

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА СПЕЦИАЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ПСИХОТЕРАПИЯ»**

Уровень образования - *Подготовка кадров высшей квалификации (ординатура)*  
Форма обучения - *Очная*  
Срок освоения ОПОП - *2 года*  
Кафедра – психиатрии, психотерапии, медицинской психологии с курсом неврологии  
Число ЗЕТ – 33  
Кол-во часов – 1188 часов  
Из них:  
Аудиторных – 792 часа:  
- лекции – 66 часов  
- семинарские занятия -179  
- клинические практические занятия – 547 часов  
Самостоятельная работа – 396 часов  
Форма итогового контроля - зачет

Ставрополь, 2022

Рабочая программа специальной дисциплины «*Психотерапия*» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (31.08.22 Психотерапия) (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным Приказом Министерства образования и науки РФ от 25 августа 2014 года № 1064

Рабочая программа специальной дисциплины «*Психотерапия*» обсуждена и одобрена на заседании кафедры психиатрии, психотерапии и медицинской психологии с курсом неврологии.

## **1. Цели и задачи освоения дисциплины**

Цель освоения дисциплины: врача-клинического ординатора по специальности «психотерапия» — подготовка квалифицированного врача психиатра, обладающего системой психиатрических знаний и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности психиатрии.

### Универсальные компетенции:

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3) <1>.

### Профессиональные компетенции:

профилактическая деятельность:

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

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);

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).

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи (ПК-6);

психолого-педагогическая деятельность:

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

### **Задачи дисциплины:**

#### Врач-специалист по психотерапии должен знать:

1. Нормативно-правовую базу по вопросам организации психотерапевтической помощи.
2. Основы развития здравоохранения и основные руководящие документы Правительства в области охраны здоровья населения в России.
3. Историю психотерапии.
4. Государственную политику и Законодательство в области психиатрии
5. Общие вопросы и принципы организации психотерапевтической помощи.
6. Взаимодействие лечебно-профилактических учреждений с органами социального обеспечения и другими общественными организациями.
7. Роль врача психотерапевта в психиатрической службе.
8. Социально-гигиенические аспекты инвалидности психиатрических больных
9. Особенности реабилитации психиатрических больных при различных заболеваниях
10. Пути формирования в отечественном естествознании представлений о психотерапии
11. Личностные особенности психотерапевтического больного
12. Знать теоретические основы психологии.

13. Знать основы общей психопатологии и закономерности болезненных изменений личности.
14. Знать современные подходы многомерной диагностики психических заболеваний: психозов, неврозов и других пограничных нервно-психических, психосоматических расстройств.
15. Знать теорию и практику лечебной коммуникации, психологические аспекты взаимоотношений психиатр-пациент, стили и ролевое поведение психиатра в разных лечебных ситуациях и с разными типами больных.
16. Знать основы психопрофилактики, психогигиены и организации реабилитационной помощи психическим больным.

**Врач-специалист по психотерапии должен уметь:**

1. умение проводить дифференциальную психофармакотерапию с использованием всех групп психотропных средств и разных способов их введения, включая внутривенный струйный и внутривенный капельный;
2. умение проводить курсовую противосудорожную терапию;
3. умение проводить дегидратационную и «рассасывающую» терапию при органических заболеваниях головного мозга;
4. умение корректировать расстройства сна;
5. умение проводить электросудорожную терапию;
6. умение проводить инсулино-коматозную терапию;
7. умение проводить активную амбулаторную терапию;
8. умение проводить алкоголь-антабусные пробы;
9. умение проводить активную амбулаторную терапию;
10. умение проводить амбулаторную поддерживающую терапию;
11. умение предупреждать побочные эффекты биологической терапии, включая: умение купировать злокачественный нейролептический синдром; умение корректировать хронические неврологические побочные эффекты терапии психотропными средствами; умение корректировать соматовегетативные побочные эффекты терапии психотропными средствами; лечение отравлений психотропными средствами;
12. Уметь диагностировать психозы, неврозы, психосоматические расстройства, расстройства личности.
13. Уметь формировать психотерапевтические навыки в сфере общения .
14. Уметь адекватно устанавливать контакт, строить продуктивные взаимоотношения психиатр-пациент, проводить психотерапевтическую беседу.

**Врач-специалист по психотерапии должен владеть:**

1. владеть методами обследования больных (анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
2. владеть оказанием экстренной помощи при неотложных состояниях соматического профиля, включая коматозные состояния, обусловленные повторными гипогликемиями, анафилактическим шоком, шоком, обусловленном приемом психотропных препаратов, острых токсико-аллергических реакциях, обусловленных приемом психотропных препаратов.
3. владеть тактикой оказания первой врачебной помощи психически больному с социально-опасными действиями;
4. владение методами транспортировки больного в остром психотическом состоянии.
5. методом искусственного кормления больных с отказом от пищи
6. методами купирования психомоторного возбуждения
7. методами купирования различных видов ступорозных состояний
8. методами психотерапевтического воздействия на психически больных

## **2. Место дисциплины в структуре ОПОП.**

Специальная дисциплина «Психотерапия» относится к обязательным дисциплинам базовой части основной образовательной программы высшего образования (ординатура).

В процессе исторического развития психиатрии и последовательного расширения границ предмета и исследования.

Происходит логически обоснованное, закономерное вовлечение в область интересов психотерапии смежных промежуточных состояний, расположенных на грани между выраженной патологией и нормальным сознанием личности, нормой её психического облика в целом. Эта благотворная и продуктивная по своим результатам «экспансия» психотерапии в обыденную жизнь людей оправдана.

Выявление психотерапевтом в сферах социальной, а так же сугубо интимной личной жизни человека истоков его нервно-психических страданий способствует изысканию новых профилактических, психогигиенических и терапевтических мер для их своевременного предотвращения.

В настоящее время человеческая личность, как объект изучения, словно в фокусе, собирает вокруг себя внимание и интересы философии, социологии, антропологии, психологии и медико-биологических дисциплин.

### 3. Требования к результатам освоения дисциплины.

Изучение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций:

п/№	Код компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства*
1.	УК-1	готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1,2,3	2,3,4,5	1,2,4,5,7	зачет
2.	УК-2	готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	4,5,6,8	1,5,6,8	2,6,7,8	зачет
3.	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и	2,6,7,8	5,6,10	1,2,7,8	зачет

		развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания				
4.	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	4,5,6,9	3,5,6	2,3,4,5	зачет
5.	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2,3,4,5	2,6,7,8	1,2,4,5,7	зачет
6.	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи	2,6,7,8	3,4,5,9	2,3,4,5	зачет
7.	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1,2,4	2,7,8	2,6,7,8	зачет

#### 4. Объем дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет: 33 зачетных единиц (ЗЕТ), 1188 часов.

№ п/п	Виды учебной работы	Всего часов
<b>1.</b>	<b>Аудиторные занятия</b>	<b>792</b>
	В том числе:	
	Лекции (Л)	66
	Семинарские занятия	180
	Клинические практические занятия (ПЗ)	546

<b>2.</b>	<b>Самостоятельная работа ординаторов (СР)</b>	<b>396</b>
	в том числе: Работа с литературными источниками	175
	Написание истории болезней	175
	Рефераты	46
<b>3.</b>	<b>Промежуточная аттестация (зачет)</b>	
	<b>Общая трудоемкость дисциплины</b>	<b>1188</b>

## 5. Содержание

### I. Содержание рабочих программ дисциплин (модулей)

Блок 1	Наименование дисциплин (модулей), тем, элементов и т.д.
	Обязательные дисциплины
	Специальные дисциплины
	Модуль 1 «Социальная гигиена и вопросы организации психотерапевтической помощи»
	Тема 1 Социальная гигиена и вопросы организации психотерапевтической помощи.
	Тема 2 Вопросы организации психотерапевтической помощи.
	Тема 3 Законодательство в здравоохранении, правовые вопросы организации психиатрической помощи и реабилитации больных.
	<b>Модуль 2 «ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ.»</b>
	Тема 1. Теоретико-методологические основы отечественной и зарубежной психотерапии.
	Тема 2. Теоретико-методологические основы зарубежной психотерапии.
	<b>Модуль 3. ПСИХОТЕРАПИЯ, ЕЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.</b>
	Тема 1. Предмет психотерапии и ее место в медицине.
	Тема 2. История возникновения и развития психотерапии.
	Тема 3. Физиологические основы психотерапии.
	Тема 4. Вопросы медицинской психологии
	<b>Модуль 4. СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ. МЕТОДИКИ ПСИХОТЕРАПИИ.</b>
	Тема 1. Клинико-физиологические основы психотерапии.
	Тема 2. Суггестивная психотерапия.
	Тема 3. Самовнушение.
	Тема 4. Аутогенная тренировка и прогрессирующая релаксация.
	Тема 5. Рациональная психотерапия.
	Тема 6. Групповая коллективная психотерапия
	Тема 7. Эмоционально – стрессовая психотерапия.
	Тема 8. Игровая психотерапия.
	Тема 9. Теоретические основы и главные направления недирективной психотерапии
	Тема 10. Психосинтез.
	Тема 11. Позитивная психотерапия
	Тема 12. Нейролингвистическое программирование.
	Тема 13. Трансактный анализ
	Тема 14. ЛОК – терапия
	Тема 15. Телесно-ориентированная психотерапия

Блок 1	Наименование дисциплин (модулей), тем, элементов и т.д.
	Тема 16. Символдрама
	Тема 17. Патогенетическая (лично-ориентированная) психотерапия
	Тема 18. Психобиологическая коррекция патологических стереотипов поведения.
	Модуль 5. ОСНОВЫ ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ. СЕМИОТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.
	Тема 1 . Учение о психопатологических закономерностях.
	Тема 2. Принципы классификации симптомов и синдромов.
	Тема 3. Астенический синдром.
	Тема 4. Аффективные синдромы
	Тема 5. Обсессивный синдром и его варианты
	Тема 6 . Синдромы деперсонализации дереализации.
	Тема 7 . Сенестопатический и ипохондрический синдромы.
	Тема 8 . Истерические синдромы
	Тема 9. Синдром сверхценных идей и паранояльный синдром
	. Тема 10. Синдромы психотических регистров
	Тема 11. Синдромы помраченного сознания и судорожные синдромы.
	Тема 12. Интеллектуально-мнестические синдромы
	Тема 13. Болезненные изменения личности
	Модуль 6. ПСИХОТЕРАПИЯ В КЛИНИКЕ НЕВРОЗОВ И ДРУГИХ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ.
	Тема 1. Психогении и их классификация.
	Тема 2. Психотерапия невроза страха
	Тема 3. Психотерапия истерии.
	Тема 4. Психотерапия фобического невроза
	Тема 5. Психотерапия невроза навязчивости
	Тема 6. Психотерапия депрессивного невроза и невротической депрессии.
	Тема 7. Психотерапия неврастении
	Тема 8. Психотерапия ипохондрического невроза.
	Тема 9. Психотерапия, прихотпрофилактика и экспертиза неврозов
	Тема 10. Психотерапия психогенных реакций и психозов
	Тема 11. Психотерапия ПТСР
	Модуль 7. ПСИХОТЕРАПИЯ В КЛИНИКЕ ПСИХОПАТИЙ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РАЗВИТИЙ ЛИЧНОСТИ.
	Тема 1. Психотерапия психопатий.
	Тема 2. Психотерапия патологических развитий личности. ПАЛ
	Модуль 8 . ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС.
	Тема 1. Психотерапия при травматической болезни.
	Тема 2. Психотерапия при атеросклерозе сосудов головного мозга
	Тема 3. Психотерапия непсихотических расстройств в результате внутричерепной инфекции
	Тема 4. Психотерапия психических расстройств в результате атрофических, дегенеративных мозговых нарушений и опухолей головного мозга.

Блок 1	Наименование дисциплин (модулей), тем, элементов и т.д.
	Модуль 9. ПСИХОТЕРАПИЯ В КЛИНИКЕ ШИЗОФРЕНИИ, АФФЕКТИВНЫХ ПСИХОЗОВ И ЭПИЛЕПСИИ.
	Тема 1. Психотерапия шизофрении
	Тема 2. Психотерапия аффективных психозов
	Тема 3. Психотерапия эпилепсии
	Модуль 10. ПСИХОТЕРАПИЯ В КЛИНИКЕ АЛКОГОЛИЗМА, НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ.
	Тема 1 . Психотерапия алкоголизма
	Тема 2. Психотерапия и психофармакология алкогольных психозов
	Тема 3. Психотерапия наркоманий и токсикоманий.
	Тема 4 . Организация наркологической службы РФ. Лечение больных, страдающих алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями.
	Модуль 11. ПСИХОТЕРАПИЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.
	Тема 1. Общие принципы психотерапии детей и подростков.
	Тема 2. Особенности методов частной психотерапии в младшем детском, среднем детском и подростковом возрасте.
	Тема 3. Лечебная педагогика при психических заболеваниях у детей и подростков
	Тема 4 Особенности специальной психотерапии при психопатологических синдромах и состояниях преимущественно детского и подросткового возраста
	Модуль 12. ПСИХОТЕРАПИЯ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ, ХИРУРГИИ И ДРУГИХ ОБЛАСТЯХ МЕДИЦИНЫ.
	Тема 1. Психосоматические расстройства.
	Тема 2. Психотерапия в клинике внутренних болезней
	Тема 3. Психотерапия в хирургии.
	Тема 4. Психотерапия в акушерстве и гинекологии.
	Тема 5. Психотерапия нарушений сексуальной сферы.
	Тема 6. Соматогении и их психотерапия.
	Тема 7. Психотерапия, психопрофилактика в спортивной медицине
	Тема 8. Психопрофилактика, психотерапия в промышленной гигиене и профпатологии

## 6. Распределение трудоемкости дисциплины

### 6.1. Разделы дисциплины, виды учебной работы и формы текущего контроля:

№	Наименование раздела дисциплины	Виды учебной работы (час)					Оценочные средства
		Л	Сем	ПЗ	СР	всего	
1	Модуль 1 «социальная гигиена и вопросы организации психотерапевтической помощи»	2	6	16	12	36	зачет
2	Модуль 2 «теоретико-методологические вопросы отечественной и зарубежной психотерапии»	4	11	33	24	72	зачет
3	Модуль 3. Психотерпия, ее физиологические основы и вопросы медицинской психологии.	4	11	33	24	72	зачет

4	Модуль 4. Специальная психотерапия. Методики психотерпии.	16	46	130	96	288	зачет
5	Модуль 5. Основы общей психопатологии. Семиотика психических расстройств.	4	11	33	24	72	зачет
6	Модуль 6. Психотерпия в клинике невротозов и других психогенных расстройств.	8	21	67	48	144	зачет
7	Модуль 7. Психотерапия в клинике психопатий и патопсихологических развитий личности.	4	10	34	24	72	зачет
8	Модуль 8 . Психотерапия невротоподобных расстройств в результате органических поражений цнс.	4	10	34	24	72	зачет
9	Модуль 9. Психотерапия в клинике шизофрении, аффективных психозов и эпилепсии.	4	10	34	24	72	зачет
10	Модуль 10. Психотерапия в клинике алкоголизма, наркоманий и токсикоманий.	8	23	65	48	144	зачет
11	Модуль 11. Психотерапия в детском и подростковом возрасте.	4	10	34	24	72	зачет
12	<i>Модуль 12. Психотерапия в клинике внутренних болезней, хирургии и других областях медицины.</i>	4	10	34	24	72	зачет
	ИТОГО	66	179	547	396	1188	

### 6.2. Распределение лекций:

п/№	Наименование тем лекций	Объем в часах
1.	Вопросы организации психотерапевтической помощи	1
2.	Законодательство о здравоохранении. Правовые вопросы организации психотерапевтической помощи.	1
3.	Медицинское деонтология и врачебная этика	1
4.	Теоретико-методологические основы отечественной психотерапии	1
5.	Теоретико-методологические основы зарубежной психотерапии.	1
6.	Предмет психотерапии и ее место в медицине.	1
7.	История возникновения и развития психотерапии.	1
8.	Физиологические основы психотерапии.	1
9.	Вопросы медицинской психологии	4
10.	Суггестивная психотерапия.	2
11.	Самовнушение.	1
12.	Аутогенная тренировка и прогрессирующая релаксация.	2
13.	Рациональная психотерапия.	1
14.	Групповая коллективная психотерапия.	3
15.	Патогенетическая (личностно-ориентированная) психотерапия	1

16.	Психобиологическая коррекция патологических стереотипов поведения	1
17.	Учение о психопатологических закономерностях.	1
18.	Современные состояния проблемы общей психопатологии.	1
19.	Астенический синдром.	1
20.	Аффективные синдромы.	1
21.	Обсессивный синдром и его варианты.	1
22.	Синдромы деперсонализации дереализации.	1
23.	Сенестопатический и ипохондрический синдромы.	1
24.	Истерические синдромы.	1
25.	Синдром сверхценных идей и паранояльный синдром.	1
26.	Синдромы психотических регистров.	1
27.	Синдромы помраченного сознания и судорожные синдромы.	1
28.	Интеллектуально-мнестические синдромы.	1
29.	Болезненные изменения личности.	1
30.	Психогении и их классификация.	1
31.	Психотерапия невроза страха.	1
32.	Психотерапия истерии.	1
33.	Психотерапия фобического невроза.	1
34.	Психотерапия невроза навязчивости.	1
35.	39. Психотерапия депрессивного невроза и невротической депрессии.	1
36.	Психотерапия неврастении.	1
37.	Психотерапия ипохондрического невроза.	1
38.	Психотерапия, Прихопрофилактика и экспертиза неврозов	1
39.	Психотерапия психогенных реакций и психозов	1
40.	Психотерапия ПТСР	1
41.	Психотерапия психопатий.	1
42.	Психотерапия патологических развитий личности. ПАЛ	1
43.	Психотерапия при травматической болезни.	1
44.	Психотерапия при атеросклерозе сосудов головного мозга.	1
45.	Психотерапия непсихотических расстройств в результате внутричерепной инфекции	1
46.	Психотерапия шизофрении	1
47.	Психотерапия аффективных психозов.	1
48.	Психотерапия эпилепсии	1
49.	Психотерапия алкоголизма.	1
50.	Психотерапия и психофармакология алкогольных психозов.	1
51.	Психотерапия наркоманий и токсикоманий.	1
52.	Организация наркологической службы РФ. Лечение больных, страдающих алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями.	1
53.	Общие принципы психотерапии детей и подростков.	1
54.	Особенности методов частной психотерапии в младшем детском, среднем детском и подростковом возрасте.	1
55.	Лечебная педагогика при психических заболеваниях у детей и подростков	1
56.	Особенности специальной психотерапии при психопатологических синдромах и состояниях преимущественно детского и	1

	подросткового возраста.	
57.	Психосоматические расстройства.	1
58.	Психотерапия в клинике внутренних болезней.	1
59.	Соматогении и их психотерапия.	1
	ИТОГО (всего - 66 часов)	66

### 6.3. Распределение тем клинических практических занятий:

п/№	Наименование тем практических занятий	Объем в часах
1.	Вопросы организации психотерапевтической помощи	8
2.	Санитарная статистика	8
3.	Физиологические основы психотерапии.	8
4.	Вопросы медицинской психологии	8
5.	Суггестивная психотерапия.	8
6.	Самовнушение	8
7.	Аутогенная тренировка и прогрессирующая релаксация.	8
8.	Рациональная психотерапия.	8
9.	Групповая коллективная психотерапия.	8
10.	Эмоционально – стрессовая психотерапия.	8
11.	Игровая психотерапия.	8
12.	Позитивная психотерапия	8
13.	Поведенческая психотерапия	8
14.	Патогенетическая (личностно-ориентированная) психотерапия	8
15.	Психобиологическая коррекция патологических стереотипов поведения	8
16.	Современное состояние проблемы общей психопатологии.	8
17.	Астенический синдром.	8
18.	Аффективные синдромы.	8
19.	Обсессивный синдром и его варианты.	8
20.	Синдромы деперсонализации дереализации.	8
21.	Сенестопатический и ипохондрический синдромы.	8
22.	Истерические синдромы.	8
23.	Синдром сверхценных идей и паранояльный синдром.	8
24.	Синдромы психотических регистров.	8
25.	Синдромы помраченного сознания и судорожные синдромы.	8
26.	Интеллектуальноамнестические синдромы.	8
27.	Болезненные изменения личности.	8
28.	Психогении и их классификация	8
29.	Психотерапия невроза страха.	8
30.	Психотерапия истерии.	8
31.	Психотерапия фобического невроза.	8
32.	Психотерапия невроза навязчивости.	8
33.	Психотерапия депрессивного невроза и невротической депрессии.	8
34.	Психотерапия неврастении.	8
35.	Психотерапия ипохондрического невроза.	8
36.	Психотерапия, прихопрофилактика и экспертиза неврозов	8
37.	Психотерапия психогенных реакций и психозов	8
38.	Психотерапия ПТСР	9
39.	Психотерапия психопатий.	23

40.	Психотерапия патологических развитий личности. ПАЛ.	16
41.	Психотерапия при травматической болезни.	9
42.	Психотерапия при атеросклерозе сосудов головного мозга.	9
43.	Психотерапия непсихотических расстройств в результате внутричерепной инфекции	9
44.	Психотерапия психических расстройств в результате атрофических, дегенеративных мозговых нарушений и опухолей головного мозга	9
45.	Психотерапия шизофрении	9
46.	Психотерапия аффективных психозов.	9
47.	Психотерапия эпилепсии	9
48.	Психотерапия алкоголизма.	16
49.	Психотерапия и психофармакология алкогольных психозов.	9
50.	Психотерапия Наркоманий и токсикоманий.	16
51.	Организация наркологической службы РФ. Лечение больных, страдающих алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями.	9
52.	Особенности методов частной психотерапии в младшем детском, среднем детском и подростковом возрасте.	9
53.	Особенности специальной психотерапии при психопатологических синдромах и состояниях преимущественно детского и подросткового возраста.	9
54.	Психосоматические расстройства.	9
55.	Психотерапия в клинике внутренних болезней.	9
56.	Психотерапия в хирургии.	9
57.	Психотерапия в акушерстве и гинекологии.	9
58.	Психотерапия нарушений сексуальной сферы.	9
59.	Соматогении и их психотерапия.	9
60.	Психотерапия, психопрофилактика в спортивной медицине.	9
61.	Психопрофилактика, психотерапия в промышленной гигиене и профпатологии.	10
	ИТОГО (всего - 547 часов)	547

#### 6.4. Распределение тем семинаров:

п/№	Наименование тем семинаров	Объем в часах
1.	Вопросы организации психотерапевтической помощи	1
2.	Система законодательства о здравоохранении. Правовые вопросы организации психотерапевтической помощи.	2
3.	Теоретико-методологические основы отечественной и зарубежной психотерапии	2
4.	Теоретико-методологические основы зарубежной психотерапии	2
5.	Предмет психотерапии и ее место в медицине.	2
6.	История возникновения и развития психотерапии.	2
7.	Вопросы медицинской психологии	2
8.	Суггестивная психотерапия.	2
9.	Аутогенная тренировка и прогрессирующая релаксация.	2
10.	Рациональная психотерапия.	2

