженного питания. Напряжена, сидит в закрытой позе, в самом начале консультации сказал, что не доверяет психологам и психотерапевтам из-за «возможного подсознательного воздействия».

Проанализируйте ситуацию, выберите тактику психотерапии.

**84.** Пациент К., 51 год, частный предприниматель. Обратился по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Болен в течении 15 лет, после инцидента на службе. Отмечает, что обострения связаны с психоэмоциональным перенапряжением, как на работе, так и дома. Женат, имеет двух дочерей. Жена относится с пониманием к болезни, однако периодически, вскользь упоминает о постоянной нехватке денег. Сам переживает это, так как бизнес идет с трудом, сейчас испытывает большие затруднения в работе. О себе говорит скупно, считает проявлением слабости обращение к психотерапевту.

Проанализируйте ситуацию, выберите тактику психотерапии.

**85.** Пациентка Э., 52 года, директор крупной финансовой компании. Жалуется на боли в области сердца, ощущение «перебоев, как будто сердце остановилось». Кардиолог исключил органический характер симптомов. Жалобы появились вскоре после того как узнала, что у мужа нетрадиционная сексуальная ориентация, около года назад. Сказала ей об этом взрослая дочь, которая обнаружила случайно переписку отца в интернете с любимым, подвела мать к компьютеру и сказала - «вот до чего твоя работа довела». В течение года пациентка пыталась восстановить интимную жизнь с мужем, которой не было уже около 15 лет, при этом отмечает, что никогда не испытывала потребности в этом. Однако её усилия привели только к ухудшению отношений. Сейчас собирается развестись с мужем, он категорически против этого, объясняя, что все-таки ощущает психологическую потребность в семье, в дочери, в сохранении социальных связей с друзьями семьи. Мужу 55 лет, занимает «хорошую должность», тщательно скрывает свою личную жизнь от посторонних, в течении 8 лет - в близких отношениях с женщиной младше его на 12 лет. На консультации настоял муж. так как хочет сохранить семью.

1. Укажите возможный диагноз
2. Определите тактику психотерапии.

**86.** Пациентка Д., 28 лет, обратилась по поводу приступов головокружения, тошноты, учащенного сердцебиения при эмоциональном напряжении. При обследовании у терапевта - патологии не выявлено. Данные симптомы беспокоят в течение последних двух лет, связывает их с отношениями с любимым человеком - В., проживающим в Англии. Сама замужем, муж знает об этих отношениях, но все прощает жене, лишь бы она от него не ушла. Она за это презирает его, говорит, что он не мужчина, однако не может жить самостоятельно, так как нигде не работает, «не позволяет здоровье». Имеет высшее неоконченное образование, обучалась в педагогическом университете.

Воспитывалась в основном папой, который во всем потакал дочери. Регулярно, каждую неделю, общается с В. по скайпу. Однако понимает, что она у него не одна, но уверена, что, если она к нему приедет, все будет по-другому. Сообщила вскользь, что он употребляет наркотики, но при вопросах об этом - отводит глаза, переходит на другую тему. Характеризует себя только с положительной стороны, однако периодически в беседе звучат мысли о собственной неполноценности, необходимости что-то менять. При этом любит говорить о своей исключительности и стремлении к совершенству, хотя понимает, что это не совсем правильно. Имеет красивую, грамотную речь, обаятельна. Мечтает написать книгу о своих переживаниях к В., и приехать к нему.

Укажите расстройство, выберите тактику психотерапии.

**87.** Пациент А., 44 года, бизнесмен, жалуется на периодические острые боли в области сердца. Боли начались остро, четыре дня назад, приехавшая скорая помощь исключила ИБС, направили на консультацию к неврологу. Невролог также исключил органический характер болей, направил к психологу и к психотерапевту. Пациент подавлен, сидит ссутулившись, в глаза не смотрит, делает большие паузы перед ответом, голос тихий, монотонный, после некоторого замешательства выдохнул - «женой проблемы» - заплакал, закрыв лицо руками.

Постепенно рассказал, что неделю назад узнал об измене жены, 35 лет, со своим охранником. Суицидальные мысли активно не высказывает, однако на вопрос об их ответ отрицательно после длительной паузы.