11.	Групповая коллективная психотерапия.	2
12.	Эмоционально – стрессовая психотерапия.	2
13.	Игровая психотерапия.	2
14.	Теоретические основы и главные направления недирективной психотерапии	2
15.	Позитивная психотерапия	2
16.	Поведенческая психотерапия	2
17.	Патогенетическая (лично-ориентированная) психотерапия	2
18.	Психобиологическая коррекция патологических стереотипов поведения	2
19.	Учение о психопатологических закономерностях.	2
20.	Современные состояния проблемы общей психопатологии.	2
21.	Астенический синдром.	2
22.	Аффективные синдромы.	2
23.	Обсессивный синдром и его варианты.	2
24.	Синдромы деперсонализации дереализации.	2
25.	Сенестопатический и ипохондрический синдромы.	2
26.	Истерические синдромы.	2
27.	Синдром сверхценных идей и паранояльный синдром.	2
28.	Синдромы помраченного сознания и судорожные синдромы.	2
29.	Интеллектуально-мнестические синдромы.	2
30.	Болезненные изменения личности.	6
31.	Психогении и их классификация.	6
32.	Психотерапия невроза страха.	6
33.	Психотерапия истерии.	6
34.	Психотерапия фобического невроза.	6
35.	Психотерапия невроза навязчивости.	6
36.	Психотерапия депрессивного невроза и невротической депрессии.	6
37.	Психотерапия неврастении.	6
38.	Психотерапия ипохондрического невроза.	6
39.	Психотерапия, Прихопрофилактика и экспертиза неврозов	6
40.	Психотерапия психогенных реакций и психозов	6
41.	Психотерапия ПТСР	6
42.	Психотерапия психопатий.	6
43.	Психотерапия патологических развитий личности. ПАЛ	6
44.	Психотерапия при травматической болезни.	2
45.	Психотерапия при атеросклерозе сосудов головного мозга.	2
46.	Психотерапия Непсихотических расстройств в результате внутричерепной инфекции	2
47.	Психотерапия психических расстройств в результате атрофических, дегенеративных мозговых нарушений и опухолей головного мозга	2
48.	Психотерапия шизофрении	2
49.	Психотерапия аффективных психозов.	2
50.	Психотерапия эпилепсии	2
51.	Психотерапия алкоголизма.	2
52.	Психотерапия и психофармакология алкогольных психозов.	2
53.	Психотерапия Наркоманий и токсикоманий.	2
54.	Организация наркологической службы РФ. Лечение больных,	2

	страдающих алкоголизмом наркоманиями и токсикоманиями.	
55.	Особенности методов частной психотерапии в младшем детском, среднем детском и подростковом возрасте.	2
56.	Лечебная педагогика при психических заболеваниях у детей и подростков	2
57.	Особенности специальной психотерапии при психопатологических синдромах и состояниях преимущественно детского и подросткового возраста.	2
58.	Психосоматические расстройства.	2
59.	Психотерапия в клинике внутренних болезней.	2
60.	Психотерапия в хирургии.	2
61.	Психотерапия нарушений сексуальной сферы.	2
62.	Соматогении и их психотерапия.	2
63.	Психотерапия, психопрофилактика в спортивной медицине.	2
64.	Психопрофилактика, психотерапия в промышленной гигиене и профпатологии.	2
	ИТОГО (всего - 180 часов)	180

#### 6.5. Распределение самостоятельной работы ординатора (СР):

п/№	Наименование вида СР*	Объем в часах
1	Работа с литературными источниками	175
2	Написание истории болезней	175
3	Рефераты	46
	ИТОГО (всего - 396 часов)	396

### 7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

#### Список литературы.

#### 7.1 Основная литература

Печатные издания	Электронные издания
1. Незнанов, Н. Г. Психиатрия [Текст]: учеб. / Н. Г. Незнанов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 496 с. 2. Цыганков, Б. Д. Психиатрия. Основы клинической психопатологии [Текст]: учеб. для студ. мед.	1. Незнанов, Н. Г. Психиатрия [Электронный ресурс]: учеб. / Н. Г. Незнанов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 496 с. – Режим доступа: <a href="http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438282.html">http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438282.html</a> 2. Цыганков, Б. Д. Психиатрия. Основы клинической психопатологии [Электронный ресурс]: учеб. для студ. мед. вузов / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 384 с. – Режим доступа: <a href="http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421987.html">http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421987.html</a> 3. Психиатрия и наркология [Текст]: учеб. / Н. Н. Иванец [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 832 с. – Режим доступа: <a href="http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411674.html">http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411674.html</a>

<p>вузов / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 384 с.</p> <p>3. Психиатрия и наркология [Текст]: учеб. / Н. Н. Иванец [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 832 с.</p>	
---	--

## 7.2 Дополнительная литература

<b>Печатные издания</b>	<b>Электронные издания</b>
<p>1. Бунькова, К. М. Депрессии и неврозы [Текст]: рук. для врачей / К. М. Бунькова; под ред. проф. М. А. Кинкулькиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 176 с. (4 экз.)</p> <p>2. Воронков, Б. В. Психитрия детского и подросткового возраста [Текст] / Б. В. Воронков. СПб.: Наука и техника, 2012. – 288 с. (1 экз.)</p> <p>3. Левин, О. С. Диагностика и лечение</p>	<p>1. Бунькова, К. М. Депрессии и неврозы [Электронный ресурс]: / К. М. Бунькова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – Режим доступа: <a href="http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970419755.html">http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970419755.html</a></p>

<p>деменции в клинической практике [Текст] / О. С. Левин. – М.: МЕДпресс- информ, 2010. – 256 с. (1 экз.)</p> <p>4. Быков, Ю. В. Депрессии и резистентность [Текст]: практ. рук. / Ю. В. Быков, Р. А. Беккер, М. К. Резников. – М.: РИОР, 2013. – 374 с. (1 экз.)</p> <p>5. Психотерапия [Текст]: учеб. пособие для слушателей фак. послевуз. и доп. образования / под ред. В. К. Шамрея, В. И. Курпатова. – СПб.: СпецЛит, 2012. – 496 с. (4 экз.)</p> <p>6. Психиатрия [Текст]: нац. рук. / гл. ред.: акад. РАМНТ. Б. Дмитриева [и др.]. – М.: ГЭОТАР- Медиа. 2009. – 992 с. (5 экз.)</p>	
---	--

**Базы данных, справочные и поисковые системы, Интернет-ресурсы, ссылки.**

1. [www.psychiatry.ru](http://www.psychiatry.ru) - Главный сайт Научного Центра Психического Здоровья;
2. <http://www.go-psy.ru> – «Психологическая помощь и консультирование»;
3. *h*
4. <http://www.imaton> – Институт практической психологии;
5. *h*
6. <http://www.psyonline> – «Психотерапия и консультирование»;
7. <http://www.sciencedirect.com> - База данных мультидисциплинарного характера включает журналы по гуманитарным, социальным наукам, математике, медицине (всего 21 дисциплина);
8. ~~Электронная библиотека~~ Электронный ресурс: журнал «Вопросы психологии».

**8. Материально-техническое обеспечение дисциплины**

Реализация программы обеспечена оборудованными учебными аудиториями:

Кроме основных баз и четырех учебных комнат, в том числе комната для самостоятельного обучения ординаторов, занятия проводятся на базах:

- 1) Клиника пограничных состояний ФГБОУ ВО СтГМУ
- 2) Краевая клиническая психиатрическая больница № 1. ГБУЗ «СККСПБ№1»
- 3) Городская клиническая больница №3 ГБУЗ «ГКБ»
- 4) Краевой наркологический диспансер ГБУЗ СК «ККНД»

Площадь в совместном пользовании	786,6
Технические средства, используемые в учебном и научном процессах (указать количество):	
Компьютеры с доступом к сети Интернет	2
интерактивные доски	1
<i>r</i>	2
<i>.</i>	2
<b>Оборудование кафедры «Психиатрии, психотерапии и медицинской психологии»</b>	2
<i>n</i>	
<i>f</i>	5
<i>o</i>	

№	Наименование оборудования	Количество	За счет каких средств приобретено (федеральных, спонсорских)
1	Компьютер IBM	1	За счет федеральных средств
2	Компьютер «Алтай» в комплекте	1	За счет федеральных средств
3	ЭВМ ЭС 1-840 с монитором Электроника 32 ВТУ 201 М и катриджем с программой «Акабэн»	1	За счет федеральных средств

4	Прибор Ев-диагностики Прогноз-6	1	За счет федеральных средств
5	Прибор Ев-диагностики Прогноз-7 (пособие для оценки психофизического состояния ребенка)	1	За счет федеральных средств
6	Прибор «ВИКА БОС» (компьютерная система биологической обратной связи)	1	За счет федеральных средств
7	УФО аппарат	1	За счет федеральных средств
8	ДДГ- Комплект прямопоказывающих дозиметров	1	За счет федеральных средств
9	Интерактивная доска	1	За счет федеральных средств
10	Тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, аппарат для измерения АД, термометр, медицинские весы, ростометр, диктофон, сантиметровая лента, пеленальный стол, пособие для оценки психофизического состояния ребенка	1	За счет федеральных средств

### 9. Фонд оценочных средств:

1) В определение общественно здоровья, принятое в ВОЗ, входят элементы:	УК - 1
А) физическое, социальное и психологическое благополучие	
Б) возможность трудовой деятельности	
В) наличие благоустроенного жилища	
Г) материальное благополучие	
Д) физическое благополучие	
2) Наиболее значимое влияние на сохранение здоровья населения влияют все факторы, кроме:	УК - 1
А) уровня культуры населения	
Б) экологических факторов среды	
В) качества и доступности медицинской помощи	
Г) безопасных условий труда	
Д) ничего из перечисленного	
3) Задачи стационарной медицинской помощи населению включают следующие действия:	УК - 1
1) всё перечисленное	
2) круглосуточное медицинское наблюдение за больным	
3) квалифицированное диагностическое обследование	
4) проведение лечебных мероприятий по восстановлению здоровья	
5) проведение психотерапевтических мероприятий	
4) Медицинская деонтология - это:	УК - 2

1) прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики	
2) самостоятельная наука о долге медицинских работников	
3) наука о взаимоотношении врача и пациента	
4) организация эмпатических связей	
5) правильного ответа нет	
5) Соблюдение врачебной тайны необходимо:	УК - 2
1) всё перечисленное верно	
2) для защиты внутреннего мира человека	
3) для создания основы доверительности между пациентом и врачом	
4) организация эмпатических связей врача и пациента	
5) для поддержки престижа медицинской профессии	
6) Информированное добровольное согласие пациента	УК - 2
А) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства:	
Б) всегда	
В) в особых случаях	
Г) не всегда	
Д) по желанию пациента	
Е) на усмотрение врача	
7) Международная классификация болезней - это:	ПК - 5
1) система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с установленными критериями	
2) перечень наименований болезней в определенном порядке	
3) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу	
4) список заболеваний	
5) нет верного ответа	
8) Истерическое состояние связано прежде всего с функциональными нарушениями:	ПК - 5
1) в естественной соподчиненности основных инстанций высшей нервной деятельности	
2) в полушариях мозга	
3) в лобных долях больших полушарий	
4) в теменной области мозга	
5) в затылочной доле	
9) Неврастения – это (И.П. Павлов):	ПК - 5
1) болезненная форма слабого-общего и среднего человеческого типа	
2) продукт слабого-общего типа в соединении с художественным	
3) продукт слабого-общего типа в соединении с мыслительным	
4) продукт слабого-общего типа в соединении с художественным и мыслительным	
5) верного ответа нет	

10) Стресс (по Г. Селье) - это:	ПК - 6
1) неспецифический ответ организма на любое предъявлено ему требование; общий адаптационный синдром	
2) нервное вредоносное напряжение	
3) вид дистресса	
4) сильное потрясение	
5) негативное воздействие факторов окружающей среды на индивидуума	
11) Конечная цель жизни человека состоит в том, чтобы (Г. Селье):	ПК - 6
1) раскрыть себя наиболее полно с чувством уверенности и надежности, проявить свою «искру божью»	
2) обрести власть, славу, безопасность	
3) получать радость, наслаждаться	
4) незаметно пройти её, не наживая врагов	
5) дать жизнь потомству	
12) Уровень физиологического стресса наиболее низок (Г. Селье):	ПК - 1
1) в минуты равнодушия	
2) во время творческого вдохновения	
3) в минуты тихого духовного просветления	
4) во время большой радости	
5) в период влюбленности	
13) Психофизиология – наука (Д. Хэссет, 1978):	ПК -5
1) изучающая физиологические процессы человека при различных психологических состояниях	
2) близкая к психоанализу	
3) рассматривающая человека как социальное существо	
4) изучающая формы поведения человека в различных ситуациях	
5) нет верного ответа	
14) Существо эмоционально-стрессовой терапии по В.Е. Рожнову состоит:	ПК -5
1) в стремлении пробудить в пациенте возвышающие личность интересы противопоставить их болезненному расстройству, заставляющее пациента на высоком эмоциональном уровне изменить своё отношение к себе	
2) в шоковом, остро-массивном эмоциональном воздействии на психику пациента	
3) в стремлении смягчить изначальный антагонизм сознания и бессознательного	
4) в устранении любого стрессового влияния на индивидуума	
5) нет верного ответа	
15) Основными разновидностями эмоционально-стрессовых воздействий являются все перечисленные, кроме:	ПК -1
1) эндогенно-процессуальных воздействий	
2) психогенных воздействий	
3) стрессогенных воздействий	

4) хроническое психологическое стрессирование	
5) нет верного ответа	
16) В основе сложившихся в нашей стране психотерапевтических направлений лежат следующие теоретические подходы (Б.Д. Карвасарский):	ПК -5
1) всё перечисленное	
2) физиология высшей нервной деятельности	
3) достижения современной психофизиологии	
4) психология, социология	
5) педагогика	
17) Особого внимания заслуживают следующие психотерапевтические подходы:	ПК -5
1) всё перечисленное	
2) клиническая психотерапия	
3) личностно-ориентированная психотерапия	
4) эмоционально-стрессовая психотерапия	
5) клиническая психотерапия и личностно-ориентированная психотерапия	
18) Особенность клинической психотерапии состоит в том, что:	УК - 1
1) психотерапевт, будучи клиницистом, соотносит своё психотерапевтическое воздействие с клинической картиной	
2) истинной психотерапией считается лечение внушением, гипнозом, разъяснением и убеждением	
3) это лечение довольно тяжелых больных (в отличие от психокоррекции);	
4) использует методику психоанализа	
5) ничего из перечисленного	
19) В психотерапии выделяют все перечисленное, кроме (В.Е.Рожнов, 1985):	ПК -5
1) врачебной этики	
2) общей психотерапии	
3) частной психотерапии	
4) психотерапии, направленной на повышение сил больного в борьбе с болезнью;	
5) нет верного ответа	
20) К основным видам (методам) частной психотерапии относятся все перечисленное, кроме (В.Е.Рожнов, 1985):	ПК -5
1) модификации аутогенной тренировки	
2) рациональной терапии	
3) внушения в бодрствующем состоянии и гипнозе	
4) групповой психотерапии	
5) трудопсихотерапия	
21) В папирусе Эберса написано, что (В.Е.Рожнов и М.А.Рожнова, 1987)	ПК -5
1) заклинания благотворны в сопровождении лекарств; лекарства благотворны в сопровождении заклинания	
2) «Никанор параличный», у которого мальчик украл костыль, «вскочил, побежал за ним и стал здоров»	

3) «Человек становится сосредоточенным, ибо йога – это начало и конец»	
4) «Иди и, как ты веровал, да будет тебе»	
5) «Черный ворон несет смерть»	
22) Месмер (В.Е.Рожнов и М.А.Рожнова, 1987):	ПК - 6
1) ничего из перечисленного	
2) создал учение о животном магнетизме	
3) вызывал целительные кризисы, освобождающие больных от истерических расстройств	
4) полагал, что передает больным свои флюиды через "бакэ"	
5) разработал теорию относительности	
23) Брэд (Л. Шерток и Р. Соссюр, 1991):	ПК - 6
1) всё перечисленное	
2) полагал, что личность гипнотизера не оказывает серьёзного воздействия на развертывающиеся перед ним явления	
3) выдвинул психонейрофизиологическую теорию магнетизма	
4) полагал, что различные гипнотические феномены могут возникать в результате словесного внушения	
5) работал хирургом	
24) Дюбуа (С.И.Консторум, 1962):	ПК - 5
1) всё правильно	
2) называл рациональной психотерапию, которая имеет своей целью действовать на мир представлений пациента путем убедительной диалектики	
3) сущностью рациональной психотерапии считал логическое переубеждение больного	
4) полагал, что тревоги, ипохондрии психотерапевтических пациентов есть следствие ошибочных суждений	
5) активно выступал против применения гипноза как средства психотерапии	
25) Дежерин (С.И. Консторум, 1962):	ПК - 6
1) обстоятельно разъяснял больному функциональную природу его страданий, их этиологию, патогенез	
2) как и Дюбуа лечил гипнозом	
3) побуждал беспрекословно верить авторитету своего врача, любить его	
4) подчеркивал отсутствие важности постоянного эмоционального взаимодействия между врачом и пациентом	
5) отрицал, что принципиально важным условием исцеления больных является их вера в себя	
26) Куэ (В.Е.Рожнов - ред., 1974):	ПК - 6
1) назвал самовнушение "силой воображения"	
2) полагал, что формулу самовнушения надо произносить в утвердительной форме непременно в настоящем времени	

3) предложил специальные упражнения, направленные на вызывание чувства тяжести в теле;	
4) по происхождению немец	
5) никогда не работал психотерапевтом	
27) Шульц (В.Е.Рожнов - ред., 1979):	ПК - 6
1) занимаясь с пациентами своей аутогенной тренировкой, объяснял им физиологические основы метода; полагал, что для овладения его аутогенной тренировкой требуются месяцы	
2) к упражнениям низшей ступени тренировки относил упражнения в визуализации представлений	
3) считал, что явственное ощущение прохлады в области лба затрудняет занятия аутогенной тренировкой	
4) утверждал, что аутогенная тренировка не действует	
5) среди ответов нет правильного	
28) Бехтерев:	ПК - 6
1) занимался объективным рефлексологическим изучением личности, обучал своих пациентов приёмам самовнушения	
2) заложил основы отечественной религиозной психотерапии	
3) занимался с группами олигофренов	
4) не имеет отношения к психотерапии	
5) считал психоанализ единственным верным методом при лечении психических расстройств	
29) В известную психотерапевтическую триаду Бехтерева входят все следующие моменты, кроме (В.Е.Рожнов - ред., 1985)	ПК - 5
1) когнитивной беседы по Беку и анализа невротического конфликта	
2) разъяснительной беседы с группой больных	
3) гипноза	
4) обучения самовнушению	
5) верного ответа нет	
30) Гуманистические тенденции отечественной медицины прошлого века связаны прежде всего с именами (В.Е.Рожнов - ред., 1985)	ПК - 6
1) Мудрова и Дядьковского	
2) Ницше	
3) Вольфсона, Шопенгауера	
4) Зигмунда Фрейда	
5) Альфреда Адлера	
31) Гипнотические явления у животных в нашей стране изучал:	ПК - 6
1) Данилевский	
2) Боткин	
3) Захарьин	
4) Селье	
5) Бехтерев	
32) К широко известным отечественным психотерапевтам прошлого века относятся:	ПК - 5

1) всё перечисленное	
2) Рожнов	
3) Карвасарский, Свядош	
4) Каннабих	
5) Мудров	
33) Основные моменты концепции личности Мясищева включают:	ПК - 6
1) всё перечисленное	
2) биологически-органическое есть лишь условие личности	
3) главная характеристика личности – система её отношений (прежде всего с людьми)	
4) виды отношений разделяются на положительные и отрицательные	
5) и отношения, и установки В. Н. Мясищев рассматривает в качестве интегральных психических образований, которые возникают в процессе индивидуального опыта	
34) В структуру личности, предложенную Мясищевым входят следующие компоненты:	ПК -5
1) всё перечисленное	
2) психический уровень человека	
3) темперамент	
4) динамики реакций и переживаний личности	
5) соотношения психических свойств в их единстве	
35) Концепция личности А. Н. Леонтьева включает:	ПК -5
1) всё правильно	
2) личность есть продукт социально-общественного развития	
3) реальная основа личности – совокупность общественных отношений человека, реализуемых его деятельностью	
4) имеются смыслообразующие мотивы и мотивы-стимулы	
5) «внутреннее (субъект) действует через внешнее и этим само себя изменяет»	
36) Существо клинической оценки личности состоит в том, что:	ПК -5
1) личность патологическая или здоровая оценивается клиническим мышлением, опытом	
2) личность оценивается в её биологических особенностях	
3) рассматривается лишь темперамент	
4) во внимание принимаются только межличностные отношения	
5) правильного ответа нет	
37) Темперамент есть:	ПК -5
1) биологические, врождённые особенности индивидуальности, свойственные человеку на протяжении практически всей жизни	
2) всё равно, что характер	
3) всё равно, что личность	
4) единственный критерий клинической оценки личности	
5) нет верного ответа	

38) Леонгард (1976) предложил и описал следующие типы акцентуированных личностей:	ПК -5
1) гипертимический и аффективно-лабильный	
2) циклоидный	
3) шизоидный	
4) эпилептоидный	
5) истероидный	
39) В классификации типов акцентуаций характера по Личко выделяют:	ПК -5
1) лабильный	
2) шизоидный	
3) циклоидный	
4) эпилептоидный	
5) истероидный	
40) В структуре личности по Фрейдю существуют все следующие основные компоненты:	ПК - 6
1) всё перечисленное	
2) Ид	
3) Я	
4) Сверх -Я	
5) из перечисленного нет правильного ответа	
41) В структуре личности по Юнгу существуют все следующие основные компоненты сознания, кроме:	ПК - 6
1) архетипа.	
2) личного бессознательного;	
3) коллективного бессознательного;	
4) сознания;	
5) нет правильного ответа.	
42) По Фромму «социальный» характер формируется непосредственно:	ПК - 6
1) всё правильно.	
2) обществом;	
3) идеологией;	
4) культурой;	
5) конкретно-историческими условиями жизни;	
43) Основными положениями концепции личности Маслоу являются все перечисленные, кроме:	ПК - 9
1) оздоровление общества – это укрощение либидо;	
2) непрерывного стремления человека к самовыражению;	
3) человек обязан быть тем, чем он может стать;	
4) чем старше человек и чем выше он поднялся в иерархии потребностей, тем он свободнее;	
5) все потребности человека инстинктоидны или наследственно детерминированы.	
44) Основными положениями экзистенциальной теории являются (по Б.В. Зейгарник):	ПК - 9
1) всё правильно.	
2) человеческая психика, сознание не могут быть сведены к физиологическим механизмам;	

3) специфически человеческим является «рефлектирующее» сознание;	
4) посредством «рефлектирующего» сознания человек высвобождается из ситуации и противостоит ей;	
5) человек не может рассматриваться изолированно от окружающего мира, с которым он находится в постоянном взаимодействии;	
45) К типам понимания (познания) жизни (типы человека) по Шпрангеру, относятся:	ПК - 6
1) всё перечисленное.	
2) экономический человек;	
3) эстетический человек;	
4) социальный человек;	
5) религиозный человек;	
46) Миннесотский опросник (ММРП) включает в себя все следующие шкалы, кроме:	ПК - 9
1) наркомании;	
2) истерии;	
3) депрессии;	
4) психастении;	
5) паранойи.	
47) Методика чернильных пятен Роршаха состоит в том, что:	УК - 1
1) испытуемый интерпретирует чернильные пятна, имеющие симметричный характер: анализируется обыденность или оригинальность интерпретаций.	
2) испытуемый свободно бессознательно мажет чернилами бумагу;	
3) испытуемый интерпретирует чернильные пятна случайно и хаотически разбросанные на бумаге;	
4) испытуемый изображает на бумаге чернилами элементы своих снов;	
5) испытуемый должен угадать, что нарисовал автор чернильных рисунков.	
48) Тест незаконченных предложений - это:	ПК -9
всё перечисленное.	
1) одна из вербальных проективных методик;	
2) тест, способный выявить потребности личности;	
3) тест, способный выявить мотивы личности;	
4) тест, способный выявить психологические компенсаторные механизмы.	
49) Согласно функциональной психологии, разработанной Люшером, синий цвет, выбранный пациентом как самый приятный раскрывает его состояние:	ПК -5
1) покоя, удовлетворения;	
2) напряжения;	
3) возбуждения;	
4) активности;	
5) депрессии.	
50) Исследование уровня притязаний помогает выявить:	ПК -5
1) конфликт при истерии и конфликт при неврастении;	

2) шизофренические псевдогаллюцинации;	
3) резонёрское мышление;	
4) истинные галлюцинации органического генеза;	
5) шперрунг.	
51) Клинический метод изучения здоровой личности заключается в том, что:	ПК -5
1) особенности здоровой личности клинически оцениваются с точки зрения возможных их патологических заострений, «гипертрофий»;	
2) психологическими тестами исследуют душевноздорового;	
3) исследуется Миннесотским опросником личность соматически больного;	
4) исследуется для сравнения с патологической личностью;	
5) верного ответа нет.	
52) К самым известным экспериментально-психологическим методикам исследования мышления относятся:	ПК -2
1) все перечисленное.	
2) методики «исключения» («четвертый лишний»);	
3) методики «классификации»;	
4) метод «пиктограмм»;	
5) «проблема Эверье».	
53) К самым известным экспериментально-психологическим методикам исследования внимания относятся:	ПК -5
1) методика Шульте-Горбова и методика Торндайка;	
2) тест Бентона;	
3) метод «пиктограмм».	
54) «Психологическая защита» - это (В.Е.Рожнов – ред., 1979):	ПК -5
1) важнейшая форма реакции сознания на перенесенную психическую травму;	
2) феномены типа «вытеснения»;	
3) феномены типа «сублимации»;	
4) феномены типа «рационализации»;	
5) феномены типа «отрицание».	
55) Существо представлений Рожнова о взаимопотенцирующем синергизме сознания и бессознательного состоит в том, что:	ПК -2
1) правильного ответа нет.	
2) сознание постоянно сдерживает «порывы» бессознательных влечений;	
3) сознание усиливает бессознательные влечения;	
4) бессознательное потенцирует сознание;	
5) бессознательное обычно идет навстречу сознанию и находится в непримиримых противоречиях с сознанием	
56) Защитный психологический механизм «вытеснения» характерен для страдающих:	ПК -5
1) истерическим неврозом.	
2) неврозом навязчивых состояний;	
3) неврастенией;	
4) шизофренией;	
5) маниакально-депрессивным психозом.	

57) Для страдающих неврастениями характерна психологическая защита по типу:	ПК -5
1) ничего из перечисленного.	
2) шизоидизации;	
3) «интермиссии»;	
4) «агглютинации»;	
5) «агглютинации» и шизоидизации.	
58) Обсессивно-психастенический невротический конфликт обусловлен (по Мясищеву):	ПК -2
1) противоречием между моральными принципами, личными привязанностями; борьбой между желанием и долгом;	
2) противоречием между стремлениями личности и претензиями личности;	
3) противоречием между завышенными претензиями личности и недооценкой реальных условий;	
4) верного ответа нет;	
5) противоречием между стремлениями личности и претензиями окружающих.	
59) Неврастенический невротический конфликт обусловлен (по Мясищеву):	ПК - 9
1) ничего из перечисленного;	
2) борьбой между желанием и долгом;	
3) противоречием между стремлением и недооценкой требований окружающих;	
4) нарушением режима питания;	
5) приемом наркотических средств.	
60) Противоречие между возможностями личности и завышенными требованиями к себе приводит к возникновению:	ПК -5
1) неврастении.	
2) истерического невроза;	
3) невроза навязчивых состояний;	
4) шизофрении;	
5) эпилепсии.	
61) Многомерность невротических конфликтов обнаруживается в том, что:	ПК -5
1) все перечисленное.	
2) нездоровое стремление к личному успеху не соответствует реальным возможностям индивида;	
3) нередко возникают противоречивые тенденции между желаниями и возможностями;	
4) внутриличностные конфликты достаточно очерчены;	
5) существует противоречие между желанием человека и его возможностями.	
62) Внешняя картина болезни включает в себя:	ПК -5
1) все перечисленное.	
2) внешний вид больного со всеми деталями;	
3) все, что удастся получить инструментальными методами исследования;	
4) все то, что можно зафиксировать графически;	

5) все то, что можно зафиксировать числами, кривыми.	
63) Внутренняя картина болезни включает в себя:	ПК - 9
1) то, что знает больной о своей болезни из медицинской литературы; всю массу болезненных, тягостных ощущений.	
2) данные рентгенологического исследования;	
3) все то, что удастся получить с помощью биохимического исследования;	
4) внешний вид больного со всеми деталями;	
5) все то, что можно зафиксировать числами, кривыми.	
64) Медицинская психология - это:	ПК -5
1) отрасль психологии, изучающая психологические аспекты гигиены, профилактики, диагностики, лечения, экспертизы и реабилитации больных.	
2) отрасль психологии, занимающаяся экспериментально-психологической диагностикой душевных (в широком смысле) болезней;	
3) то же самое, что и психопатология;	
4) синоним психоанализа;	
5) наука, изучающая взаимоотношения психолога и пациента.	
65) Клиническая психология включает в себя:	ПК -9
1) нейропсихологию и соматопсихологию;	
2) нейролингвистику;	
3) психогигиену;	
4) психотерапию;	
5) психиатрию.	
66) В задачу медицинской психологии входит (М.М.Кабанов, А.Е.Личко, В.М.Смирнов):	ПК -1
1) все перечисленное.	
2) изучение психических факторов, влияющих на развитие болезней;	
3) изучение влияния тех или иных болезней на психику;	
4) изучение характера отношений больного человека с окружающей его средой;	
5) изучение психических факторов, влияющих на профилактику и лечение болезней.	
67) Э. Кречмер понимал медицинскую психологию как:	ПК -1
1) все перечисленное.	
2) психологию для врачебной практики;	
3) врачебную психологию;	
4) психологию на основании строгих естественнонаучных построений;	
5) психологию, для которой не может быть никакой разделительной черты между нормальной психологией и психопатологией.	
68) Клиническими направлениями (подходами) психотерапии, включенными в область клинической медицины, являются:	ПК -6

1) психотерапевтический подход Э.Кречмера.	
2) нейролингвистическое программирование;	
3) психоанализ Фромма;	
4) психоанализ Фрейда;	
5) суггестивная методика.	
69) Клинический психотерапевт – это врач, отправляющийся в своих воздействиях на пациента:	ПК -5
1) всего перечисленного.	
2) от структуры его симптомов и синдромов;	
3) от биологической индивидуальности пациента;	
4) от особенностей личности пациента;	
5) от клинического мироощущения (отношения к жизни).	
70) Клинический психотерапевт ведущим психотерапевтическим методом считает (М.Е.Бурно):	ПК -5
1) нет преимуществ в методах.	
2) психоанализ;	
3) экзистенциальный анализ;	
4) гипнотерапию и самовнушение;	
5) эмоционально-стрессовую психотерапию;	
71) Внушение обычно действует тем сильнее, чем:	ПК -5
1) сильнее охвачен пациент верой в психотерапевта;	
2) критичнее относится пациент к тому, что ему внушают;	
3) спокойнее, будничнее держится психотерапевт;	
4) лучше погода за окном;	
5) лучше настроение психотерапевта.	
72) Самыми известными способами определения внушаемости являются все перечисленные, за исключением:	ПК -5
1) протреники и способа Бехтерева с остро отточенным карандашом;	
2) «падения назад»;	
3) «падения вперед»;	
4) внушения одеревенения рук, сцепленных в «замок»;	
5) выделение слюны при упоминании лимона.	
73) Известными способами внушения в бодрствующем состоянии являются все перечисленные, за исключением:	ПК -5
1) способа П.И. Буля в затемненном помещении с вызыванием устрашающих образов;	
2) способа с предварительным внушением «полного безволия»;	
3) лечения сеансами внушения с пояснением механизма действия суггестии;	
4) внушение врач произносит пристально глядя пациенту в глаза, повелительным, не вызывающим возражений голосом;	
5) пациент ложится на кушетку, закрывает глаза и внимательно слушает психотерапевта.	
74) Широко используемыми способами косвенного внушения являются все перечисленные, за исключением:	ПК -5
1) «мнимых операций» при истерических болях; аппаратов для поддержания при истерических расстройствах движения;	

2) «завораживающего» многострочного рецепта;	
3) особого вкуса лекарства;	
4) незавершенное действие;	
5) выбор без выбора.	
75) Гипноз – это (в соответствии с известными взглядами в психотерапии):	ПК -1
1) условно-рефлекторный сон, вызванный внушением;	
2) вид онейроидного помрачения сознания;	
3) состояние легкой оглушенности, вызванное гипнотизацией;	
4) сон;	
5) способ психотерапевта получить контроль над сознанием пациента.	
76) Гипноз – это (в соответствии с психоаналитическими взглядами на гипноз):	ПК -1
1) все перечисленное.	
2) состояние влюбленности, лишённое прямой сексуальной направленности;	
3) регрессия к аутоэротической стадии развития либидо;	
4) освобождение загипнотизированного от власти собственного «сверх-Я»;	
5) высвобождение от давления Сверх-Я.	
77) Из множества способов спокойного гипнотизирования (по С. И. Консторуму) предпочтительно:	ПК -9
1) словесное внушение того, что, по существу, наступает и без внушения в силу чисто физиологических моментов; внушение покоя, сонливости;	
2) пассы;	
3) повторяющиеся монотонные звуки;	
4) повторяющиеся монотонные движения;	
5) фасцинация.	
78) К известным способам (методам) гипнотизации с воздействием на зрительный анализатор относятся:	ПК -5
1) все перечисленное.	
2) гипнотизация с внезапной вспышкой яркого света в темной комнате;	
3) метода фиксации взора;	
4) метода следовых образов	
5) фиксация взора на источнике света.	
79) К известным способам (методам) гипнотизации с воздействием на кожный анализатор относятся:	ПК -5
1) гипнотизация с помощью своеобразного «массажа» и с помощью «пассов»;	
2) гипнотизация с втиранием в кожу лба специального крема;	
3) гипнотизация с мягкой струйкой воздуха в носовые отверстия;	
4) гипнотизация тонкой струйкой воды, направленной на теменную область;	
5) гипнотизация постукиванием пальца по ушной раковине.	
80) Форель различает следующие степени гипноза, кроме:	ПК -9
1) оглушенности и обнубиляции;	
2) гипотаксии;	
3) сомноленции;	

4) сонливости;	
5) верного ответа нет.	
81)Каталепсия возникает (по Форелю):	ПК -5
1) во 2-й стадии гипноза;	
2) в 1-й стадии гипноза;	
3) в 3-й стадии гипноза;	
4) не возникает никогда;	
5) возникает в любой стадии.	
82)Гипнотический сомнамбулизм обычно появляется:	ПК -5
1) при углублении 3-й степени гипноза.	
2) сразу, с места;	
3) при углублении 2-й степени гипноза;	
4) не возникает никогда;	
5) возникает в любой стадии.	
83)Фракционный метод гипнотизации (по Фохту) состоит в том, что:	ПК -9
1) погружение внушением в гипноз время от времени прерывается;	
2) в этом способе гипнотизации ясно обнаруживается феномен «зубчатого колеса»;	
3) убаюкивание-внушение производится медленно, «по каплям»;	
4) внушение проводится единым блоком;	
5) верного ответа нет.	
84)Методика длительного гипноза-отдыха (по К.И.Платонову) заключается в том, что:	ПК -9
1) пациент отдыхает в гипнозе до 20-ти часов в сутки;	
2) пациент отдыхает в гипнотическом состоянии 0,5 часа;	
3) естественный ночной сон пациента превращается на всю ночь в гипнотический;	
4) пациент отдыхает в гипнозе до 7-ми часов в сутки;	
5) пациент отдыхает в гипнозе до 5-ти часов в сутки.	
85)Методика удлиненной гипнотерапии (по В.Е.Рожнову) заключается в том, что:	ПК -6
1) в гипнозе проводится мотивированное сократическое внушение.	
2) у больных алкоголизмом вызывается внушением душевное напряжение;	
3) техника гипнотизации основывается на эмоционально-смысловых суггестивных формулах, глубоко затрагивающих личность гипнотизируемого;	
4) пациент находится в состоянии бодрости;	
5) больного невозможно вывести из сомнамбулического гипноза.	
86)Самогипноз по (Л. Шертоку) характеризуется всем перечисленным, кроме:	ПК -2
1) достигается легче, чем гетерогипноз; у одного и того же человека глубже, чем гетерогипноз;	
2) достигается труднее, чем гетерогипноз;	
3) в виде глубокого транса при использовании методики самообучения невозможен;	

4) достигается труднее, чем гетерогипноз, в виде глубокого транса при использовании методики самообучения невозможен	
5) ответа нет.	
87)«Истерический гипноид» (по С.И.Консторуму) выражается в том, что:	ПК -5
1) во время гипноза разворачивается картина истерического припадка или – дрожание, метание, стоны;	
2) больного невозможно вывести из сомнамбулического гипноза;	
3) пациент при гипнотизации впадает в летаргию;	
4) пациент во время гипнотизации изображает другого человека;	
5) пациент бормочет под нос несвязные предложения.	
88)Гипнотерапия противопоказана всем перечисленным больным, кроме:	ПК -5
1) пациентов, у которых гипнотический транс провоцирует выраженную релаксацию;	
2) больных с эпилепсией и припадками;	
3) больных с бредовыми психотическими расстройствами;	
4) больных с лихорадкой;	
5) у беременных.	
89)Наркогипноз - это:	ПК -5
1) лечебное содержательное внушение в неполном гексеналовом наркозе;	
2) усиление гипнотического сна введением препарата со снотворным действием;	
3) введение в транс при помощи наркотических средств;	
4) случайно возникающее состояние гипнотического сна при наркотическом опьянении;	
5) правильного ответа нет.	
90) При методе погружения в гипноз поднятием руки (Эриксон) гипнотизирующий:	ПК -5
1) предлагает гипнотизируемому сосредоточиться на всех ощущениях (какими бы они ни были) в руках;	
2) применяет сразу же прямое внушение;	
3) не использует положительный ответ пациента на внушение для подкрепления следующего внушения;	
4) заставляет пациента тоже поднять руку;	
5) громко произносит внушение.	
91) При гипнотическом осложнении в виде гипнотической летаргии (В.Е.Рожнов - ред., 1985):	ПК -5
1) врач не может в желательное для него время вывести пациента из гипноза;	
2) пациент может войти в состояние клинической смерти;	
3) необходимо вызвать бригаду скорой помощи;	
4) пациент впадает в кому;	
5) может возникнуть инфаркт миокарда.	
92) Особенностью гипнотического метода Эриксона является все перечисленное, за исключением:	ПК - 6
краткого директивного внушения при погружении в гипноз;	
1) гипноанализа;	
2) сочетания психоанализа с гипнозом;	

3) долгая подготовка к гипносуггестии;	
4) применяется больным с шизофренией.	
93) Метод Куэ отличается от всех других способов медицинского самовнушения:	ПК - 6
1) целебно-содержательными формулами самовнушения, которые произносятся от своего имени и в настоящем, а не в будущем времени;	
2) тем, что убеждает пациента специальными опытами в существующей зависимости скелетно-мышечного напряжения от вегетативного;	
3) тем, что содержит художественные образы;	
4) формулами самовнушения, которые произносятся от имени родителей;	
5) формулировки произносятся в будущем времени.	
94) «Предварительными опытами» в приеме Куэ являются:	ПК - 6
1) самовнушение падения вперед и самовнушение «я не могу разжать кулак»;	
2) яктация;	
3) самовнушение «с каждым днем во всех отношениях мне становится все лучше и лучше»;	
4) общий и биохимический анализы крови;	
5) прием снотворного.	
95) В методике самовнушения Бехтерева важнейшим является:	ПК - 6
1) стремление доказать пациенту наличие в нем могучей силы самовнушения, которой надобно научиться сознательно пользоваться;	
2) предложение пациенту произносить целебное самовнушение машинально, не сосредотачиваясь на нем;	
3) произносить целебно-содержательные формулы от своего имени;	
4) произносить целебно-содержательные формулы в настоящем, а не в будущем времени;	
5) правильного ответа нет.	
96) Теоретическими положениями прогрессивной мышечной релаксации Джекобсона являются:	ПК - 6
1) положение о церебронейромускулярном круге;	
2) положение о том, что многократное сознательное повторение привычного болезненного действия избавляет от него;	
3) в сновидениях происходит серьезное отреагирование переживаний;	
4) мышечная релаксация не влияет на степень напряжения нервной системы;	
5) ответа нет.	
97) Техника релаксации по Джекобсону включает в себя следующие основные упражнения:	ПК - 6
1) сокращать бицепсы сначала сильно, потом все более слабо и пребывать в неподвижности с расслабленными мышцами-сгибателями в течение 15 минут;	
2) согнуть и разогнуть мышцы пальцев ног шесть раз подряд, обращая внимание на ощущение напряжения – расслабления;	

3) научиться расслаблять мышцы языка, смягчая этим тревожную напряженность;	
4) присесть 200 раз, отжаться от пола на кулаках сто раз;	
5) лежать неподвижно в течение 8 часов.	
98) Аутогенная тренировка по Шульцу отличается от прогрессирующей релаксации Джекобсона:	ПК -9
1) тем, что способствует не только мышечному, но и душевному успокоению;	
2) тем, что ее лечебный эффект основан лишь на действии релаксации;	
3) особым вниманием к поперечнополосатой мускулатуре и специальным гимнастическим упражнениям;	
4) нет отличий;	
5) целебными формулами.	
99) К основным позам для занятий классической аутогенной тренировкой относятся позы:	ПК -9
1) «кучера»;	
2) «весенней лягушки»;	
3) стоя («лепесток лотоса»);	
4) полулежа на боку («парящая птица»);	
5) «поза трупа».	
100) Первое стандартное упражнение низшей ступени классической аутогенной тренировки имеет своей целью вызвать ощущение:	ПК -9
1) тяжести во всем теле и покоя;	
2) тепла и тяжести в обеих руках;	
3) приятной тяжести в области живота;	
4) покоя в области сердца;	
5) легкости во всем теле.	
101) Четвертым стандартным упражнением низшей ступени классической аутогенной тренировки является упражнение, направленное на:	ПК -6
1) овладение регуляцией ритма дыхания;	
2) вызыванием образных однотонных представлений;	
3) вызывание чувства тепла в области солнечного сплетения;	
4) овладение регуляцией сердцебиения;	
5) управление частотой мочеиспускания.	
102) К высшей ступени классической аутогенной тренировки относятся следующие основные упражнения:	ПК -2
1) визуализация представлений;	
2) вызывание у себя состояния легкой оглушенности;	
3) пребывание в деперсонализационном состоянии;	
4) пребывание в сомнамбулическом состоянии;	
5) ничего из перечисленного.	
103) На освоение каждого стандартного упражнения низшей ступени классической аутогенной тренировки затрачивается:	ПК -2
1) 2 недели;	
2) 3 дня;	

месяца;	
4) 4 года;	
5) 50 лет.	
104) Психотоническая тренировка по Мировскому и Шогаму показана при лечении:	ПК -2
1) гипотонических состояний;	
2) эпилепсии с частыми судорожными припадками;	
3) возбудимой психики;	
4) вегето-сосудистой дистонии;	
5) шизофрении.	
105) Ступенчатый эмоционально-стрессовый вариант аутогенной тренировки по Покровскому включает в себя всё перечисленное, за исключением:	ПК -2
1) деперсонализации;	
2) приёмов гетеросуггестии;	
3) сюжетного воображения;	
4) музыкального воздействия;	
5) нет верного ответа.	
106) К осложнениям классического варианта аутогенной тренировки относятся все перечисленные, кроме:	ПК -1
1) стойкого усиления либидо.	
2) нарушений сердечного ритма;	
3) приступов стенокардии у лиц с ИБС;	
4) вазомоторных расстройств при самовнушении резкого чувства холода в области лба;	
5) повышения кислотности желудочного сока;	
107) Классическая аутогенная тренировка с профилактической целью применяется во всех перечисленных случаях, кроме:	ПК -6
1) профилактики язвенного кровотечения в желудке с помощью усиления 5 стандартного упражнения;	
2) смягчения чувства тревоги;	
3) смягчения чувства напряженности;	
4) вызывания сна;	
5) вызывания кратковременного отдыха;	
108) Рациональную психотерапию Дюбуа принято называть всеми перечисленными терминами:	ПК -6
1) все правильно.	
2) убеждение посредством диалектики;	
3) сократический метод;	
4) воздействия на больного посредством логики;	
5) применение дидактики.	
109) Существом классической рациональной терапии Дюбуа является:	ПК -5
1) лечебное доказательство;	
2) внушение в бодрствующем состоянии;	
3) мотивированное внушение;	
4) внушение в состоянии гипноза;	
5) нет верного ответа.	
110) Особенности приёма рациональной психотерапии Панкова состоят в том, что психотерапевт использует все перечисленные способы:	ПК -5
1) всё правильно	

2) планомерно обучает пациента законам формальной логики;	
3) наглядно, с помощью логических формул демонстрирует пациенту в лечебной беседе его паралогизмы;	
4) логикой способствует адаптации в среде;	
5) проводит логически аргументированную коррекцию неправильных умозаключений пациента;	
111)Главнейшее, что требуется от психотерапевта, проводящего рациональную психотерапию по Панкову - это:	ПК - 6
1) все перечисленные варианты верны	
2) знание основных законов формальной логики	
3) подвижное диалектико-материалистическое мышление	
4) быть творческой личностью, склонной к анализу;	
5) среди перечисленного нет правильного ответа	
112)При лечении убеждением, в отличие от лечения внушением, имеет место всё перечисленное, за исключением:	ПК - 6
1) наблюдаются различные расстройства психики	
2) лечебный эффект наступает часто не так быстро	
3) пациент активно участвует в процессе лечения	
4) мышление пациента становится критичнее	
5) мышление пациента становится основательнее	
113)Рациональная психотерапия в классическом варианте особенно эффективна для лечения:	ПК - 9
1) психастеников	
2) пациентов с истеро-невротическими расстройствами	
3) навязчивостей	
4) мягких паранойяльных расстройств	
5) бредовых расстройств	
114)Дюбуа полагал, что:	ПК - 6
1) все перечисленное	
2) чувство есть эмоционально скрашенное представление	
3) все психопатическое расстройства являются следствием недостатка критики	
4) психоневротике присуще эгоцентризм и эгоизм	
5) психопату присуще эгоцентризм и эгоизм	
115)Дежерин видел свою психотерапию во всем перечисленном, за исключением:	ПК - 6
1) роль врача не сводится к внушению	
2) исцеление возможно при доверии к врачу	
3) следует апеллировать к чувствам пациента, дабы помочь ему	
4) разум в психотерапевтической работе не преобладает над эмоциями	
5) нет верного варианта	
116)Дюбуа предлагал дать «в руки личности, чтобы она преодолела все свои страдания»:	ПК -5
1) логическое мышление, стремление отказаться от эгоцентризма во имя стоицизма	