1. Укажите расстройство,
2. Варианты психотерапевтической тактики

**88.** У больного Л., 34 лет, находящегося в инфекционном отделении по поводу крупозной пневмонии, несколько дней подряд сохранялась высокая температура. На этом фоне у Л. стали наблюдаться эмоциональные нарушения от немотивированной эйфории до экстаза. В дальнейшем у больного обнаружилась нарастающая отрешенность от окружающего, двигательная заторможенность наряду с «богатым» мимическим полиморфизмом: на лице сменяли друг друга гримасы недоумения, благодушия и ужаса. Параллельно с этим отмечалась полная дезориентация в пространстве, времени и собственной личности. В течение двух дней Л. был практически недоступен смысловому контакту, неподвижно сидел на кровати, изредка вздрагивая и взмахивая руками. При возобновлении контакта он отрывочно, но все же достаточно подробно рассказал, что «участвовал в сотворении мира», «был в аду», где над ним «веками проводились изощренные нескончаемые пытки», видел «извержение Везувия, разрушение зданий, гибель Помпеи» и т. д. События реальной действительности и свое поведение в этот период практически не помнит.

**Вопросы:**

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

**89.** Больная М. 42 г., при поступлении предъявляла жалобы на быструю утомляемость, слабость, снижение работоспособности, чувство внутреннего напряжения, нарушение сна. Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась первым ребенком в семье из двух детей. Родители психическими заболеваниями не страдали. В школу пошла в 7 лет, училась в основном на «хорошо». Окончила среднюю школу, после чего поступила на работу, в настоящее время работает лаборантом в институте. Замужем, имеет 2-х детей – 20 и 16 лет. Отношения в семье носят спокойный доброжелательный характер.

Заболела два года назад, когда работала на ночной работе, при этом нарушился сон, стали беспокоить дискомфортные ощущения в области сердца, больная не могла самопроизвольно заснуть, принимала валериану, успокоительные микстуры, транквилизаторы. В течение последних двух месяцев сон нарушился полностью, больная стала раздражительной, принимала до 10 таблеток феназепама в сутки, который ей не помогал. С перечисленными выше жалобами больная госпитализирована в психиатрическую клинику.

Объективно: больная ориентирована в пространстве, во времени и собственной личности. В контакт вступает охотно, напряжена, фиксирована на желании вылечиться от «нарушения сна», возможной сердечной патологии. Расстройств восприятия нет, мышление конкретное, нормальное по темпу, продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

**Вопрос:**

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Возможный диагноз?



### 3. Тактика лечения?

**90.** Больная К., 25 лет при поступлении в психиатрическую клинику предъявляла жалобы на тревогу, неуверенность в себе, боязнь начать общение с незнакомыми людьми, что негативно влияет на профессиональную деятельность, нарушение сна (нарушение засыпания).

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась от нормальной беременности и родов единственным ребенком в семье. Мать и отец живы и здоровы.

В школу пошла 7 лет, училась на «хорошо» и «отлично». Окончила среднюю школу, затем университет МВД. В возрасте 19 лет вышла замуж, как отмечает больная, муж ее не удовлетворял в сексуальном плане, из-за чего она с ним рассталась через год. Воспитывает сына 5 лет.

Больная от рождения отличалась тревожным характером, однако, в течение последних двух месяцев тревога усилилась, что, как заявляет больная, связано с защитой диплома в ВУЗе, где она обучается. В течение последних нескольких недель у больной нарушился сон, при этом она самостоятельно принимала феназепам, который ей «мало помогал». В период защиты диплома состояние вновь ухудшилось. С вышеперечисленными жалобами больная была госпитализирована в психиатрическую клинику повторно.

Объективно: больная ориентирована в пространстве, во времени и собственной личности. В контакт вступает охотно, излагает жалобы с тревогой, отмечаются выраженные вегетативные реакции в виде покраснения лица. Фиксирована на желании улучшить свое состояние. Нарушений восприятия нет. Мышления нормальное по темпу, конкретное, уровень обобщений нормальный, продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

#### **Вопросы:**

- 2 Какой синдром наблюдается у больной?
- 3 Диагноз возможный и лечение?