2) ложные представления	
3) идеализированную модель мира	
4) направление к спасительному эгоцентризму	
5) нет ни одного верного ответа	
117)В современной американской психиатрии принято библиотерапевтически рекомендовать книги с целью всего перечисленного, кроме:	ПК -5
1) излечить своё заболевание	
2) пополнить знания	
3) исправить знания	
4) стимулировать воображение пациента	
5) побудить пациента конструктивно творчески размышлять между беседами с врачом	
118)Рекомендация книг больному по А.М. Миллер, основывается на всех следующих библиотерапевтических принципах:	ПК -5
1) всё правильно	
2) степень сложности предлагаемой книги	
3) герой книги должен быть больному «по плечу»	
4) максимальное сходство ситуации в книге с ситуацией, в которой находится больной	
5) интересный для больного сюжет	
119)Различают следующие подходы в групповой психотерапии, за исключением:	ПК -5
1) восточно-иероглифического	
2) дидактического	
3) аналитического	
4) поведенческого	
5) системного	
120)Особенности психотерапевтической работы "группы встреч" (Роджерс) состоят в том, чтобы:	ПК -5
1) познавать себя и других в живом общении; помогать товарищу в его житейском конфликте общественным мнением группы	
2) познавать характеры участников группы на базе психологически-типологического просвещения, воспитания	
3) клинически направлять мнение группы в свободном откровенном самовыражении участников группы	
4) формировать мнение одновременно у всех участников группы	
5) направить порицание группы на выбранного индивидуума	
121)Роджерс считает, что:	ПК -5
1) всё перечисленное	
2) одна из важнейших особенностей его групп - максимально недирективный стиль руководства	
3) необходим спонтанный разговор на значимые для членов группы темы	
4) выражение истинных чувств, возникающих "здесь и сейчас"	
5) общественное мнение группы может помочь товарищу в его житейском конфликте	

122)Определяющими характеристиками группы являются (по Слущкому и Цапкину) все перечисленное, за исключением:	ПК -5
1) такого рода объединения людей, как зрители на спектакле, покупатели в очереди	
2) непосредственного межличностного взаимодействия ее членов	
3) общности цели	
4) общности деятельности	
5) нет верного ответа	
123)Задачей групповой психотерапии являются:	ПК -5
1) всё перечисленное	
2) эмпатия	
3) самораскрытие	
4) снижение эгоцентризма	
5) снижение чувства общности с группой	
124)Противопоказаниями (абсолютными) к групповой психотерапии не являются (В.Е.Рожнов - ред., 1985):	ПК -5
1) всё перечисленное.	
2) гиперкинезы	
3) тики	
4) писчий спазм	
5) пароксизмы различного генеза	
125)В работе с группами в процессе групповой эмоционально-стрессовой психотерапии прослеживаются следующие фазы:	ПК -5
1) всё правильно	
2) адаптационная	
3) фрустрационная	
4) конструктивная	
5) реализационная	
126)К методикам семейной психотерапии относятся все перечисленные, кроме:	ПК -5
1) психотерапевтического воздействия на семью дурным примером психотерапевта	
2) семейной дискуссии	
3) обусловленного общения	
4) проигрывания семейных ролей	
5) обсуждение в кругу семьи	
127)Эмоциональный стресс (по Селье) - это:	ПК -6
1) ничего из перечисленного	
2) явление, которое при условии мягкой своей выраженности, может лечить душевные болезненные расстройства	
3) своеобразное интеллектуально-логическое напряжение	
4) явление, противоположное депрессии	
5) явление, противоположное гневу	
128)Техника вызывания стрессового гипноза (по Рожнову) – это, прежде всего:	ПК -5
1) эмоционально-смысловая глубина произносимых формул погружения в гипноз	
2) сила внезапного звука	

3) обязательная авторитарность формул погружения в гипноз	
4) неожиданный яркий свет	
5) приложение физической силы	
129)Из музыкальных произведений (по Брусиловскому) следует рекомендовать:	ПК -5
а. ни одно из перечисленных	
б. при подозрительности, ревности – слушание элегий	
с. при бессоннице – «Лунный свет» Дебюсси	
д. при тревоге – «Колыбельную» Брамса	
е. при усталости - "Кофейную кантату" И.С.Баха; при ипохондрических	
2) состояниях - Моцарта, "Симфонию ля мажор", I часть	
130)При занятиях музыкальной ритмикой (по Брусиловскому) целесообразно всё перечисленное, кроме:	ПК -2
1) длительных перерывов между упражнениями	
2) повторных прослушиваний музыки	
3) показа движений	
4) показа действий	
5) нет верного ответа	
131)Формами индивидуальной музыкотерапии (по Швабе) являются	УК - 2
1) коммуникативная, регулирующая и реактивная	
2) коммуникативная	
3) иррадиационная	
4) регулирующая и реактивная	
5) конверсионная	
132)Терапия творческим самовыражением предназначена прежде всего:	ПК -5
1) для пациентов с психастеническими расстройствами пограничного регистра	
2) для пациентов с агрессивными тенденциями, асоциальным поведением	
3) для остропсихотических пациентов	
4) для больных эпилепсией	
5) для пациентов в шизофреническом дефекте	
133)Арттерапия в международном понимании - это:	ПК - 6
1) лечение изобразительным искусством	
2) лечение общением с живописью	
3) лечение игровым искусством	
4) лечение общением с домашними животными	
5) нет верного ответа	
134)Игра (игровая деятельность), по Вольперту включает всё перечисленное, кроме:	УК - 1
1) деятельности, в которой отсутствует переживание реальности создавшейся ситуации	
2) моделирующей деятельности, воспроизводящей по принципу аналогии с реальной действительностью придуманную действительность	
3) определённые правила	

4) моделирующая деятельность	
5) установленные правила	
135) Психодрама по Морено - это:	ПК - 6
1) своеобразная импровизированная инсценировка, воспроизводящая взаимоотношения в той малой социальной группе, в которой пациент живет, работает и не смог приспособиться, в виде драматического действия	
2) Фрейдовский психоанализ, воплощенный в игре	
3) инсценировка, в которой близкие, друзья, сослуживцы пациента игрового участия не принимают, они только зрители	
4) метод суггестивного внушения, пациент находится под гипнозом	
5) нет верного ответа	
136) По ходу действия психодрамы (по Морено):	ПК - 6
1) все вышеперечисленное	
2) воспроизводится та или иная житейская ситуация, вызывающая обычно в жизни у пациента невротическую реакцию	
3) пациент все больше вовлекается в драматическое общение с присутствующими	
4) пациент в спонтанных высказываниях и действиях раскрывает свои переживания, страхи, делится мечтами и сновидениями	
5) в процессе игры протагонист готовится к встрече с самим собой	
137) Основой лечебного эффекта психодрамы Морено считает:	УК - 1
1) сублимацию вытесненного сексуального влечения	
2) душевное очищение, облегчение, катарсис	
3) получение знаний о заболевании	
4) отрицание проблем	
5) нет верного ответа	
138) Особенности работы режиссера-профессионала в имаготерапии Вольперта состоят в том, что он:	ПК - 6
1) работает по методу Мейерхольда	
2) следит за психологической грамотностью исполнения	
3) не работает по методу Мейерхольда	
4) отрицает метод Мейерхольда	
5) ненавидит метод Мейерхольда	
139) При наркопсихотерапии одновременно используется:	ПК - 6
1) внушение врача и действие барбитуратов	
2) рациональная психотерапия	
3) некоторые модификации аутогенной тренировки	
4) одновременное внушение врача и действие опиатов	
5) достижение особого состояния курением лечебной марихуанны	
140) Показаниями к наркопсихотерапии являются:	ПК - 5
1) пониженная внушаемость пациентов и недостаточная их контактность	

2) ослабленная способность строго логически трезво анализировать	
3) слабость абстрактного мышления	
4) повышенная внушаемость пациентов	
5) контактность внушаемого	
141) Наркопсихотерапевтические приемы используются обычно при:	УК - 2
1) истерии с конверсионными расстройствами;	
2) неврастении, депрессии;	
3) тревожно-фобических и тревожно-ипохондрических расстройствах;	
4) всех перечисленных состояниях.	
142) Противопоказаниями к применению наркопсихотерапии являются:	ПК -5
1) острый гепатит, цирроз печени, кахексия	
2) ананкастическая конституция	
3) пожилой возраст	
4) молодой возраст	
5) женский пол	
143) Наркоанализ широко используется:	ПК -5
1) при моторных и сенсорных истерических расстройствах	
2) при частых взрывах у возбудимых психопатов	
3) при сверхценных идеях ревности у эпилептиков	
4) при психоастенических ипохондрических расстройствах	
5) нет верного ответа	
144) В наркопсихотерапевтическом сеансе (по Телешевской):	ПК -5
1) во время введения гексенала с больным поддерживается активная беседа, ему предлагают считать до определенной цифры, а затем в обратном порядке; во время введения гексенала врач внушает больному, чтобы он не беспокоился по поводу своего легкого головокружения, чувства расслабления	
2) во время введения гексенала с больным поддерживается активная беседа, ему предлагают считать до определенной цифры, а затем в обратном порядке;	
3) во время введения гексенала врач внушает больному, чтобы он не беспокоился по поводу своего легкого головокружения, чувства расслабления	
4) при дизартрии у больного следует немедленно закончить введение гексенала, вынуть иглу, ввести кордиамин со строфантином и не проводить в этот раз никаких внушений	
5) не следует многократно повторять отдельные формулы внушения	
145) Стадиями барбитуратового наркоза являются все перечисленные, кроме стадии:	ПК -5
1) резкого возбуждения, гиперестезий и парестезий; сужения сознания	

2) понижения общей активности и инициативы; эмоциональных сдвигов и оглушения;	
3) сужения сознания	
4) резкого возбуждения, гиперестезий и парестезий;	
5) верного ответа нет	
146)В повседневной практике применяются все следующие методические приемы наркопсихотерапии, кроме:	УК -2
1) методики логико-психотерапевтических задач в обнуляющей	
2) наркогипноза	
3) гипнонаркоза	
4) метода многократных внутривенных вливаний гексенала	
5) внушения на фоне неполного гексеналового наркоза	
147)При групповой наркопсихотерапии (по Телешевской):	ПК -5
1) весь комплекс применяемых воздействий направлен на стимуляцию положительных эмоций; пробудившиеся больные отчитываются перед врачом о своем состоянии	
2) формулы врачебного внушения даются на фоне музыкальных звуков, записанных на магнитофон	
3) в психотерапевтической комнате распространяется запах сена и полевых цветов	
4) промежутки между формулами внушения заполнены звуками деревенского утра	
5) нет верного ответа	
148)В процессе наркопсихотерапии можно выделить следующие этапы (по Телешевской):	ПК -2
1) подготовительный и перестройки эмоционального состояния	
2) аутогенно-тренировочный	
3) рационально-аналитический	
4) анализа конфликтной ситуации	
5) увлеченности беседой с врачом	
149)При наркокатарсисе (по Свядоцу) наблюдается:	ПК -5
1) отреагирование оживленных психогенных переживаний, страх, отчаяние, экспрессия	
2) погружение в легкий гипноз вслед за введением гексенала	
3) бурная эмоциональная реакция в виде остропсихотического страха с аспонтанностью	
4) углубление гипноза введением гексенала	
5) нет верного ответа	
150)Условнорефлекторная психотерапия – это то же самое, что:	ПК -5
1) терапия поведением или поведенческая психотерапия; бихевиоральная психотерапия	
2) протрептика	
3) десенситизация	
4) психоанализ	
5) суггестивная психотерапия	

151) В зарубежной психотерапии распространены следующие основные психотерапевтические направления-системы, кроме:	ПК - 6
1) гипнотерапия	
2) психоаналитическое	
3) бихевиористическое	
4) экзистенциально-гуманистическое	
5) нет верного ответа	
152) Ведущими психотерапевтическими направлениями в нашей стране являются:	ПК - 9
1) все ответы правильные	
2) личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии	
3) поведенческой (условнорефлекторной) психотерапии	
4) суггестивной психотерапии	
5) нет верного ответа	
153) Целями и задачами личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии являются (по Карвасарскому) все перечисленные, за исключением:	ПК - 5
1) глубокого с тонкой дифференциальной диагностикой изучения личностного варианта больного в соответствии с классической клинической типологией личностных вариантов (Э.Кречмер, Ганнушкин, Леонгард)	
2) выявления и изучения этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению невротического состояния	
3) помощи больному осознать причинно-следственные связи между особенностями его системы отношений и заболеванием	
4) коррекции неадекватных реакций и форм поведения пациента	
5) помощи больному в разумном разрешении психотравмирующей ситуации	
154) Патогенетическая психотерапия Мясищева предусматривает всё перечисленное, за исключением:	ПК - 5
1) ставит главной своей целью – помочь пациенту полезно включиться в жизнь своими болезненными личностными свойствами	
2) применяется индивидуально	
3) применяется в групповой форме	
4) является основой для разработки систем личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии	
5) является основой для разработки систем личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии при алкоголизме и психозах	
155) Критериями конституциональной психопатии являются (по Ганнушкину):	ПК - 5
1) врожденность патологических свойств личности; патология личности «без начала и конца»	
2) полная неспособность в декомпенсации	
3) неспособность психопата к компенсации	
4) невозможность психопатической личности компенсироваться	

5) нет верного ответа	
156) Конституциональные психопатии Ганнушкина предполагают все вышеперечисленное, кроме:	ПК - 5
1) их приобретенности в результате хронического психического травмирования	
2) тотальности этих свойств	
3) их стойкости	
4) их врожденности	
5) патологичности свойств характера до степени нарушения социальной адаптации	
157) В классификацию психопатий (по П.Б. Ганнушкину) включены следующие названия психопатических вариантов:	ПК - 6
1) все перечисленное	
2) шизоиды	
3) параноики и циклоиды	
4) эпилептоиды	
5) неустойчивые	
158) Общепринятыми вариантами психопатий являются:	ПК - 6
1) истерическая и эпилептоидная; психастеническая	
2) органическая	
3) инфантильная	
4) конституционально глупые	
5) нет верного ответа	
159) Психопатия (в классическом, клиническом понимании) отличается от патологического развития личности:	ПК - 6
1) врожденностью патологических свойств личности	
2) склонностью к глубоким невротическим расстройствам	
3) вегетативными дисфункциями	
4) асоциальностью поведения	
5) наличием выраженных патологических свойств личности уже в детстве	
160) Главной клинической особенностью параноического развития является:	ПК - 6
1) ничего из перечисленного	
2) аффективно-аккумулятивная пропорция	
3) параноидный синдром	
4) психические автоматизмы	
5) сенситивность и ипохондрический бред	
161) Главной клинической особенностью ипохондрического развития является:	ПК - 6
1) убежденность в наличии тяжелого соматического заболевания	
2) аггравация	
3) ипохондрический бред и бредовое восприятие	
4) анозогнозические расстройства	
5) гедонистические переживания	
162) Главной клинической особенностью истероидного развития является:	ПК - 6
1) склонность к демонстративности	
2) питтиатизм	
3) экфорические расстройства	

4) склонность к эстравертированным реакциям	
5) алибидемия	
163) Главной клинической особенностью астенического развития является:	ПК - 6
1) истощаемость психики с выраженными вегетативными дисфункциями;	
2) склонность к дереализационным расстройствам	
3) склонность к дереализации	
4) склонность к эстравертированным реакциям	
5) алибидемия	
164) Главной клинической особенностью шизоидного развития является:	ПК - 6
1) аутистическое мышление	
2) нарциссические переживания	
3) экзистенциальное напряжение и стаз отрицательных эмоций	
4) диатетическая пропорция	
5) схизис	
165) Главной клинической особенностью обсессивного развития является:	ПК - 6
1) ананказмы, навязчивости	
2) тревожные расстройства	
3) анальная эротика	
4) синдром болезненных сомнений	
5) схизис	
166) Главной клинической особенностью депрессивного развития является:	ПК - 5
1) ничего из перечисленного	
2) психомоторная вялость	
3) деперсонализационные и сенестопатические расстройства	
4) психостеническая пропорция	
5) суицидальные идеи	
167) Мозаичная психопатия характеризуется:	УК - 1
1) смещением в клинической картине различных психопатических радикалов	
2) преобладанием в клинической картине шизоидной парадоксальности	
3) эмотивной лабильностью душевного склада	
4) преимущественно асоциальным поведением	
5) шизофреническими "вкраплениями" в психопатическую картину	
168) Психопатизация – это:	ПК - 5
1) патология характера, вызванная каким-то болезненным процессом	
2) патология характера, вызванная хронической психогенной травматизацией	
3) патологическое развитие личности	
4) патологическое развитие на базе определенной психопатии	
5) психопатоподобное состояние	
169) Дизонтогенез – это:	ПК - 5

1) нарушение развития организма на каком-либо этапе онтогенеза	
2) нарушение развития организма на любом этапе филогенеза	
3) мягкая задержка развития (инфантилизм)	
4) нарушение формирования личности в детстве	
5) нарушение развития плода в утробе матери	
170)Ретардация понимается в клинической психиатрии как:	ПК - 6
1) задержанное развитие	
2) асинхрония развития	
3) поврежденное развитие	
4) искаженное развитие	
5) ментальная слабость	
171)Сущность концепции краевых психопатий (по О.В. Кербикову) заключается в том, что:	ПК - 6
1) вредоносное длительное воспитание с детства может сформировать психопатию	
2) в процессе психической хронической длительной травматизации с детства ребенок может приобрести патологию характера	
3) психопатия практически не бывает врожденной	
4) психопатия не бывает наследственной	
5) психопатия не бывает конституциональной	
172)Патохарактерологическое развитие – это (по Кербикову):	ПК - 6
1) все перечисленное	
2) патология, порождаемая психогенным фактором	
3) в сущности, психопатическое развитие	
4) состояние, для которого характерна начальная стадия становления	
5) состояние, которое обычно включает в себя "препсихопатическое состояние"	
173)К неправильным формам воспитания, лежащим в основе «краевой психопатии» НЕ относятся (по Кербикову):	ПК - 6
1) воспитание типа "Красная шапочка" и "Лев и собачка"	
2) «гипоопека»	
3) безнадзорность	
4) воспитание типа «Золушка»	
5) правильного ответа нет	
174)О.В.Кербиков согласен с тем, что:	УК -1
1) все перечисленное	
2) есть врожденные психопатии	
3) есть ядерные психопатии	
4) психопатические свойства личности отличаются тотальностью	
5) психопатические свойства личности отличаются стойкостью	
175)Психопатологическое существо эпилептоидности состоит:	ПК -5
1) в авторитарной прямолинейности мышления и чувствования	
2) в синтонности мышления и чувствования	

3) в инертности мышления	
4) в склонности к взрывам	
5) в склонности к депрессии	
176) Эпилептоидные психопаты склонны к:	УК -1
1) Всеми перечисленному	
2) сверхценным образованиям	
3) злобной напряженности	
4) ревности;	
5) расстройствам настроения	
177) Дисфорическое настроение (по Ганнушкину) включает в себя все перечисленное, за исключением:	ПК -5
1) застенчивости	
2) гнева	
3) злобы	
4) страха	
5) тоски	
178) При эпилептоидной психопатии нередко встречаются:	ПК -5
1) все перечисленное	
2) ипохондрические расстройства	
3) агрессивные расстройства	
4) злоупотребление спиртным	
5) дефензивные расстройства	
179) Эпилептоидный психопат нередко отличается:	ПК - 9
1) дисфорической напряженностью, склонностью к борьбе за справедливость	
2) слабыми вялыми влечениями	
3) детской непосредственностью	
4) склонностью к тягостной рефлексии	
5) нет верного ответа	
180) Каждый эпилептоид несет в себе (по Ганнушкину):	ПК - 6
1) антисоциальные установки и моральные дефекты	
2) склонность к сомнениям	
3) сверхчестность	
4) стремление к демонстративности	
5) стремление находиться в центре внимания	
181) Главная особенность мышления и эмоциональности всякого эпилептоидного психотипа заключается:	ПК - 6
1) в напряженной прямолинейности мышления и чувствования	
2) в паранойяльных расстройствах	
3) в сверхценных ипохондрических переживаниях	
4) в агрессивной взрывчатости	
5) в угрюмо-напряженной замкнутости	
182) Фаза эпилептоида клинически выражается:	ПК -9
1) дисфорической напряженностью	
2) субдепрессивными расстройствами	
3) психстетической пропорцией	
4) психотической агрессивной взрывчатостью	
5) усугублением злобноватой аутистичности	
183. В телосложении эпилептоида чаще обнаруживаются:	ПК -5
1) атлетические (атлетоидные) черты	

2) пикнические черты	
3) астено-диспластические черты	
4) моменты грацильности	
5) особенности, не названные выше	
184. Эпилептоиды (по Ганнушкину) – это люди:	ПК - 6
1) всем перечисленным	
2) узостью, односторонностью	
3) чрезвычайной требовательностью	
4) себялюбием, эгоизмом	
5) большой нетерпеливостью и крайней нетерпимостью к мнению окружающих	
185. Соматически для эпилептоидов, в отличие от других психопатов, характерно (по Ганнушкину):	ПК - 2
1) атлетически-диспластическое телосложение, чрезмерная возбудимость вазомоторов	
2) лептосомное и грацильное телосложение	
3) половые извращения	
4) изящное телосложение	
5) ничего из перечисленного	
186. Эпилептоидному психопату-алкоголику НЕ свойственны:	ПК - 6
1) склонность к рефлексии и синтонное заострение личности	
2) агрессивное возбуждение и опьянение	
3) тяжелые запои	
4) подозрительность с похмелья	
5) ничего из перечисленного	
187. Эпилептоидная «маска» выражается	ПК - 5
1) ни в чем из перечисленного	
2) в аутистических переживаниях	
3) в агрессивных тенденциях и лживости	
4) в пропорции инертности и взрывчатости	
5) в «дефензивности» психопата	
188. Выделяют следующие варианты эпилептоидной психопатии:	ПК - 2
1) дефензивный и эксплозивный (возбудимый)	
2) истерический	
3) психастенический	
4) гипертимный	
5) эксплозивный	
189. Для формирования психотерапевтического контакта со всяким эпилептоидным психопатом следует	ПК - 5
1) искренне похвалить его за все, что достойно похвалы	
2) со всей правдивой отчетливостью разоблачить его антисоциальность	
3) сурово призвать его прежде всего к дисциплине, потребовать уважать врача	
4) назначить транквилизаторы	
5) назначить лечение сульфозином	
190. Из психотерапевтических приемов эпилептоиду противопоказаны:	ПК - 9
1) все перечисленное	
2) гипнотерапия	

3) активный самогипноз Э.Кречмера	
4) психотерапевтические приемы ДЗЭН	
5) аутогенная тренировка и куэизм	
191. При медикаментозном лечении эпилептоидной напряженности-агрессивности обычно назначают:	ПК - 6
1) этаперазин в таблетках и неуптил в каплях	
2) реланиум в таблетках	
3) тазепам в таблетках	
4) сульфазин внутривенно	
5) феварин в таблетках	
192. Идеальный психотерапевтический успех в случае лечения эпилептоидной психопатии – это:	ПК - 6
1) компенсация психопата	
2) декомпенсация	
3) восстановление трудоспособности	
4) излечение психопатии	
5) устранение эпилептоидной характерологической структуры	
193. Эпилептоидный психопат всегда отличается от истерического:	ПК - 2
1) дисфорической напряженностью	
2) более выраженной лживостью, двуличием	
3) легкой отходчивостью после приступа возмущения, агрессивности	
4) моментами ханжества	
5) театральностью	
194. Эпилептоидный психопат отличается от астенического	ПК - 6
1) ничем из перечисленного	
2) ранимым самолюбием	
3) склонностью к ипохондрическим переживаниям	
4) склонностью к навязчивым страхам и к тревожной мнительности	
5) явлениями вегето-сосудистой дистонии	
195. Самым характерным свойством параноических психопатов является (по Ганнушкину):	ПК - 9
1) склонность к образованию сверхценных идей	
2) склонность к возникновению болезненных сомнений преследования	
3) ипохондрический бред	
4) взрывчатость к агрессивным преследованиям врага	
5) склонность к возникновению паранойяльного бреда	
196. Основными чертами параноических психопатов являются (по Ганнушкину):	ПК - 6
1) большой эгоизм, постоянное самодовольство и чрезмерное самомнение	
2) склонность к рефлексии	
3) склонность к сопереживанию	
4) демонстративность	
5) стремление экспонировать себя	
197. Мышление параноика (по Ганнушкину):	ПК - 5

1) все перечисленное	
2) незрелое, близкое к детскому	
3) богато идеями, резонерское	
4) иногда зависит от непомерно развитой фантазии	
5) аффективно окрашено	
198. Аффективные переживания параноиков всегда отличаются (по Ганнушкину):	ПК -5
1) односторонностью и силой	
2) вялостью	
3) тягостными сомнениями	
4) эйфорией	
5) приподнятым настроением	
199. Клинически общее у астенического и психастенического психопата – это:	ПК -2
1) конституциональный характерологический конфликт чувства неполноценности с ранимым самолюбием	
2) "второсигнальность" в понимании И.П. Павлова	
3) нажитые вегетативные дисфункции	
4) склонность к истеро-невротическим реакциям	
5) отсутствие конфликта чувства неполноценности с ранимым самолюбием	
200. Изначальная психопатическая тревожность обнаруживается (конкретизируется) в переживаниях астенического психопата преимущественно:	ПК - 6
1) в тревожной мнительности	
2) в сверхценных ипохондрических переживаниях	
3) в тягостных упорных ананкастических страданиях	
4) в склонности к сложно-аналитическим переживаниям-раздумьям	
5) в болезненных сомнениях	
201. Психастенику свойственно все перечисленное, за исключением:	ПК - 6
1) аутистического мышления	
2) непрактичности в широком смысле	
3) преобладания размышления, анализа над чувственностью	
4) болезненные сомнения	
5) реалистического, материалистического мироощущения	
202. Ипохондрические переживания астеника всегда включают в себе:	ПК - 6
1) мнительность и тревогу	
2) сверхценные образования	
3) иллюзии	
4) болезненные сомнения	
5) сенестопатические расстройства	
203. Болезненные, тревожные сомнения обычно ослабевают и уходят:	ПК - 9
1) в процессе компетентного, информативного врачебного разъяснения	
2) благодаря приемам элементарного самовнушения	

3) при попытке отвлечься от них какими-либо делами	
4) в занятиях аутогенной тренировкой	
5) в процессе внушения в бодрствующем состоянии	
204. Психастенические психопаты обычно склонны ко всему перечисленному, за исключением:	ПК -5
1) ипохондрических переживаний сверхценного характера	
2) тревожно-аналитических раздумий по поводу своего здоровья	
3) совестливо-нравственным исканиям	
4) дефензивным переживаниям	
5) тревожных переживаний за своих близких	
205. Эмоциональность психастенического психопата:	ПК -2
1) лирически одухотворена; «глуховата» к чувственным подробностям	
2) уплощена	
3) апатична	
4) деревянно-суховата, безразлична	
5) наполнена пряно-чувственными красками	
206. Психастеническая женщина нередко отличается	ПК -5
1) склонностью тревожно сомневаться – анализировать, известной хозяйственной практичностью	
2) острой бурной чувственностью в интимной близости (до выраженного сужения сознания)	
3) живой, быстрой реакцией	
4) активностью	
5) фригидностью	
207. Астенические психопаты нередко мучаются всем перечисленным, кроме:	ПК -9
1) мыслительного застревания на нравственно-этических и ипохондрических переживаниях	
2) неуверенности	
3) сенситивности	
4) впечатлительности	
5) трудностей общения с людьми	
208. К особенностям соматической конституции психастеника обычно относятся:	ПК -5
1) конституциональная вегетососудистая дистония, склонность к геморрою	
2) склонность к мозговому инсульту	
3) предрасположенность к сахарному диабету	
4) пикническое телосложение	
5) отсутствие склонности к геморрою	
209. Особенности соматической конституции астенического психопата обычно являются	ПК - 2
1) склонность к вегетативным дисфункциям и к аллергическим заболеваниям, лептосомное телосложение	
2) предрасположенность к гипертонической болезни	
3) предрасположенность к шизофрении	
4) атлетическое телосложение	

5) пикническое телосложение	
210. Психастенический психопат обычно:	ПК - 6
1) способен совершать дурные поступки, наделен болезненной нравственностью	
2) страдает циклическими расстройствами настроения в виде гипоманий и субдепрессий	
3) предрасположен к шизофрении	
4) думает, переживает больше о других, нежели о себе	
5) органически не способен с детства к дурным поступкам	
211. Центральным патологическим симптомом психастенической психопатии является	ПК - 2
1) ничего из перечисленного	
2) навязчивость, навязчивое сомнение	
3) сверхценная идея	
4) ананказм	
5) тревожность	
212. Психастенику свойственно	ПК - 6
1) аэрофагия пустой отрыжкой	
2) парестезии, глоссалгии	
3) гипертонических тревожных реакций ожидания	
4) при измерении артериального давления	
5) все правильно	
213. Психастеникам обычно свойственны	ПК - 1
1) деликатность и щепетильность, излишняя аффективная категоричность	
2) живая психическая гибкость	
3) естественность	
4) отсутствие неловкости в отношениях с людьми	
5) бесцеремонность	
214. Нередко у психастеников обнаруживаются следующие навязчивости	ПК - 6
1) тики в юности, навязчивое движение шей, будто воротник жмет, навязчивое желание "сковырнуть" всякую корку, неровность на коже	
2) стойкое, тягостное навязчивое мытье рук	
3) мучительное навязчивое ощущение обсыпанности тела мелким стеклом	
4) повторение одних и тех же вопросов	
5) навязчивостей не обнаруживается	
215) Сложным астеническим психопатам свойственно все перечисленное, за исключением	ПК - 1
1) стремления находиться в центре внимания	
2) чрезмерной впечатлительности	
3) чувства собственной недостаточности	
4) раздражительности	
5) истощаемости	
216) Астеническим психопатам свойственно	ПК - 5
1) все перечисленное	

	2) панический страх перед темнотой; боязнь некоторых животных и насекомых	
	3) робость и подозрительность (окружающие смеются над ним и т.д.)	
	4) тяга к одиночеству	
	5) падать в обморок при виде крови	
217)	Астенические психопаты нередко обнаруживают	ПК -1
	1) все перечисленное	
	2) гиперкомпенсацию в виде внешней развязности и даже заносчивости	
	3) страх выступления перед аудиторией	
	4) нервные рвоты и поносы, непорядки в мочеиспускании	
	5) краску смущения на лице	
218)	Очень часто астенические психопаты страдают от (по Ганнушкину)	ПК -5
	1) упорных длительных бессонниц	
	2) длительных депрессивных состояний, циклотимии	
	3) приступов гневных вспышек, дисфории	
	4) эмоциональной неустойчивости, приступов гневных вспышек	
	5) бурных, истощающихся взрывов	
219)	Основными чертами психастеников являются (по Ганнушкину)	ПК -5
	1) крайняя нерешительность и боязливость, постоянная склонность к сомнениям	
	2) эгоцентричность	
	3) застенчивость	
	4) решительность, активность	
	5) безрассудная смелость	
220)	Психастеник обычно отличается всем перечисленным, за исключением (по Ганнушкину)	ПК -1
	1) активности в реальной жизни	
	2) педантизма	
	3) формализма	
	4) фантазерства	
	5) двигательной неловкости	
221)	Главное в психотерапии психастеников состоит	ПК -5
	1) в разъяснении в широком смысле, в активировании	
	2) во внушении соответствующих положений в бодрствующем состоянии	
	3) во внушении соответствующих положений в гипнозе	
	4) в обучении самовнушению	
	5) в тренировке вегетатики	
222)	В лечебной работе с психастениками обычно следует (В.Е.Рожнов - ред., 1979)	ПК -5
	1) всё перечисленное	
	2) обратить внимание пациента на то, что психастенические сомнения, склонность к	

проверкам имеют смысл, ценность, так как они есть защита от действительной психастенической рассеянности	
3) подчеркнуть факт существования великих психастеников	
4) посоветовать пациенту почитать работы о характерах, дабы вернее предвидеть, что от какого знакомого человека возможно ждать в определенной ситуации	
5) посоветовать не теряться, не разочаровываться лишней раз	
223) Даже многолетняя психастеническая ипохондрия определенного содержания может исчезнуть от всего перечисленного, за исключением:	ПК -1
1) прямого внушения врача	
2) врачебного разъяснения	
3) клинико-лабораторного исследования с разъяснением	
4) чтения медицинской книги	
5) нет верного ответа	
224) Для того чтобы серьезно помочь психастенику в тревожно-ипохондрическом состоянии, следует	ПК -5
1) ничего из перечисленного	
2) запретить ему разглядывать свои родинки, искать увеличенные лимфоузлы и т.п.; подчеркнуть ему, что смешно и недостойно его так трястись над своей жизнью	
3) сообщить ему с императивной суггестивностью, что серьезная соматическая болезнь никогда не сопровождается тревожным к ней отношением заболевшего	
4) сказать с уверенностью, что тот, кто боится рака, лейкоза, не болеет ими	
5) высказать психотерапевтическое презрение к "беспомощному", "детскому" поведению пациента	
225) Усилить, оживить чувственность психастеника обычно помогает чтение	ПК - 1
1) Баратынского	
2) Мопассана и Бунина	
3) Чехова	
4) Платонова	
5) Булгакова	
226) Оживить блеклую чувственность психастеника может помочь рассматривание картин	ПК -5
1) Кустодиева, Шилова, Ренуара	
2) Шилова	
3) Кандинского	
4) Фаворского	
5) Боттичелли	

227)	Сложное психастеническое переживание включает в себя	ПК - 6
	1) боязнь за будущее, сомнения (с неспособностью чувственно-цепко держаться за настоящее)	
	2) аутистическое размышление, анализирующее эту тревожность	
	3) дисфорическую напряженность	
	4) диатетическую пропорцию	
	5) изначальную тревожность без склонности к анализу	
228)	Существо клинико-психотерапевтической помощи при психопатических ананказмах состоит	ПК - 6
	1) в применении когнитивно-поведенческих методик и приемов душевного оживления	
	2) в упорном лечении ананказмов аутогенной тренировкой и гипносуггестивными сеансами	
	3) в добросовестном логическом разъяснении пациенту безосновательности его навязчивых переживаний	
	4) в групповых психотерапевтических занятиях - в группах М.Балинта	
	5) ни в одном из перечисленных	
229)	Частые особенности гипноза у психастеников состоят	ПК -9
	1) в наличии мягкого деперсонализационного душевного онемения при возможности отчетливо обдумывать свое состояние	
	2) в обычной упорной неспособности погрузиться даже в легкий гипноз после многих занятий	
	3) в обычном здесь глубоком сомнамбулизме	
	4) в неспособности пациентов обдумывать происходящее с ними во время гипноза	
	5) в частых осложнениях гипноза в виде "потери раппорта"	
230)	Существо психотерапии психастенических состояний состоит	ПК -9
	1) ни в чем из перечисленного	
	2) в упорных занятиях аутогенной тренировкой и гипнотическом внушении пациенту уверенности в себе	
	3) в попытках объяснить пациенту его психастенические переживания "законсервировавшимся" комплексом Эдипа	
	4) в психотерапевтически-решительном разоблачении эгоцентрических притязаний пациента	
	5) в объявлении пациенту его сомнений абсурдными и не стоящими внимания	
231)	Отличие болезненного сомнения психастеника от навязчивости состоит в том, что	ПК -5
	1) болезненное сомнение психологически понятно выходит из тревожно-сомневающейся личности психастеника, не чуждо ей своим содержанием	
	2) болезненное сомнение психастеника переходит в бред	

3)	болезненное сомнение психастеника всегда ипохондрического содержания	
4)	навязчивость не трансформируется в параноидный синдром	
5)	навязчивость не уступает лечению внушением	
232)	Существенное отличие клинической психотерапии психастенического психопата заключается	ПК -5
1)	в сложной рациональной работе с психастеником	
2)	в том, что психастенику не показано лечение гипнозом	
3)	в ведущем значении аутогенной тренировки в лечении психастеника	
4)	в практической невозможности существенно помочь астеническому психопату без применения парадоксальной интенции Франкла	
5)	в совершенно обязательных для психастеника групповых психологически ориентированных психотерапевтических приемах	
233)	Существо клинической психотерапии шизоидного психопата состоит	ПК -1
1)	ничего из перечисленного	
2)	в том, что шизоиду противопоказано гипнотическое лечение	
3)	в том, что шизоид нуждается в подробной разъяснительно-просветительной психотерапевтической помощи	
4)	в том, что на первое место в психотерапевтической работе с шизоидами выходит музыкотерапия	
5)	в смягчении преимущественно ипохондрической напряженности астеника, не свойственной шизоиду	
234)	Психотерапия астенических психопатических случаев с известной духовной ограниченностью включает в себя	ПК -5
1)	ободряющие беседы без аналитической усложненности, требования режима жизни	
2)	гипнотические шоковые сеансы	
3)	занятия аутогенной тренировкой, переделывающие личность астенического психопата в агрессивного, уверенного в себе, практического человека	
4)	подробное познание себя и иных характеров с помощью изучения научной, научно-популярной и художественной литературы	
5)	нет верного варианта	
235)	Психопаты астенического круга в занятиях аутогенной тренировкой обнаруживают способность	ПК -5
1)	ничего из перечисленного	
2)	быстро и глубоко расслабляться, легко освобождаться от душевной напряженности	
3)	впадать в суженное помрачение сознания	
4)	сложно-аутистически галлюцинировать (высшая степень аутогенной тренировки)	
5)	катарсически освобождаться от щемящих душу комплексов	

236)	Из препаратов, на время уменьшающих истощаемость, чувство усталости психопатов астенического круга, показаны прежде всего	ПК - 1
	1) сиднокарб	
	2) этаперазин	
	3) галоперидол	
	4) мелипрамин	
	5) амитриптилин	
237)	Известно, что при психотерапии психастенических состояний	ПК - 6
	1) все перечисленное	
	2) психотерапевт выполняет и задачи физиологически-просветительного характера	
	3) следует стремиться превратить индивидуалистически-эгоцентрическую ситуацию в типовую	
	4) следует развенчивать субъективную значимость тяжелых переживаний объективным пониманием присущих им закономерностей	
	5) содействие созреванию есть задача психотерапевта	
238)	По Консторуму в работе с психастеническими пациентами следует подчеркнуть пациенту	ПК - 6
	1) то положительное, что содержится в мучительной самокритике (повышенная требовательность к себе)	
	2) что его гордость - есть главная причина его страдания	
	3) что в постоянном самообвинении нет ни капли мужества и ума	
	4) что первоисточником его мучительной самокритики является действительная его душевная бедность и потому необходимо учиться, работать над собой	
	5) что гипертрофия самокритики - удел примитивных, бездеятельных людей	
239)	Консторум советует постоянно напоминать психастеническим пациентам:	ПК - 6
	1) о необходимости как можно интенсивнее взаимодействовать с окружающей жизнью, что не существует некоей абстрактной воли, поддающейся измерению	
	2) что они и впредь не смогут с собой бороться, потому что нет силы воли, поддающейся изменению	
	3) посмотреть на себя глазами окружающих, чтобы стало не по себе от униженности своего положения	
	4) о требованиях долга	
	5) о совести	
240)	В процессе психотерапии психастеников-подростков Личко рекомендует	ПК - 6
	1) поощрять живое фантазирование	
	2) стремиться прежде всего к рациональным дискуссиям, философии	

	3) остерегаться невербальных форм психотерапии	
	4) широко проводить биологическую терапию нейролептиками	
	5) сразу же вовлекать пациента в групповую психотерапию	
241)	Циклоиды впервые клинически подробно описаны	ПК - 6
	1) Э.Кречмером	
	2) К.Бирнбаумом	
	3) Ф.Минковской	
	4) П.Б.Ганнушкиным	
	5) М.Мюллером и Ф.Мауцем	
242)	Для обозначения циклоидов с пониженным настроением или частыми (несколько раз в день) сменами настроения применяются все следующие обозначения, кроме	ПК - 6
	1) тонко чувствующие джентельмены	
	2) гипотимные циклоиды	
	3) дистимики	
	4) реактивно-лабильные циклоиды	
	5) конституционально-депрессивные циклоиды	
243)	Циклоиды отличаются от больных циклотимией	ПК - 6
	1) дистимическим уровнем аффективных расстройств; психопатическим конституциональным складом	
	2) наличием психотических расстройств	
	3) наличием только субдепрессивных расстройств, но не гипомании	
	4) тем, что сравнительно редко обнаруживается у них пикническое телосложение	
	5) нет верного ответа	
244)	Отношение циклоидов к природе обычно:	УК - 1
	1) символическое с мистическим оттенком	
	2) чувственно-демонстративное с известной холодноватостью	
	3) хозяйственно-снисходительное	
	4) ни одно из перечисленных	
245)	Главная особенность мышления и эмоциональности всякого циклоидного психопата состоит	ПК - 6
	1) в синтонности	
	2) в авторитарности	
	3) в склонности к кулинарным занятиям	
	4) в живом оптимизме	
	5) в быстро проходящей раздражительности	
246)	Существо диатетической пропорции состоит	ПК - 6
	1) ни в чем из перечисленного	
	2) в предрасположенности к спадам настроения	
	3) в одновременном сочетании в душевном состоянии сверхчувствительности и равнодушия к людям	
	4) в склонности к "освежающим взрывам"	
	5) в ярких гуманистических переживаниях; искренности и реалистичности переживаний	

247)	К вариантам циклоидов, выделенных Ганнушкиным, относятся все перечисленные, за исключением	ПК -5
	1) "беспечных любителей жизни"	
	2) конституционально-депрессивных	
	3) конституционально-возбужденных	
	4) циклотимиков	
	5) эмоционально-лабильных	
248)	Психотерапевтические способы, особенно предпочтительные при лечении циклоидов с частыми (много раз в день) перепадами настроения, - это	ПК -5
	1) ничего из перечисленного	
	2) методики форсированной тренировки	
	3) прогрессивная мышечная релаксация Джекобсона	
	4) метод реципрокного торможения (Вольпе)	
	5) методики психологически структурированной групповой психотерапии	
249)	Циклоидам (реактивно-лабильным) в тягостном ипохондрическом состоянии обычно может серьезно помочь	ПК -5
	1) эмоциональная беседа, как бы "встряивающая" дурное настроение, "толкающая" (в том числе юмором) к свету, смеху; музыка Моцарта или Штрауса	
	2) общение с аутистической музыкой, живописью	
	3) живопись Босха, Дали	
	4) беседа с упором на логические доказательства, схемы, научная информация, развенчивающая научно-рассудочно необоснованность их мыслей о какой-либо "страшной болезни"	
	5) нет правильного ответа	
250)	Циклоидам с бурными климактерическими проявлениями может симптоматически выразительно помочь все перечисленное, за исключением:	ПК -2
	1) попытки врачебно строго, с соответствующими упреками "развенчать" эту бурную симптоматику как надуманную, наигранную, не имеющую под собой истинно болезненных нарушений	
	2) френолона в малых дозах	
	3) феназепам	
	4) гипноза-отдыха	
	5) аутогенного погружения	
251)	Особенностью терапии творческим самовыражением в отношении к дефензивным циклоидам является, прежде всего, попытка помочь пациенту творчески	ПК -5
	1) общественно реализовать свою синтонность, оптимистичность	
	2) применить аутистичность своего мышления и чувствования	
	3) смягчить свою дисфорическую напряженность	
	4) реализовать свою способность к рефлексии	
	5) применить во имя добра свое стремление нравиться аудитории, выступать перед публикой	
252)	Чаще всего из циклоидных психопатов и акцентуантов спиваются	ПК -5

	1) синтонные, печальные акцентуанты	
	2) эмотивно-лабильные циклоиды	
	3) гиперсоциальные элптоидные циклоиды	
	4) конституционально-возбужденные	
	5) эксплозивные циклоиды	
253)	Основной и главной шизоидной личностной особенностью является	ПК -2
	1) аутистичность мышления, эмоциональной жизни	
	2) замкнутость, малоразговорчивость	
	3) склонность жить внутренней жизнью	
	4) парадоксальность поступков	
	5) склонность к теоретическому мышлению	
254)	Мышлению шизоида обычно свойственно	ПК -5
	1) умозрительность и символичность, склонность к идеалистически-философским построениям	
	2) синтонность	
	3) склонность к естественно-научным, в духе "здорового смысла" диалектически-материалистическим размышлениям	
	4) схизис	
	5) синтонность и схизис	
255)	Шизоид часто убежден в том, что истинная, вечная, изначальная реальность - это	ПК -5
	1) то, что "выше действительности" в ее житейском понимании; дух	
	2) высокоорганизованная материя	
	3) человеческое тело	
	4) материя в широком смысле	
	5) низменная сущность	
256)	Телосложение шизоидов чаще	ПК -5
	1) лептосомное; диспластическое	
	2) пикническое	
	3) атлетическое	
	4) гиперстеническое	
	5) нет верного ответа	
257)	Термин "шизоид" распространен в психиатрии благодаря	ПК -9
	1) Кречмеру	
	2) Шнейдеру	
	3) Бумке	
	4) Гауппу	
	5) Ганнушкину	
258)	Ганнушкин полагал, что больше всего шизоидов характеризует	ПК -5
	1) верно всё	
	2) отсутствие внутреннего единства и последовательности во всей сумме психики	
	3) причудливая парадоксальность эмоциональной жизни	
	4) причудливая парадоксальность поведения	
	5) аутистическая оторванность от внешнего, реального мира	

259)	Моторике шизоида свойственно все перечисленное, за исключением	ПК -5
	1) эластичности, гармоничности	
	2) угловатости движений	
	3) манерности	
	4) стремления к стилизации	
	5) судорожно стереотипных движений	
260)	Почерку шизоида обычно свойственно	ПК -9
	1) склонность ко всевозможным завиткам; особый наклон букв	
	2) стандартные, будто типографские буквы	
	3) мягкие, округлые очертания букв	
	4) ровные крупные буквы	
	5) мелкие неразборчивые буквы	
261)	Шизоиду трудно (по Ганнушкину)	ПК -5
	1) достаточно точно, трезво представить себе, что происходит вокруг него: проникнуть в душевный мир других людей	
	2) обнаружить способность к самопожертвованию в общечеловеческих вопросах	
	3) обнаружить тонкое эстетическое чувство	
	4) отчетливо увидеть отдельные части окружающего его мира	
	5) замолчать	
262)	Для шизоида характерно все перечисленное, за исключением	ПК - 6
	1) обычно глубоко синтонен	
	2) находиться в постоянном непримиримом внутреннем конфликте с самим собой	
	3) отчуждения от действительности	
	4) обнаруживает время от времени аффективные разряды	
	5) способности к большому пафосу	
263)	Шизоиды в большинстве своем обладают	ПК - 6
	1) способностью проявлять много чувствительности к незнакомым, воображаемым ими людям; высокой раздражительностью	
	2) тонким "аффективным резонансом" к чужим переживаниям	
	3) способностью понять горе и радость людей, которые их окружают	
	4) склонностью к неприятной душевной напряженности	
	5) тонким "аффективным резонансом" к чужим переживаниям	
264)	Существо психестетической пропорции (по Э.Кречмеру) заключается	ПК - 6
	1) в одновременном существовании в душевной жизни гиперестетических и анестетических элементов; эмоциональной аутистичности	
	2) эмоциональной аутистичности	
	3) в склонности человека к наслаждению красотой	
	4) в мыслительно-эмоциональной расщепленности	