**91.** Больная Г., 50 лет, при поступлении предъявляла жалобы на раздражительность, нарушение сна (нарушение засыпания), снижение работоспособности. «Днем нет бодрости». В последний год больная стала особенно раздражительной, повышает голос на членов семьи, сотрудников трудового коллектива, которым она руководит.

Из анамнеза: родилась единственным ребенком в семье. Родители психическими заболеваниями не страдали. В школу пошла 7 лет, училась на «хорошо» и «отлично», после школы окончила институт. Больная постоянно работает по специальности. Замужем, имеет сына 24 лет.

Заболела примерно, пять лет назад, когда больная стала заниматься бизнесом, часто работала в ночное время, мало спала, в психиатрических лечебных учреждениях больная ранее не лечилась. В течение последних трех месяцев отмечалось ухудшение самочувствия, больная стала более раздражительной, нарушился сон, ухудшилась память. Перечисленные обстоятельства послужили основанием для госпитализации в психиатрическую клинику.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, настроение неустойчивое, отмечаются выраженные вегетативные реакции, в момент беседы больная часто раздражается. Расстройства восприятия отсутствуют. Мышление последовательное, уровень обобщений средний, нормальное по темпу, без нарушений стройности ассоциативного процесса, продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

#### **Вопрос:**

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Дифференциальный диагноз

**92.** Больной Б., 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать

большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня «вработывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница!». Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение; склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

**Вопрос:**

- 3 Оцените описанные психопатологические проявления
- 4 Предположите диагноз и лечение

**93.** Больная М, 43 года, поступила с жалобами на: онемение конечностей, тревогу, заикание во время волнения, чрезмерную душевную чувствительность, периодически возникающую плаксивость, подавленное настроение, снижение памяти, особенно на даты, «рассеянность», ухудшение зрения и слуха, общую слабость, нарушение сна.

Два года назад во время переезда из Кандалакши в Сертолово у больной начинает болеть дочь, которую госпитализируют, муж в это время находится в другом городе по работе. Больная получает известие, что ее мать находится в тяжелом состоянии, и едет в Уфу. После нескольких недель ухода мать умирает на руках у больной. Тогда же у больной появляются тревога, беспокойство, снижается настроение, больная становится рассеянной, на что начинают обращать внимание ее родственники. Значительно ухудшается слух на одно ухо, снижается зрение. В этом состоянии больная едет к семье на черноморский курорт, где ее самочувствие улучшается. Некоторое время больная чувствует себя неплохо, успешно работает, занимается семьей. Около года назад из-за старой проводки загорается небольшая комната с уборочным инвентарем на складе, подведомственном больной. Больная с помощником успешно тушит его, но помощник получает небольшие ожоги. Несмотря на минимальный материальный ущерб, после происшествия последовали серьезные разборательства с психологическим давлением на больную. Появляется онемение конечностей, заикание во время волнения, подавленность, тревога, сопровождающаяся снами тревожного содержания, ухудшается память, особенно на даты, больная становится плаксивой, рассеянной, нарушается сон.

Объективно: сознание не нарушено, ориентирована верно. В беседу вступает легко, на вопросы отвечает правильно, но обстоятельно, фиксируясь на второстепенных деталях, иногда с трудом подбирая слова. Речь экспансивная, громкая, образная, хорошо модулированная. Мимика яркая, соответствует переживаниям больной. Поведение упорядоченное, несколько демонстративна, однако дистанцию в общении соблюдает. Держится немного напряженно с лечащим врачом – «боится показаться сумасшедшей», насторожена по отношению к соседкам. Говорит, что легла больше с диагностической и профилактической целью. Грубых интеллектуально-мнестических нарушений нет. Мышление обычного темпа, последовательное, без структурных нарушений. Обманы восприятия не выявляет, бредовые идеи не высказывает. Настроение несколько снижено, подавлена, выражено тревожна. Без двигательных нарушений.

**Вопрос:**

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Диагноз?

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