5)	в противоречивом переживании в душе чувства любви и одновременно ненависти к какому-то человеку	
265)	Главная, основная особенность мышления и эмоциональности всякого шизоидного психопата состоит	ПК - 5
1)	в аутистичности мышления и чувствования	
2)	в высокой осторожности общения с людьми	
3)	в пойкилотимности настроения	
4)	в душевной замкнутости, высокой осторожности в общении с людьми	
5)	в склонности к абстрактным размышлениям, к мечтательности	
266)	Шизоидам свойственна (по Ганнушкину)	ПК - 6
1)	все перечисленное	
2)	неправильное течение интеллектуальных процессов; склонность к построениям, исходящим не из фактов, а из схем, основанных на игре слов	
3)	любовь к несовместимым логическим ситуациям, эмоциональная дисгармония	
4)	стремление к сближению понятий, к действительности ничего общего между собой не имеющих	
5)	эмоциональная дисгармония	
267)	Шизоидные психопаты обычно	ПК - 6
1)	упрямы, негативистичны	
2)	внушаемы	
3)	волевые во всем	
4)	не способны к чрезвычайно большим интеллектуальным или художественным достижениям	
5)	послушны	
268)	Мимозоподобная замкнутость шизоида объясняется (по Ганнушкину)	ПК - 5
1)	неспособностью найти адекватный способ общения или высказаться до конца, людским непониманием	
2)	чрезмерной ранимостью	
3)	непониманием в семье	
4)	известной циклоидностью	
5)	переменчивым настроением	
269)	Главное в психотерапевтической работе с шизоидом	ПК - 6
1)	помочь шизоиду применить общественно полезно его аутистичность	
2)	занятия аутогенной тренировкой, переделывающие характер	
3)	суггестией усилить общительность шизоида, его трезвый взгляд на жизнь, склонность к разумным компромиссам	
4)	экстравертировать шизоида для общественной пользы	

5) помочь ему активированием, трудом сделаться более общительным, более реалистическим человеком	
270) Основными особенностями терапии творческим самовыражением в применении к дефензивным шизоидам являются	ПК - 5
1) ничего из перечисленного	
2) стремиться реконструировать личность пациента таким образом, чтобы видел, чувствовал природу жизненно-реалистически, солнечно-уютно	
3) рекомендовать систематическое слушание музыки Штрауса, Моцарта, Россини	
4) по возможности ограждать пациента от чтения таких писателей, как Пруст, Гессе, Джойс	
5) больше заниматься живописью, меньше - творческой фотографией	
271) Существо клинико-терапевтической помощи шизоидному психопату (с переживанием своей неполноценности) состоит в том, чтобы	ПК - 6
1) ничего из перечисленного	
2) помочь шизоиду непременно проникнуться каким-то аутистическим мистическим учением	
3) в «группах встреч» (Роджерс) помочь шизоиду сделаться общительнее, откровеннее с людьми	
4) в психоаналитических занятиях вскрыть причину шизоидной неуверенности в себе как всегдашний зафиксировавшийся с детства страх перед отцом за эротическое вождление к матери	
5) постараться всячески в индивидуальных беседах и групповой работе перестроить его аутистическое мышление в конкретно-реалистическое	
272) Самые частые особенности сомнамбулической картины гипноза у шизоидных психопатов состоят	ПК - 5
1) в относительной отрешенности пациента в гипнозе от психотерапевта, его внушений, в наполненности картины гипноза самостоятельными, своими собственными образами, переживаниями	
2) в агрессивном возбуждении в гипнозе	
3) в неспособности к галлюцинаторным переживаниям в сомнамбулическом гипнозе	
4) в нелепом, неадекватном поведении в гипнозе	
5) в легком переходе гипнотического сна в естественный	
273) Главными особенностями психики истероидных психопатов являются (по Ганнушкину)	ПК - 6
1) отсутствие объективной правды как по отношению к другим, так и к самому себе, стремление во что бы то ни стало обратить на себя внимание окружающих	
2) слабволие	
3) живое воображение	
4) прямолинейное мышление	
5) стремление к тому, чтобы окружающие о нем забыли	

274)	Истерический психопат обычно способен (по Ганнушкину)	ПК - 2
	1) совершать красивые подвиги, увлекая за собой толпу, к актам подлинного самопожертвования, к демонстративности	
	2) совершать поступки, выполнять работы, требующие длительного напряжения	
	3) к порочным привязанностям	
	4) к глубоким интересам в науке и искусстве	
	5) затаиться от общества	
275)	Истерическому психопату свойственно (по Ганнушкину)	ПК - 6
	1) лживость, эгоцентризм	
	2) аутистичность	
	3) садистическая жестокость	
	4) нерешительность	
	5) застенчивость	
276)	Истерические психопаты обычно наделены (по Ганнушкину)	ПК - 1
	1) неестественностью и фальшивостью	
	2) простодушной непосредственностью	
	3) прочными убеждениями	
	4) глубиной, оригинальностью в психологическом творчестве	
	5) выносливостью и работоспособностью	
277)	Для истерического психопата типичны (по Ганнушкину)	ПК - 6
	1) завистливость, ревнивость, мстительность	
	2) способность сознавать свои ошибки	
	3) склонность к самообвинению	
	4) дисфоричность	
	5) доброта	
278)	Истерические психопаты обычно	ПК - 9
	1) эмансипируются от фактов	
	2) углублены в свои внутренние переживания	
	3) забывают в своих мыслях, в своей отрешенности о происходящим кругом	
	4) не способны тонко и остро воспринимать что-либо	
	5) воспринимают все вокруг в виде ярких образов и представлений	
279)	Истерический психопат способен (по Ганнушкину)	ПК - 6
	1) на все перечисленное	
	2) на высокомерие	
	3) на всевозможные унижения; готовность подчиняться чему-угодно	
	4) на упрямство до негативизма	
	5) выносливость, настойчивость	
280)	Дефензивные истерические психопаты нередко	ПК - 6
	1) все перечисленное	
	2) переживают свою неполноценность	
	3) обнаруживают тревожность или застенчивость	

	4) отличаются душевной сложностью, склонностью к анализу	
	5) обнаруживают отчетливую инфантильность	
281)	Существо клинико-терапевтической помощи истерическому психопату с жалобами на трудности характера состоит в том, чтобы	УК - 1
	1) ничего из перечисленного	
	2) всячески скрывать от людей свою характерологическую демонстративность	
	3) внушением в гипнозе переделать стремление казаться лучше, чем есть на самом деле, в стремлении быть лучше с помощью упорного внутреннего (не внешнего) самоусовершенствования; помочь с помощью психоанализа Юнга изжить свою незрелость (детскость)	
	4) с помощью аутогенной тренировки выработать в себе безразличие к тому, что люди не восхищаются тобой	
	5) всячески ослаблять, «гасить» свою красочную чувственную яркость	
282)	К особенностям гипноза у истерических психопатов относятся	ПК -5
	1) сомнамбулическая картина гипноза; самолюбивое сопротивление гипнотизации	
	2) частые осложнения гипноза шизофреническими вспышками	
	3) легкий переход из гипнотического сна в естественный	
	4) осложнение гипноза судорожными эпилептическими припадками	
	5) нет верного ответа	
283)	Для смягчения истерической аффективности специалисты чаще всего рекомендуют	УК - 1
	1) аминазин	
	2) мелипрамин	
	3) сиднокарб	
	4) галоперидол	
	5) имизин	
284)	Консторум полагает, что истерические личности перевоспитываются, прежде всего	ПК -5
	1) деятельностью, трудом	
	2) внушением в бодрствующем состоянии	
	3) гипносуггестивным воздействием	
	4) рациональной беседой	
	5) психоанализом Фрейда	
285)	Неустойчивые психопаты (по Ганнушкину)	ПК -5
	1) душевно неглубоки, но часто милые собеседники	
	2) склонны к дисфорическим взрывам	
	3) душевно холодны	
	4) аутистичны	
	5) горячи душой	

286)	Там, где принято систематически трудиться без пьянства, неустойчивые психопаты (по Ганнушкину)	ПК -6
	1) идут в ногу со всеми и не выделяются своими нравственными качествами	
	2) все равно обнаруживают истерические взрывы	
	3) всегда резко выделяются из среды здоровых людей бурными конфликтами с кем-то	
	4) противопоставляют себя другим всяческим хулиганством	
	5) дисфоричны	
287)	Неустойчивый психопат способен компенсироваться (по Ганнушкину)	ПК - 6
	1) в условиях постоянной опеки, находясь под давлением сурового жизненного уклада или в руках человека, не выпускающего его из под наблюдения	
	2) в кругу семьи, мягко, нежно опекающей его, не докучающей ему упреками	
	3) в среде еще более тяжелых своей неустойчивостью психопатов, нежели он сам	
	4) среди друзей, желающих помочь	
	5) в окружении незнакомых людей, презирающих его	
288)	Хронический алкоголизм на неустойчивой личностной почве	ПК -9
	1) чаще протекает злокачественно	
	2) возникает преимущественно в среднем возрасте	
	3) имеет обычно хороший прогноз в случае квалифицированного лечения	
	4) обычно протекает вяло, малопрогрессиентно	
	5) встречается довольно редко	
289)	Антисоциальные психопаты (по Ганнушкину)	ПК -5
	1) лживы для маскировки инстинктов, тянутся к чувственным наслаждениям	
	2) склонны привязываться к самым близким людям	
	3) не есть прирожденные преступники в понимании Ломброзо	
	4) отличаются лживостью из потребности порисоваться	
	5) правдивы	
290)	Антисоциальные психопаты (по Ганнушкину) часто бывают	ПК - 6
	1) злобными, жестокими, холодными резонерами, сластолюбцами	
	2) застенчивыми и тревожными	
	3) синтонно-дефензивными	
	4) утонченно-аутистическими	
	5) навязчиво-совестливыми, ананкастическими	
291)	Антисоциальную психопатию (по Ганнушкину) следует дифференцировать прежде всего	ПК - 9
	1) с шизоидной психопатией и шизофренией	
	2) с психастенической психопатией	
	3) с циклоидной психопатией	
	4) с ананкастической психопатией	

	5) с маниакально-депрессивным расстройством	
292)	Различным органическим психопатам свойственно все перечисленное, кроме:	ПК - 6
	1) склонности к сомнениям, анализу	
	2) склонности к бурным, быстро угасающим реакциям	
	3) бестормозности	
	4) простодушия	
	5) авторитарности	
293)	Обычно органические психопаты отличаются (по Сухаревой)	УК - 1
	1) сочетанием различных характерологических радикалов; отсутствием усидчивости	
	2) духовной тонкостью	
	3) живой детской романтичностью	
	4) астеническим телосложением	
	5) добротой	
294)	Патологическое развитие личности (по Ганнушкину)	ПК - 6
	1) слагается из ряда реакций	
	2) обнаруживается в легких, обратимых изменениях личности	
	3) есть одна из форм патологического процесса	
	4) это все равно, что затянувшаяся фаза	
	5) это все равно, что долгая декомпенсация личности	
295)	Конституциональное развитие опирается в основном	ПК - 6
	1) на личность	
	2) на характер психической травмы	
	3) на вегетативные дисфункции пациента	
	4) на картину психотравмирующей ситуации	
	5) на длительность действия психической травмы	
296)	Психотерапевтическая задача при работе с пациентами с астеническим развитием личности заключается в том, чтобы	ПК - 5
	1) разъяснить пациенту несерьезность тех симптомов, которые он у себя нашел, и возможность их устранения путем самовоспитания	
	2) найти патогенный конфликт с помощью психоаналитических сеансов	
	3) работать с пациентом способом протреники	
	4) гипнотическими сеансами снять истошаемость, усталость	
	5) внушением в бодрствующем состоянии вызвать критическое отношение к своим астеническим расстройствам	
297)	В основе почти всех случаев паранойального развития, закончившегося кристаллизацией стойкой бредовой системы, обычно лежат все следующие моменты, кроме:	ПК - 6
	1) ананкастических переживаний	
	2) желания осуществить свои невыполнимые желания	
	3) борьбы за справедливость против действительных ее нарушителей	

4)	борьбы за справедливость против мнимых ее нарушителей	
5)	сверхценных идей	
298)	Принято выделять следующие типы патологического развития личности	ПК -5
1)	истерический; ипохондрический	
2)	ипохондрический и шизофренический	
3)	шизофренический и эпилептический	
4)	циклоидный и истерический	
5)	эпилептический и циклоидный	
299)	Понятие «черепно-мозговая травма» охватывает следующие расстройства	ПК - 6
1)	механическое повреждение сосудов и оболочек мозга	
2)	органическое повреждение костей черепа различного генеза	
3)	всякое органическое нарушение больших полушарий мозга	
4)	опухоль мозжечка	
5)	повреждения костей черепа	
300)	Закрытые травмы черепа имеют следующие разновидности, кроме:	ПК -5
1)	непроникающих и проникающих	
2)	коммоции	
3)	контузии	
4)	компрессии	
5)	нет верного ответа	
301)	При ретроградной амнезии, наступающей в результате закрытой черепно-мозговой травмы, может забываться	ПК -9
1)	момент самой травмы; дни и месяцы после травмы	
2)	недели перед травмой, дни и часы перед травмой	
3)	годы перед травмой	
4)	важные даты жизни	
5)	сглаживание в памяти мелких деталей травмы	
302)	Постоянным симптомом острого периода любой закрытой черепно-мозговой травмы является	ПК -5
1)	астения	
2)	слабодушие	
3)	обилие соматических жалоб	
4)	выраженные вестибулярные расстройства	
5)	горизонтальный нистагм	
303)	При легкой черепно-мозговой травме	ПК -5
1)	может быть головная боль, головокружение, тошнота, рвота	
2)	первоначальное отключение сознания длится не более 1-2 секунд	
3)	последующего отключения нет	
4)	ретроградной амнезии нет	
5)	никогда не бывает головной боли	

304)	При черепно-мозговой травме средней степени тяжести	ПК -2
	1) отмечается в остром периоде отчетливая астения	
	2) ретроградная амнезия может охватывать события лишь нескольких часов	
	3) антероградной амнезии нет	
	4) может наступить в остром периоде сопора	
	5) постоянна фиксационная амнезия	
305)	Типичными формами острых травматических психозов являются все перечисленные, исключая:	ПК -5
	1) парафрению	
	2) делирий	
	3) онейроид	
	4) корсаковский синдром	
	5) акинетический мутизм	
306)	Осевыми расстройствам всех травматических психозов острого периода черепно-мозговой травмы являются	ПК -5
	1) измененное сознание и астения	
	2) конфабуляции	
	3) депрессия	
	4) яркие сновидения	
	5) депрессия	
307)	Типичные пароксизмальные состояния травматического происхождения – это	ПК -1
	1) пароксизмы психосенсорных расстройств; сенесто-ипохондрические пароксизмы; состояние экстаза с ощущением полета	
	2) выключения сознания на 1-2 мин с обездвиживанием и амнезией	
	3) острые навязчивые расстройства	
	4) сенестопато-ипохондрические пароксизмы	
	5) нет верного ответа	
308)	Прогностически неблагоприятными симптомами, свидетельствующими о значительной тяжести травмы, возникающими в остром периоде черепно-мозговой травмы, являются	ПК - 1
	1) антероградная амнезия	
	2) пароксизмальные атетонидные состояния	
	3) феномен «уже виденного»	
	4) эпилептиформные припадки	
	5) пароксизмальные хореоформные состояния	
309)	Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы чаще всего выходят на первый план в клинической картине через	ПК - 6
	1) несколько месяцев или год после травмы	
	2) несколько недель после травмы	
	3) несколько лет после травмы	
	4) 10-12 лет после травмы	
	5) через десятки лет после травмы	
310)	Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы проявляются обычно	ПК - 1
	1) верно всё	
	2) циклотимоподобными нарушениями	

3)	эндоморфными психозами	
4)	состояниями слабоумия	
5)	через несколько месяцев или год после травмы	
311)	Травматическая астения обычно проявляется всем перечисленным, за исключением:	ПК - 6
1)	психопатоподобных нарушений	
2)	непродолжительными вспышками расстройства настроения с раскаянием	
3)	нерешительности	
4)	тревожных опасений	
5)	придирчивости и вздорности	
312)	Различают следующие варианты травматической энцефалопатии	ПК - 1
1)	с астеническим синдромом, апатией и психопатизацией	
2)	с галлюцинаторно-бредовыми расстройствами	
3)	с судорожным синдромом	
4)	со слабоумием	
5)	нет верного ответа	
313)	Пароксизмальные состояния как отдельные последствия черепно-мозговой травмы чаще всего проявляются всеми перечисленными состояниями, за исключением:	ПК -2
1)	больших судорожных припадков джексоновского типа	
2)	абсансов	
3)	малых припадков	
4)	катаплексических пароксизмов	
5)	психосенсорных расстройств	
314)	Из отдаленных последствий травмы головного мозга могут развиваться психозы	ПК -2
1)	с галлюцинаторно-бредовыми и аффективными картинами	
2)	с парафреническими картинами	
3)	с психастеническими картинами	
4)	с делириозными картинами	
5)	с онейроидными картинами	
315)	При повышенной возбудимости, эксплозивности в отдаленный период травмы головы показаны прежде всего:	ПК -9
1)	аминазин и неупелтил	
2)	средние дозы сиднокарба	
3)	инъекции стрихнина	
4)	спинномозговые пункции	
5)	фиксация к кровати	
316)	Обязательной предпосылкой систематической психотерапевтической работы с больными, страдающими отдаленными последствиями закрытых черепных травм является:	ПК -2
1)	наличие у пациента известной воли к здоровью и полного доверия к врачу	
2)	смягчение душевной напряженности пациента с помощью хлоралгидрата в клизме	

3)	развенчивание в глазах пациента «особой тяжести» его нервных переживаний	
4)	дружеское, "на равных" отношение врача к больному, при котором пациент чувствует- понимает, что не менее врача разбирается в своих болезненных расстройствах	
5)	убеждение врачом пациента, что тот не страдает никаким серьезным заболеванием	
317)	В психотерапевтической работе с больными, страдающими отдаленными последствиями закрытых травм черепа, следует (по Консторуму):	ПК -5
1)	все перечисленное	
2)	разъяснять, что постоянно тренируя внимание и моторику, пациент скоро поправится	
3)	суггестивно воздействовать на пациента	
4)	всячески доказывать больному, что ему все легче, что он лучше, чем сам о себе думает; разъяснять ему, что характер его расстройств нестойкий, обратимый	
5)	психотерапевтически использовать всякое благотворное, достигнутое специальными методами, биологическое переключение, сдвиг в отношении нейро-соматической симптоматики	
318)	В психотерапевтической работе с больными, страдающими отдаленными последствиями ЗТЧ, в случаях вспыльчивости, доходящей до агрессии, врачу провести все перечисленное, за исключением:	ПК -5
1)	полагаться, в основном, на седативные препараты и суггестию	
2)	спокойно разбирать с пациентом каждый срыв	
3)	обращаться к интеллекту, социальному сознанию пациента	
4)	приступить к «большой психотерапии»	
5)	стремиться перевоспитать больного человека	
319)	Для больных с начальными церебральными сосудистыми расстройствами характерны жалобы:	ПК -5
1)	на все перечисленное	
2)	на головокружения, возникающие часто при перемене положения тела	
3)	на ритмический, меняющийся в интенсивности шум в ушах	
4)	на утренние затылочные головные боли, ощущение тяжелой, неясной головы	
5)	на приступообразное головокружение	
320)	Для больных с начальными церебральными сосудистыми расстройствами характерны все перечисленные признаки, за исключением:	УК - 2
1)	чувства собственной измененности	
2)	парестезии в области лица	
3)	частого пробуждения с невозможностью снова заснуть	
4)	явного замедления, затруднения мышления и речи	
5)	нарушения симультанного восприятия	

321)	У больных с начальными церебральными сосудистыми расстройствами обычно легко возникает все перечисленное, за исключением:	ПК -5
	1) беспечно-эйфорического отношения к своим соматическим расстройствам	
	2) ипохондрических реакций	
	3) фобических симптомов	
	4) страха смерти	
	5) повышенной фиксации на различных соматических расстройствах	
322)	При развитии сосудистого заболевания в инволюционном периоде в характере больного обычно:	ПК -5
	1) усиливается нерешительность, неуверенность в себе, склонность к ипохондрии	
	2) появляется паранойальный бред	
	3) нарастает выраженная ригидность	
	4) возникает огрубление личности	
	5) формируется недовольно-неприятное отношение к окружающим	
323)	В картину так называемой лакунарной сосудистой деменции входит:	ПК -9
	1) затрудненность и замедленность психических процессов, речи и моторики	
	2) известная сохранность навыков поведения, личностных установок, отношений и реакций — всего, что составляет так называемое ядро личности	
	3) сохранность грубой или частичной ориентировки	
	4) склонность к слезливости и реакциям слабодушия вплоть до так называемого недержания аффекта	
	5) снижение психической активности и уровня интеллектуальной деятельности	
324)	При групповой психотерапии больных, страдающих сосудистыми мозговыми заболеваниями:	ПК - 2
	1) рассматриваются с врачом в группе клинические особенности заболевания, течение, прогноз	
	2) ни в коем случае не обсуждаются проблемы, связанные с подготовкой к выходу на пенсию	
	3) учатся с помощью специальных приемов оставаться на высоте в сексуальных отношениях;	
	4) пациенты учатся слушать и постигать известные произведения Баха и Бетховена в порядке музыкотерапии.	
	5) больные изучают различные человеческие характеры для улучшения межличностных отношений	
325)	При групповой психотерапии постинсультных больных производится все перечисленное, за исключением:	УК - 2
	1) лечение осуществляется в больших группах	
	2) применяется прием «коррекции масштаба переживания»	
	3) применяется прием "психотерапевтического зеркала"	
	4) используются игровые методики	

5) применяется идеомоторная тренировка	
326) При групповой психотерапии в системе восстановительного лечения больных с последствиями инсульта (в т. ч. с афазией) проводятся все перечисленные типы занятий по восстановлению речи, кроме:	ПК - 6
1) с применением специального цветного кино	
2) стимулирующего характера	
3) в процессе труда, общения	
4) растормаживающего характера	
5) клубного типа	
327) Наиболее типичным расстройством острой стадии эпидемического энцефалита является:	ПК - 6
1) патологическая сонливость и летаргия	
2) гиперкинетические расстройства	
3) онейроидные расстройства	
4) делириозные расстройства	
5) нет верного ответа	
328) При эпидемическом энцефалите между острой и хронической стадией чаще всего наблюдаются следующие расстройства:	УК - 2
1) все перечисленное	
2) пониженное настроение с оттенком дисфории	
3) апатия	
4) слабость	
5) утомляемость	
329) В хронической стадии эпидемического энцефалита обычно обнаруживаются:	ПК - 6
1) все перечисленное	
2) брадифрения	
3) паркинсонизм	
4) пониженная эмоциональная отзывчивость	
5) амиостатический и акинетически-гипертонический синдромы	
330) Гипнотическое воздействие способно ослаблять все следующие расстройства, кроме (по Платонову):	УК - 1
1) расстройств памяти при прогрессивном параличе	
2) дизартрии при рассеянном склерозе	
3) парезов и параличей при рассеянном склерозе	
4) интенционного дрожания при рассеянном склерозе	
5) табетических гастритических кризов	
331) Гипнотерапия способна существенно помогать в следующих случаях органических заболеваний мозга:	ПК - 6
1) при всем перечисленном	
2) при неврозоподобной симптоматике психогенного происхождения и непсихогенной природы	
3) при парезах и параличах	
4) при фантомных болях	
5) при интенционном дрожании	
332) К наиболее частым психическим изменениям при опухолях мозга (на ранних этапах заболевания) относятся:	ПК - 6

1) расстройства сознания, обнубиляция и оглушенность	
2) парафренные состояния	
3) слабоумие	
4) онейроидные расстройства	
5) эпилепсия	
333) Типичными расстройствами при болезни Паркинсона являются:	УК - 2
1) повышение мышечного тонуса, бедность движений, равномерный «тремор покоя»	
2) патологическая застенчивость, нерешительность	
3) астазия-абазия	
4) гипотонически-гиперкинетический синдром	
5) верного ответа нет	
334) Гипнотерапия явственно симптоматически помогает при:	ПК - 6
1) болезни Паркинсона	
2) болезни Пика	
3) старческой парафрении	
4) при пресбиофрении	
5) при сенильной аграфии	
335) Гипнотическое внушение может серьезно помочь при всех перечисленных поражениях, за исключением:	УК - 1
1) заячьей губы	
2) невралгии тройничного нерва	
3) спонтанных болей	
4) сколиоза	
5) ишиаса	
336) «Основное», нозологически специфическое для шизофрении расстройство было впервые подробно описано:	ПК - 6
1) Блейлером	
2) Снежневским	
3) Груле	
4) Штранским	
5) Берце	
337) Симптомами «первого ранга» при шизофрении, в сущности, являются:	ПК - 6
1) проявления синдрома Кандинского, дефицитарные синдромы	
2) навязчивости	
3) депрессивные расстройства	
4) расстройства сознания	
338) Систематика шизофрении (по Снежневскому) включает следующие формы шизофрении:	УК - 2
1) все перечисленное	
2) шубообразную	
3) рекуррентную	
4) непрерывнотекущую	
5) приступообразно-прогредиентную и приступообразную	
339) В стереотип развития малопрогредиентной шизофрении (по Смулевичу) входят следующие периоды:	ПК - 6

1) активный период и период стабилизации с редуцией позитивных расстройств и изменениями личности на первом плане; латентный	
2) период резкого падения психической активности	
3) период дисморфофобических аффектов	
4) не подразделяются на периоды	
5) среди перечисленного нет верного ответа	
340) Типичными особенностями малопргредиентной шизофрении с явлениями деперсонализации являются все перечисленные, кроме	ПК - 5
1) обычного отсутствия склонности к рефлексии в преморбиде	
2) переживания потери эмоционального резонанса	
3) ощущения собственной измененности	
4) хронифицирующейся тревожной депрессии	
5) обычной, со временем, стабилизацией процесса (стойкой ремиссией с остаточной симптоматикой)	
341) Типичными особенностями ипохондрической шизофрении являются все перечисленные, за исключением:	ПК - 6
1) бредовой ипохондрии	
2) соматопсихической деперсонализации	
3) сенестопатии	
4) нозофобии	
5) навязчивой ипохондрии	
342) Типичными особенностями небредовой ипохондрии являются:	ПК - 5
1) правильно всё	
2) сенестезии	
3) чувство легкости и пустоты внутри тела	
4) жалобы на горячие волны от сердца к сосудам	
5) больные могут назвать день заболевания	
343) Типичными особенностями сенестопатической шизофрении являются:	ПК - 9
1) многообразные алгические ощущения; изменчивость, подвижность сенестопатических ощущений	
2) живая психика со склонностью к разнообразным интересам, юмору в преморбиде	
3) обычно полное исчезновение сенестопатий на поздних этапах болезни	
4) боязливое самообладание, ипохондрическая переработка болезненных ощущений	
5) нет верного ответа	
344) Типичными особенностями малопргредиентной шизофрении с истерическими проявлениями являются:	ПК - 6
1) все перечисленное	
2) обычно - капризность, упрямство в преморбиде	
3) истерические припадки, обмороки, психогенные галлюцинации	
4) сенестопатии, немотивированная тревога	
5) явления болезненной психической анестезии	

345)	Типичными особенностями малопрогрессиентно-шизофренических навязчивостей являются:	ПК - 9
	1) больной все меньше, слабее борется со своими навязчивостями	
	2) содержание навязчивостей не теряет своей психологической понятности	
	3) сохраняется полная критика к содержанию навязчивых переживаний	
	4) многолетнее сохранение навязчивостями живой, аффективной окраски	
	5) частный переход навязчивостей в бред	
346)	К психоаналитическим концепциям (гипотезам) патогенеза шизофрении относятся:	ПК - 6
	1) феноменологически-экзистенциальная модель, индоламиновые гипотезы	
	2) циклопентановые гипотезы	
	3) трансперсональная модель	
	4) гуманистически-бихевиоральная концепция	
	5) нет верного ответа	
347)	При лекарственном лечении стойких, резистентных к транквилизаторам навязчивых шизофренических расстройств, применяют следующие нейролептики:	ПК - 2
	1) модитен-депо, флюспирилен	
	2) феназепам	
	3) диазепам	
	4) оксидиазепоксид	
	5) гиндарин	
348)	При малопрогрессиентной шизофрении с деперсонализацией применяют следующие антидепрессанты:	ПК - 6
	1) пиразидол	
	2) аминазин	
	3) пропазин	
	4) терален	
	5) этаперазин	
349)	Сущность психотерапии «шизофрении в ее постпроцессуальных стадиях» состоит (по Консторуму):	ПК - 5
	1) в активировании, в мобилизации тех резервов личности, которые часто не разрушены, а лишь временно нарушены, заторможены; в трудовой терапии и трудоустройстве	
	2) в оживлении в групповой терапии	
	3) в гипнотическом воздействии	
	4) в рациональной психотерапии	
	5) в трансперсональной терапии	
350)	Неврозоподобными принято считать те случаи малопрогрессиентной шизофрении, которые:	ПК - 2
	1) обнаруживаю себя неврозоподобными расстройствами со сравнительной критикой к ним	
	2) клинически более похожи на психопатии, чем на неврозы	
	3) характеризуются весьма мягкой параноюльностью	

4)	протекают малопргредиентно, без острых бредовых и галлюцинаторных расстройств	
5)	не обнаруживают явной шизофренической расщепленности	
351)	К неврозоподобным шизофреническим расстройствам не относятся:	ПК - 1
1)	мягкие паранояльные расстройства; эксцессы "ех	
2)	деперсонализационные расстройства	
3)	психастеноподобные расстройства	
4)	истероподобные расстройства	
5)	верного ответа нет	
352)	Практически у всех больных неврозоподобной шизофренией обнаруживаются:	ПК - 6
1)	эндогенные аффективные колебания, schisis	
2)	рудиментарные галлюцинаторные расстройства	
3)	рудиментарные бредовые расстройства	
4)	сенестопато-ипохондрические расстройства	
5)	нет верного ответа	
353)	К основным классическим клинико-психотерапевтическим принципам в работе с больными шизофренией относятся все перечисленные, за исключением:	ПК -5
1)	принципа критического наступления на бредовые и сверхценные, навязчивые построения	
2)	принципа особого значения интимного, эмоционально-тесного контакта с врачом	
3)	эмоционального благотворного оживления пациента различными способами	
4)	активирования как воздействия на психику, в конечном счете, через моторику-поведение	
5)	доверительного обучения больного известной диссимуляции	
354)	Так называемое «вхождение» психотерапевта в мир своего шизофренического пациента принято на Западе называть всеми перечисленными терминами, кроме:	ПК - 9
1)	"психотерапевтическое зеркало"	
2)	«душевная близость»	
3)	«идентификация»	
4)	«терапевтическая любовь»	
5)	«интенциональность»	
355)	По Бенедетти "вхождение" психотерапевта в мир шизофренического пациента выражается всем перечисленным, кроме:	ПК - 6
1)	психотерапевт начинает подробно разбираться в логике пациента	
2)	части больной личности интроецируются психотерапевтом	
3)	части личности психотерапевта принимаются пациентом	
4)	сновидения психотерапевта отражают тревоги пациента	
5)	сновидения пациента структурируются внутренними движениями психотерапевта	

356)	Эмоциональный контакт без которого невозможна квалифицированная психотерапия невротоподобной шизофрении, основывается (В.Е.Рожнов):	ПК - 5
	1) на подробном знании клиники заболевания	
	2) на тонком знании клиники заболевания	
	3) на способности выказать искренний заботливый интерес к личности пациента	
	4) на способности открыть пациенту в известных границах собственную личность	
	5) все перечисленное	
357)	Важными моментами психотерапии невротоподобной шизофрении являются (по Л.И.Завилянской, 1987):	ПК - 6
	1) все перечисленное	
	2) подлинное человеческое участие	
	3) дружеское сочувствие врача	
	4) дидактические занятия	
	5) разъяснение особенностей обратного развития заболевания для создания лечебной перспективы	
358)	Показанием к психотерапии шизофрении (постпроцессуальные случаи), по Консторуму, служит:	ПК - 1
	1) правильно всё	
	2) переживание больным своей недостаточности	
	3) стремление преодолеть свою недостаточность	
	4) установки на данного врача	
	5) преобладание элементов эмоционального оскудения над элементами интрапсихической атаксии	
359)	Считается, что при лечении больных шизофренией гипнотерапию не следует применять:	ПК - 6
	1) при параноидной шизофрении	
	2) при страхе повторения болезни	
	3) при тенденции к навязчивостям	
	4) при психастенических расстройствах	
	5) при ипохондрических расстройствах с резко выраженными изменениями личности	
360)	Маниакально-депрессивный психоз при многолетнем течении приводит:	ПК - 5
	1) к своеобразной деменции	
	2) к псевдопсихопатическим расстройствам	
	3) к акцентуации характера	
	4) к патологическому развитию личности по ипохондрическому или депрессивному типу	
	5) ни к чему из перечисленного	
361)	Разновидностями маниакально-депрессивного психоза являются:	ПК - 6
	1) циклотимия и циклофрения	
	2) циркулярное помешательство	
	3) циркулярный психоз	
	4) циклоиды	
	5) ничего из перечисленного	
362)	Депрессивные и маниакальные фазы при маниакально-депрессивном психозе разделены:	ПК - 1

	1) интермиссиями	
	2) ремиссиями	
	3) экзацербациями	
	4) вялым течением эндогенного процесса	
	5) невротическими состояниями	
363)	Сходные с маниакально-депрессивным психозом приступообразные психозы – это:	ПК - 6
	1) шизоаффективные и реактивные психозы; некоторые симптоматические психозы	
	2) корсаковский психоз	
	3) алкогольный бред ревности	
	4) бред отношений	
	5) нет верного ответа	
364)	В структуре фазы маниакально-депрессивного психоза могут присутствовать:	ПК - 2
	1) сенестопатии, навязчивости, соматовегетативные нарушения	
	2) кататонические расстройства	
	3) психоорганические расстройства	
	4) онейроидные расстройства	
	5) судорожный синдром	
365)	Выделяют следующие разновидности депрессивных фаз при маниакально-депрессивном психозе:	ПК - 6
	1) все перечисленное	
	2) ажитированные	
	3) тоскливые	
	4) адинамические и тревожные	
	5) анестетические	
366)	Сложные депрессии при маниакально-депрессивном психозе подразделяются на депрессии:	ПК - 9
	1) с бредом, навязчивостями	
	2) с корсаковским синдромом	
	3) с аментивными расстройствами	
	4) с вербигерацией	
	5) с судорожным синдромом	
367)	Начальная стадия циркулярной депрессии обычно проявляется:	ПК - 6
	1) соматовегетативными нарушениями	
	2) безволием, бессилием	
	3) мучительной тоской	
	4) убеждением в утрате присущих человеку качеств	
	5) резко замедленными движениями	
368)	Основными вариантами развернутой депрессии при маниакально-депрессивном психозе являются:	ПК - 2
	1) тоскливая депрессия с витальной тоской и психомоторной заторможенностью	
	2) шизоидная депрессия	
	3) кататоническая депрессия	
	4) кинестетическая депрессия	
	5) ажитированная депрессия	
369)	Различают все следующие типы депрессивных фаз при маниакально-депрессивном психозе, кроме:	ПК - 6

1) циклотимических кататоний и циклотимических парафрений	
2) простых циркулярных депрессий	
3) меланхолических парафрений	
4) бредовых циркулярных депрессий	
5) нет верного ответа	
370) Различают все следующие клинические варианты маниакальных фаз при маниакально-депрессивном психозе, кроме:	ПК - 1
1) маний с синдромом Кандинского; эротических маний	
2) веселых, «солнечных» маний	
3) маний со скачкой идей	
4) гневливых маний	
5) нет верного ответа	
371) В начальной стадии мании при маниакально-депрессивном психозе обнаруживается:	ПК - 6
1) чувство бодрости и физического благополучия	
2) циничность и высказывания	
3) беспорядочная агрессия	
5) беспорядочная агрессия	
372) Крепелин выделил следующие смещения маний с депрессиями при маниакально-депрессивном психозе (смешанные состояния):	УК - 2
1) Всё перечисленное	
2) депрессивная или тревожная мания	
3) депрессия со скачкой идей	
4) мания со скачкой идей, радостью	
5) мания с психомоторной заторможенностью	
373) Наиболее часто встречающимися атипичными фазами маниакально-депрессивного психоза являются:	ПК - 6
1) сенесто-ипохондрические депрессии и депрессии с явлениями навязчивости	
2) кататоно-онейроидные картины	
3) парафренные картины	
4) аментивные картины	
5) нет верного ответа	
374) К хроническому течению депрессии при маниакально-депрессивном психозе предрасполагают такие преморбидные черты как (по Кильхгольцу):	УК - 1
1) замкнутость и подозрительность, сенситивность	
2) синтонность	
3) повышенная сексуальность	
4) авторитарность-прямолинейность	
5) ответа нет	
375) При скрытой депрессии больные чаще всего жалуются на всё, кроме:	ПК - 6
1) обострения сексуального влечения	
2) боли в области сердца	
3) головной боли	
4) ощущение сжатия в голове	
5) чувство нехватки воздуха	

376)	При эндореактивной дистимии Вейтбрехта важную роль в патогенезе играет:	УК - 2
	1) эмоциональная лабильность, сенситивность в преморбиде и легкая истощаемость до болезни; предшествующее болезни соматическое истощение	
	2) эпилептоидный преморбидный склад личности	
	3) истерический (демонстративный) преморбидный склад личности	
	4) наличие в анамнезе инфекционных заболеваний	
	5) нет ответа	
377)	Типичными расстройствами при эндореактивной дистимии Вейтбрехта являются:	ПК - 6
	1) угрюмая раздражительность и дисфорическое настроение	
	2) чувство вины, идеи самообвинения	
	3) суицидальные мысли	
	4) психастенические расстройства, навязчивости	
	5) признаки витальной тоски	
378)	Для клиники маниакально-депрессивного психоза в старческом возрасте характерны:	ПК - 5
	1) усложнение клинической картины ипохондрическими расстройствами и депрессивные бредовые расстройства	
	2) аментивные расстройства	
	3) синдром Котара	
	4) делириозные расстройства	
	5) судорожный синдром	
379)	Смысл катехоламиновой гипотезы психотических аффективных расстройств в том, что:	ПК - 6
	1) при депрессиях отмечается функциональная недостаточность норадреналина мозга; при маниях отмечается повышенная активность норадреналина мозга	
	2) при депрессиях отмечается повышенная активность норадреналина мозга	
	3) при маниях отмечается функциональная недостаточность норадреналина мозга и изменения индопаминов	
	4) при депрессиях отмечается функциональная недостаточность норадреналина мозга	
	5) нет верного ответа	
380)	Сущность механизма лечебного действия лития заключается в том, что литий:	ПК - 9
	1) изменяет соотношение между продуктами дезаминирования и метилирования катехоламинов	
	2) нормализует стероидный обмен	
	3) приводит к благотворным водно-электролитным сдвигам	
	4) подавляет 5-оксииндолуксусную кислоту	
	5) увеличивает количество калия в крови	
381)	В позднем возрасте меду приступами депрессии при маниакально-депрессивном психозе:	ПК - 6

1) часто наблюдаются остаточные аффективные и астенические расстройства	
2) практически всегда полное здоровье	
3) обычно наблюдаются апато-абулические расстройства	
4) часто наблюдается подозрительность с дистрофическим оттенком	
5) нарастает тревога и ажитация	
382) Депрессиям атеросклеротической природы в отличие от циркулярных депрессий свойственны:	ПК - 5
1) слабодушие, душевная и физическая истощаемость, упорные головные боли	
2) упорные боли в позвоночнике, конгруэнтность	
3) меланхолический раптус	
5) нет верного ответа	
383) Приступообразную шизофрению от маниакально-депрессивного психоза обычно отличают:	ПК - 6
1) депрессивный бред	
2) психические автоматизмы	
3) синдром Кандинского	
4) персекуторный бред	
5) идеи воздействия	
384) При классической циркулярной депрессии показаны все перечисленные лекарственные вещества, за исключением:	ПК - 6
1) amitriptilina	
2) антидепрессантов, сочетающих тимоаналептическое действие со стимулирующим	
3) мелипрамина	
4) пиразидола	
5) анафранила	
385) При циркулярной депрессии с бредом и ажитацией с особой остротой состояния показаны все перечисленные средства, за исключением:	ПК - 9
1) мелипрамина и анафранила	
2) amitriptilina	
3) инъекций нейролептиков	
4) галоперидола	
5) аминазина	
386) При циркулярной тревожной депрессии наиболее показаны:	ПК - 6
1) триптизол, amitriptilin и инсидон	
2) мелипрамин	
3) анафранил	
4) спитомин	
5) супрастин	
387) При циркулярной анестетической депрессии наиболее показаны:	ПК - 6
1) мелипрамин, анафранил и пиразидол	
2) amitriptilin	
3) diazepam	
4) zolofit	
5) trifazin	

388)	Для купирования циркулярного маниакального возбуждения наиболее показаны:	ПК - 6
	1) внутримышечные инъекции хлорпротиксена и аминазина, галоперидол	
	2) седуксен (диазепам) per os	
	3) внутримышечные инъекции мелипрамина	
	4) анафранил per os	
	5) неулептил	
389)	В случаях затяжных (хронифицированных ) циркулярных депрессий следует:	ПК - 5
	1) все перечисленное	
	2) прежде всего воздействовать на пациента реабилитационными мероприятиями	
	3) вовлекать больных в различные виды групповой деятельности	
	4) проводить групповую, в том числе семейную, психотерапию	
	5) обратиться к культуртерапии	
390)	Целями групповой психотерапии депрессивных больных является все перечисленное, за исключением:	ПК - 6
	1) научить пребывать в целебном состоянии творческого вдохновения	
	2) снять эндогенную симптоматику	
	3) способствовать созданию у пациента чувства принадлежности и безопасности	
	4) способствовать повышению самооценки	
	5) способствовать изменению представлений пациента об исключительности его заболевания	
391)	При психотерапии циклотимической субдепрессии:	ПК - 2
	1) применяются методика "опережения" и методика вызывания положительных эмоций; больного убеждают в возможности выздоровления, и объясняется ему необходимость терпеливо-выжидательного отношения к угнетенности и колебаниям настроения	
	2) пациенту подчеркивают необходимость приема достаточного больших доз антидепрессантов без каких-либо часто пагубных попыток здесь разобраться в своем состоянии психологически	
	3) не рекомендуется в гипнозе применять логически обоснованные формулировки внушения с предложением пациенту углубленно осознать чувство освобожденности от болезненных ощущений и переживаний во время сеанса	
	4) следует ограничиться гипнозом-отдыхом	
	5) во время сеансов вызываются отрицательные депрессивные эмоции, для того, чтобы больной активнее стремился от них избавиться	
392)	Различают следующие виды эпилептических припадков:	ПК - 1
	1) все перечисленное	
	2) генерализованные	
	3) парциальные	
	4) фокальные	

5) очаговые	
393) К продромальным расстройствам при эпилепсии относятся:	ПК - 6
1) дисфорические состояния и редкие абсансы; миоклонические подергивания отдельных мышц без изменения сознания в определенное время суток	
2) судорожные эпилептические припадки	
3) ночные страхи	
4) чередование депрессивных состояний и маниакальных	
5) тревога	
394) К главным психотерапевтическим мероприятиям при эпилепсии относят (по В. Смирнову):	ПК - 5
1) разъяснительное подкрепление всех видов процедур и лекарственных назначений; установление плотного, информационно насыщенного доверительного контакта с больным	
2) гипнотическое внушение и культтерапия	
3) протренировку	
4) арттерапию	
5) трудотерапию	
395) В беседах с больным эпилепсией особое значение приобретают (по В. Смирнову):	УК - 2
1) все перечисленное	
2) компетентный опрос, опирающийся на знание основных закономерностей эпилептического процесса, структуры и топика вызываемых припадками нарушений	
3) подробного уточнения всех факторов и моментов, предшествовавших возникновению припадков и их повторению	
4) методики "опережения" по Л.Завилянкой	
5) установление плотного, информационно насыщенного доверительного контакта с больным	
396) В психотерапевтической беседе с больным эпилепсией следует (по В. Смирнову):	УК -1
1) пояснять особенности действия лекарств; тщательно расспрашивать о переменах в состоянии	
2) ограничиваться достаточно короткими беседами	
3) достаточно уверенно останавливать его в его обстоятельствах	
4) помогать ему выражаться короче, дать примеры этого	
5) быть снисходительным к его могущим иметь место поступкам	
397) В психотерапевтической работе с больным эпилепсией важно (по В. Смирнову):	ПК -5
1) указать на важность ритмической гармонии в образе жизни и на лечебное значение диеты; неустанно рассказывать-повторять эпилептику-курильщику о спазматическом влиянии никотина на сосуды головного мозга (в случае ипохондрически окрашенных головных болей)	

2)	рекомендовать чаще отвлекаться от болезни телевизионными передачами	
3)	избегать, по возможности, разговоров с больным о семейных отношениях	
4)	советовать больному отвлекаться от своего состояния с помощью курения, поедания сладостей	
5)	нет верного ответа	
398)	Лечебная беседа с больным эпилепсией должна содержать всё перечисленное, за исключением:	ПК -1
1)	известной необходимой формальности, стандартности и трафаретности	
2)	краткую, оптимистически заряженную формулировку врача, относящуюся к общему самочувствию пациента, его настроению (в заключение беседы)	
3)	повторение лечебных словесных формул «открытым текстом»	
4)	косвенное (без «открытого текста») неустанное ободрение больных	
5)	уверенного, жизнерадостного тона врача	
399)	Гипносуггестивная терапия может быть весьма эффективной при эпилепсии в случаях (по В.Смирнову):	ПК -9
1)	со всем перечисленным	
2)	с массивными психогенными проявлениями	
3)	с медикаментозно достигнутым урежением приступов, когда имеются астено-невротические наслоения	
4)	с ипохондрическими включениями и фобиями	
5)	с судорожными припадками	
400)	Гипносуггестивная психотерапия в лечении больных эпилепсией не показана в случаях (по В.Смирнову):	ПК -9
1)	ничего из перечисленного	
2)	с мнестико-интеллектуальным ослаблением и продолжающимися припадками	
3)	эпилептических навязчивостей; лабильности настроения	
4)	кляустрофобических расстройств	
5)	склонности к конфликтам с дисфорическими взрывам	

**Критерии оценки:**

Количество тестовых заданий не должно быть менее 50.

Отметка «отлично» выставляется при получении 91-100% правильных ответов;

Отметка «хорошо» выставляется при получении 81-90% правильных ответов;

Отметка «удовлетворительно» выставляется при 71-80% правильных ответов;

Отметка «неудовлетворительно» выставляется при невыполнении условий на оценку «удовлетворительно».

**Ситуационные задачи:**

<p><b>Задача № 1.</b> Больной Р., 14 лет, поступил в детское отделение. С детства боязливый, тревожный, засыпает только при свете, боится грозы, до 10 лет страдал энурезом. Избегает компании сверстников, играет больше со своей собакой. В школе всегда был «козлом отпущения». Товарищей не было, на переменах уходил подальше от детей, так как они издевались над ним, называли «плаксой». В отделении боится обследований, шприца. Во время бесед понятлив, не по годам сообразителен. По малейшему поводу рыдает, приходит в отчаяние. При исследовании интеллекта, несмотря на нормальные умственные способности, проявляет неверие в свои силы, плачет. При решении задач очень старается, но все валится у него из рук. Как только встречается пустяковая трудность, отказывается продолжать свои усилия. Квалифицировать состояние.</p>	<p>У К – 1 , П К – 5 , П К</p>
<p><b>Задача № 2</b> Больной Г., 34 года, техник-строитель. Среди родственников психически больных нет. По характеру в раннем детстве был добрым, заботливым примерным мальчиком, старался всем угодить. В школе был прилежным, дисциплинированным, аккуратным, особенно в одежде. Старался угодить учителям, которые его любили. На работе пунктуален, все выполнял четко, по плану. С возрастом характер Г. стал раздражительным, вспыльчивым, напряженным, грубым. Аффектировался, бывал склонен к агрессии. Говорил, что «если ненавижу, то мстить буду до конца». Очень любил девушку, из-за ревности пытался задушить ее. Обычно после аффективных вспышек настроение улучшалось, становился услужлив, славяв. Квалифицировать состояние.</p>	<p>П К – 5 , П К – 9 , У К –  У К</p>
<p><b>Задача № 3</b> Больная М., 32 года. По характеру самолюбивая, властная, самоуверенная. Обратилась в клинику с жалобами на потерю аппетита, плохой сон, раздражительность, пониженное настроение. Рассказала, что в последнее время появилось чувство полнейшего безразличия к себе, ко всем окружающим и даже к самым близким, стала как деревянная, тупая, «умом понимаю, что люблю детей, что им нужна моя ласка, а чувств нет», «мир воспринимается тускло, солнце не радует, покупки не доставляют радости, пища потеряла вкус, стала пресной». Квалифицировать переживания. В структуре какого синдрома они наблюдаются</p>	<p>П К – 2 , П К – 5 , П К – 6 , У К –</p>
<p><b>Задача № 4.</b> Юноша 23 лет был задержан милицией в связи с резким возбуждением и нелепым поведением. Убегал от воображаемых преследователей, кричал, нападал на милиционера. По дороге в больницу пришел в себя. В приемном отделении отмечен запах алкоголя изо рта. Правильно называет себя, не может вспомнить ничего из произошедшего во время приступа.</p>	<p>П К – 1 , П К</p>

Квалифицируйте состояние.	– 5 , П К –  У К –
<p><b>Задача № 5.</b> Кретиосализм — это путь реставрации капитализма. Путь реставрации через создание в социалистической системе частных законов. Частные законы внутри производства дают заинтересованность классового общества. Это есть научно-технический прогресс. Это есть материально-обоснованная база для индивидуума. Это есть повышенный уровень жизни». Определить тип нарушения мышления.</p>	У К – 1 , П К – 5 , П К – 6 , П К
<p><b>Задача № 6.</b> Гражданин обратился для трудоустройства в отдел кадров. Начальник отдела кадров, ознакомился с документами и отказал гражданину в трудоустройстве в связи с тем, что тот был комиссован из армии в связи с психическим расстройством, аргументируя тем, что предприятие, на которое хочет устроиться работать заявитель, является оборонным и не позволяет трудоустраивать лиц с психическими расстройствами. Правомочны ли действия начальника отдела кадров</p>	У К – 2 , П К – 5 , П К –  П К
<p><b>Задача № 7.</b> Больной 45 лет, перенес инфаркт миокарда без зубца Q на ЭКГ. Постинфарктный период протекал без осложнений. Во время проведения нагрузочной пробы через две недели возникла бурная вегетативная реакция со страхом остановки сердца. После этого отказывается от расширения двигательного режима, боится оставаться без медицинского персонала. Испытывает страх «остановки сердца». Понимая необоснованность страхов, заявляет, что не может их преодолеть. Появление страха сопровождается</p>	У К – 1 , У К – 2

<p>сердцебиением, ощущением замирания сердца, обильным потоотделением. Объективно показатели гемодинамики и ЭКГ в норме, противопоказаний к расширению режима нет. Перечислите психопатологические симптомы и синдромы. Установите диагноз заболевания.</p>	<p>, П К –  П К</p>
<p><b>Задача № 8.</b> Больной Ч., 45 лет. Считает себя больным в течение многих лет. Обращался за помощью к различным врачам, но они не находили у него серьезных соматических заболеваний. Жалуется на неприятные ощущения в области живота, груди, головы, под кожей, слабость, плохой сон, отсутствие аппетита. Рассказал, что периодически отмечает у себя массу тягостных неприятных ощущений, которые начинаются в виде сжатия, внезапно «лопается какой-то шар в животе, и весь живот обливает «кипятком», захватывает дыхание, ударяет в голову, голова становится пустой, кожу головы покалывает, затем «оттягивает мозг», становится страшно за свое здоровье. Убежден, что он тяжело болен, а амбулаторные врачи недостаточно компетентны. Настаивает на самом тщательном и всестороннем обследовании. При обследовании больного в клинике какой-либо патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Квалифицировать состояние.</p>	<p>У К – 1 , У К – 2 , П К –  П К – 6 , П К</p>
<p><b>Задача № 9.</b> Больная Н., 36 лет. Поступает повторно. В первые дни на фоне приподнятого настроения отмечала, что окружающее воспринимает в ярких красках, прохожие на улице все красивые, нарядные, как артисты. Дома и в больнице все воспринимает обостренно: обычный свет ослепляет, звуки оглушают, щелчок замка воспринимает как выстрел. Все раздражает. Квалифицировать состояние.</p>	<p>У К – 1 , П К – 5 , П К</p>
<p><b>Задача № 10.</b> «Летом я была в гостях в деревне. Возвращалась как-то раз из леса. Уже смеркалось, боязно стало, пошла быстрее. Когда подходила к дому, вдруг увидела, что за кустами медведь прячется, большой, страшный. Забежала в дом. Выглянула в окно и увидела, что со страху старый заброшенный колодец за медведя приняла». Определите переживания.</p>	<p>П К – 5 , П К – 6 , П К –</p>

	У К
<p><b>Задача № 11.</b> Больная Р., 72 лет, длительное время находится в психиатрической больнице. Дезориентирована в месте и времени. Рассказывает при беседе, что вчера была на работе, продавала билеты в кино, при провоцирующих вопросах рассказала, что, идя с работы, зашла в магазин за покупками. Как называется такое расстройство памяти</p>	П К – 5 , П К – 6 , П К
<p><b>Задача № 12.</b> Больной 32 лет, доставлен из больницы скорой помощи после попытки повеситься. В отделении плохо ориентируется во времени, забывает, где находится, предполагает, что в больнице, так как «все ходят в белых халатах», возможно, поступил после автомобильной катастрофы. Сведения из биографии дает правильно, все последующие события тут же забывает. Не находит своей палаты, койки, не помнит, что приходили родные и т. д. Квалифицировать нарушения памяти.</p>	П К – 5 , П К – 6 , У К
<p><b>Задача № 13.</b> Больной 24 лет после автомобильной катастрофы в течение 2 недель не мог назвать своего имени, возраста, места жительства, фактов своей биографии. Не мог понять, каким образом оказался в больнице. События, происходящие в больнице, фиксировал правильно. Квалифицировать нарушения памяти.</p>	П К – 5 , П К – 6 , П К – 9 , П К
<p><b>Задача № 14.</b> Больной жалуется: «Все вокруг меня изменилось, приобрело плоскостность, утратило объемность, мебель в комнате уменьшилась, ножки стульев искривились. Вышел на улицу и увидел, что солнце приобрело вид эллипса, люди, проходящие мимо, становились выше ростом». Квалифицировать состояние.</p>	П К – 5 , П К –

	6 , П К –  У К
<p><b>Задача № 15.</b> Больной А., летчик по профессии. В анамнезе травма головы. В течение последних 3 лет не работает. Пишет в советские государственные органы предложения по реорганизации авианизации всей страны». Считает, что, если в каждом районе страны построить аэродром с «сотней самолетов», то разрешаются сельскохозяйственные проблемы, медицинские. С самолетов можно сеять хлеб, бороться с вредителями сельского хозяйства, уничтожать волков и т. д. «Затраты в 2 миллиарда рублей, в 2 года окупят себя я принесут государству прибыль». Обращается с этой идеей к различным учреждениям, получает и положительные и отрицательные отзывы. Рассказывает увлеченно, уверен в своей правоте. Какой вид патологии идей у данного больного</p>	П К – 5 , П К – 6 , П К
<p><b>Задача № 16.</b> Больной 24 лет обратился с жалобами на то, что вынужден бесконечно размышлять по поводу тех или иных вещей, которые для него не имеют никакого значения и не представляют интереса. Например, размышлять о том, что произойдет, если на земле наступит состояние невесомости, или если человечество лишится одежды, и все должны будут ходить обнаженными, или если у людей сзади вырастут еще по две руки, то, как люди будут работать и одеваться. Понижает, что это глупые мысли», что «думать об этом не надо, но ничего сделать с собой не может. Какой вид патологии идей у этого больного</p>	П К – 5 , П К – 6 , П К –  П К
<p><b>Задача № 17.</b> Больная жалуется: «Я ощущаю себя опустошенной, неспособной мыслить. Все воспринимается как сквозь вату, жизнь проходит как бы мимо. Чувствую, что тело стало как бы громадным. При перемещении тела что-то горячее переливается в другую сторону. Что это за симптомы?</p>	П К – 5 , П К – 6 , У К –  У К

<p><b>Задача № 18.</b> Больной Т., 13 лет, учащийся. С детства послушный, спокойный, уравновешенный. Учится только на «отлично», серьезно относится к занятиям, много времени уделяет урокам. Любит читать «серьезные книги», политические обзоры в газетах. Пожаловался матери, что мысли возникают вопреки его желанию, вновь и вновь повторяются, мешают заниматься. Например: «Решаю задачу о квадрате, вновь перебираю решение, хотя уже решил ее. Думаю, почему квадрат, что будет, если он будет прямоугольником, цилиндром, а если — кругом Квадратом. Тогда, будет ли он тем же чему кирпич лежит здесь, а что было бы, если бы он лежал в другом Месте. Тянуло вернуться, еще и еще думать и думать о кирпиче». Решится ли задача Постоянно считает окна второго этажа зданий по дороге в школу, складывает номера, автомашин и, если сумма оказывается меньше 14, не может идти дальше, ждет, когда пройдет машина с суммой цифр на номере выше 14. Просит помочь ему избавиться от своего состояния, так как это мешает хорошо учиться, требует «постоянной борьбы». Болезненно беспокоен и тревожен. Определить характер переживаний.</p>	<p>П К — 5 , П К — 6 , У К</p>
<p><b>Задача № 19.</b> «Формула изобретения. Здание — устройства. Способ создания зданий-устройств симметричных в симметрии 2 /два/ отличающийся тем, что с целью создания зданий-устройств в симметрии 3 /три/ здания-устройства в симметрии 2 /два/ повторяются еще два раза по одной оси, перпендикулярно направлению на Солнце в полдень в городе Ленинграде с 19 апреля 1965 года». Как называется такое расстройство мышления</p>	<p>П К — 5 , П К — 6 , У К —  У К</p>
<p><b>Задача № 20.</b> На судебно-психиатрическую экспертизу поступила женщина 34 лет. Обвиняется в убийстве мужа. Известно, что замужем была 14 лет, имеет 10-летнюю дочь. Первые 2–3 года жили с мужем дружно. Затем муж пристрастился постепенно к алкоголю. В состоянии опьянения стал избивать жену и дочь, выгонял их неодетыми на мороз, оскорблял, приводил в дом пьяных женщин. Нередко испытываемая с дочерью уходила ночевать к знакомым. В день происшествия муж пришел домой пьяным. Оскорбил жену, затем бросил ей в лицо тарелку с едой, заявив, что пища «недосоленая». Больная, которая в это время включала утюг, схватила его и нанесла мужу 12 ударов по голове, в результате чего он скончался. Сама вызвала скорую помощь и милицию, заявила об убийстве. В отделении настроение снижено, рассказывает о тяжелой жизни, о бесконечных оскорблениях со стороны мужа. Бреда и обманов чувств нет. Эмоциональные реакции адекватны ситуации. О правонарушении рассказывает так: «Меня охватило отчаяние, помню, что ударила его утюгом 2 или 3 раза, других ударов не помню, пришла в себя при виде крови... поняла, что, кажется, убила... сама вызвала скорую помощь и милицию...». О каком виде аффек-</p>	<p>П К — 5 , П К — 6 , П К</p>

та идет речь в этом примере	
<p><b>Задача № 21.</b> Больной 51 года. В течение 6 месяцев находится в психиатрической больнице. Настроение резко снижено, выражение лица глубоко печально. Жалуется на не проходящую тоску, отсутствие чувства сна, нежелание разговаривать, что-то делать. С трудом утром поднимается. В вечерние часы настроение несколько лучше, но тоска не проходит. В прошлом в таких состояниях дважды пытался покончить собой. Квалифицировать патологию настроения.</p>	П К – 5 , П К – 6 , У К
<p><b>Задача № 22.</b> Больной 34 лет, инженер. Страдает судорожными припадками. Обратился к врачу встревоженный, так как стали появляться состояния с внезапно возникшей злобной раздражительностью, яростью. В таком состоянии перебил посуду и избил жену. Внешних причин ярости не знает. Квалифицировать состояние.</p>	П К – 5 , П К – 6 , У К
<p><b>Задача № 23.</b> Больная К., 23 лет. Находится в психиатрической больнице третий раз. Состояния однотипные. Лежит в постели на спине, голова слегка приподнята над подушкой, в таком положении проводит много часов. Бывает не опрятна, сама не ест. На вопросы не отвечает. Лицо амимичное, сальное. При попытке взять ее за руку крепко прижимает руку к постели, тонус мышц повышен. В другое время обнаруживает пассивную подчиняемость: застывает в любой, самой неудобной позе и остается в таком положении длительное время. Квалифицируйте состояние. Назовите отдельные симптомы этого состояния.</p>	П К – 5 , П К – 6 , П К
<p><b>Задача № 24.</b> Больной 55 лет. В анамнезе хронический алкоголизм, многократно лечился в психиатрических больницах. Не работает, живет на деньги, вырученные от продажи подобранных бутылок. Имеется грубое снижение памяти и интеллекта. В отделении весел, дурашлив, плоско шутит, сам громко смеется над своими шутками. Ничем не занят, бродит или сидит на одном месте со стереотипной улыбкой. Назовите патологию настроения у этого больного.</p>	П К – 5 , П К – 6 , П К
<p><b>Задача № 25.</b> Больной 25 лет. Доставлен в психиатрическую больницу в состоянии выраженного психомоторного возбуждения. При госпитализации оказал сопротивление: кричал, вырывался,</p>	П К – 5

<p>кусался, порвал одежду, злобно нецензурно бранился, выкрикивал отдельные слова («трр, крр, как»), иногда повторял слова персонала. В отделении обнажился, порвал нательное и постельное белье, стучал ногами в стену, внезапно напал на больного. Фиксированный в постели, злобно гримасничал, утрированно громко смеялся. Повторяет слова и фразы окружающих или включает их в свою речь. Не спал всю ночь, оставаясь в психомоторном возбуждении. Квалифицировать состояние.</p>	<p>, П К – 6 , П К</p>
<p><b>Задача № 26.</b> Больная Н., 27 лет. Впервые заболела в 16 лет, когда отмечалась тоска, отчаяние, была двигательно заторможена, медлительна, высказывала идеи самоуничужения и самообвинения, пыталась покончить с собой, отказывалась от пищи, плохо спала. По выздоровлении хорошо себя чувствовала в течение 11 лет, училась, работала, вышла замуж. Последнее время без видимой причины стала грустной, была подавлена, угнетена, почти перестала разговаривать, отвечала односложно. В клинике: заторможена, отказывалась от еды, высказывала идеи самообвинения. Спит плохо. Глубоко вздыхает. Мимика однообразная, скорбная, малоподвижная. Страдает запорами. Кожа сухая, зрачки расширены. О какой патологии настроения можно думать</p>	<p>П К – 5 , П К – 6 , П К</p>
<p><b>Задача № 27.</b> Больная Х., 32 лет, работница завода. По характеру вспыльчивая, упрямая, деспотичная, очень мнительная («прыщик на руке вскочит — бегу к врачу, не экзема ли это!»). В анамнезе гинекологическое заболевание, по поводу которого долго лечилась у специалистов. Однажды, в связи со случайным загрязнением наружных половых органов, у больной появилась мысль, что она заразилась сифилисом. Стала ощущать боли во всем теле, ломоту. Казалось, что язык разлагается, нос гниет, на коже появляются красные пятна, которые можно разглядеть лишь «очень острым глазом». Читала руководство по венерическим болезням, нашла все симптомы сифилиса. Врач-венеролог тщательно обследовал больную и категорически отверг этот диагноз. Тогда больная решила, что у нее «латентный сифилис». Сообщила всем своим друзьям, чтобы не заразить их». Отделилась от мужа, часами кипятила свое белье и посуду. Все попытки разубедить больную остались тщетными. Больная абсолютно уверена в своей «болезни и намерена покончить жизнь самоубийством. Все возражения врача и родственников по поводу несостоятельности ее подозрений больная отбрасывает, даже не стараясь вникнуть в их смысл. Определить синдром.</p>	<p>П К – 5 , П К – 6 , У К –  У К</p>
<p><b>Задача № 28.</b> Больной К., 25 лет, плотник. Болен несколько лет. Слышит голос «Ильи-пророка», который поучал больного, говорил об измене любимой девушки. Больной ходил по улицам, встречаемым людям раздавал свои деньги. Всем рассказывал, будто бы вчера он умер, а сегодня воскрес и воскресил своих соседей по общеджитию, которые, по его словам, тоже были мертвы. Помещенный в психиатрическую больницу, больной держится с подчеркнутым достоинством, ходит, гордо подняв голову. Себя называет «повелителем неба, звезд и всего живого», в его теле заключена «бессмертная душа», которая всегда будет управлять душами других людей и карать их». Предлагает показать присутствующим «бога». С этой целью становится на одну ногу, прижимает руки к груди и крепко зажмуривает глаза. Постоянно слышит «голоса», идущие из его сердца, которые говорят больному: «Суд над живыми и мертвыми еще не наступил», заставляют его писать жалобы на других боль-</p>	<p>П К – 5 , П К – 6 , У К</p>

<p>ных, не дают ему покоя. Определить синдром.</p>	
<p><b>Задача № 29.</b> Больная Ч., 28 лет. В прошлом находилась в психиатрическом отделении. У самых дверей приемно-диагностического отделения больницы врача встречает молодая женщина. Она оживлена, настроение приподнятое, глаза блестят. Поверх больничного халата у нее одета пестрая кофточка, украшенная ярким бантом. Волосы в беспорядке, но также прихвачены яркой лентой. Губы густо накрашены, глаза подведены. Все вместе создает впечатление чего-то крикливого и беспокойного, безвкусного. Взяв врача под руку, начинает тараторить, голос у нее охрипший. «Я вас сразу узнала. А когда меня выпишут А вот нянечка пришла, сегодня на работу, а у нее из-под платья комбинация выглядывает, из-под пятницы — суббота. Завтра, суббота Вы меня выпишете те, я Вам его поправлю. Не думайте, что я подлизываюсь. Уж сколько раз твердили миру, что лезть гнусна, вредна. А тебе что здесь надо (внезапно)». В раздражении набрасывается на другую больную, подошедшую к врачу, пытается ее ударить. «Я в Вас влюбилась! Ну и что же здесь такого. Любовь не порок, а большое достоинство. Я еще и Лешу люблю, студента. Он ко мне вчера приходил. Вот я письмо написала в стихах. Хотите, почитаю» и т. д. и т. п. В отделении больная вмешивается во все дела, всем мешает, никому не дает покоя. Собрав больных в кружок, поет, танцует, спит не более 3–4 часов в сутки. Возбуждение полностью не купируется, даже при приеме больших доз нейролептиков. Определить синдром.</p>	<p>П К – 5 , П К – 6 , У К – У К</p>
<p><b>Задача № 30.</b> Больная Н., 27 лет. Росла, развивалась нормально. По характеру спокойная, ровная. Впервые заболела в 16 лет, болела 6 месяцев. Отмечалась тоска, отчаяние, была двигательнo заторможена, медлительна, высказывала идеи самообвинения и самоуничтожения, пыталась покончить с собой, отказывалась от пищи, плохо спала. По выздоровлении хорошо себя чувствовала в течение 11 лет, училась, работала, вышла замуж. Последнее время без видимой причины стала грустной, была подавлена, угнетена, почти перестала разговаривать, отвечала, односложно. В клинике: заторможена, отказывалась от еды, высказывала идеи самообвинения. Спит плохо, глубоко вздыхает. Мимика однообразная, скорбная, малоподвижная. Страдает запорами, кожа сухая, зрачки расширены. Определить синдром.</p>	<p>П К – 5 , П К – 6 , П К –  П К</p>
<p><b>Задача № 31.</b> Больной А., 27 лет, наладчик. Заболевание возникло довольно остро. Ночью плохо спал, был тревожен, возбужден. Сообщил близким, что за ним ведется наблюдение из соседнего дома, в окнах которого он видел затаившуюся угрозу. Ждал, что произойдет что-то необычное, зловещее. Перестал выходить из квартиры, постоянно следил за окнами соседнего дома, где видел то подозрительный блеск, то сигнал занавеской, то недоброжелательные лица. Понял, что его преследует группа людей. Потребовал, чтобы родные обратились в милицию и оградили его от преследователей, желавших его смерти. Оставшись один в квартире, слышал за дверью «голоса» преследователей, стук, перезвон ключей, которыми преследователи хотели открыть дверь комнаты. В больничной палате был напряжен, подозрителен, угрюм. Считает себя здоровым, требует разобраться, обратиться в милицию, чтобы спасли его от</p>	<p>П К – 5 , П К – 6 , П К –</p>

<p>преследователей. В одном из больных «узнал» своего преследователя, стал следить за ним и вскоре понял, что «в отделение, притворяясь больными, проникли бандиты, которые хотят убить его». Подозревает, что врачам «все известно». Отказывается от лечения, опасается, что его отравят. Все вокруг больного приобрело особый угрожающий смысл: в жестах, высказываниях больных, персонала находит сговор, подготовку нападения, убийства. Определить синдром.</p>	<p>П К</p>
<p><b>Задача № 32.</b> Больная К., 52 года. Возбуждена в пределах постели: ложится, встает, перебирает одежду, постельное белье, стонет, заламывает руки. Однообразно, монотонно повторяет: «Не мучайте меня, не мучайте... убейте, я во всем виновата, все из-за меня». Между этими фразами удается выяснить, что из-за нее мучаются и страдают родные, семья, погибли, дом разрушен, город погиб, землю заливают наводнения, что катастрофа ожидает всю страну. Тревожна, настроение подавленное. Предпринимает суицидальные попытки: затянуть шею полотенцем, разбить о кровать голову. Определить синдром.</p>	<p>П К – 5 , П К – 6 , П К</p>
<p><b>Задача № 33.</b> Больной З., 32 года. За месяц пребывания в психиатрической клинике у больного наблюдались следующие состояния. Большую часть времени проводил в постели, был безучастен к окружающему, внешне выглядел зачарованным; взгляд устремлен в одну точку, иногда как бы начинает за чем-то следить. В таком случае изменяется мимика; то проскальзывает улыбка, то мимолетная грусть. Привлечь внимание больного удавалось с большим трудом. Выяснилось, что больной не знает, где и сколько времени он находится. После того как подобное состояние прошло, жил в мире фантастических грез. Представлял себя в сказочном саду, где его окружали гурии и дивы, переводили из одного шатра в другой, угощали, пели ему песни и танцевали. Иногда дивы превращались в ужасных чудовищ и жгли, ломали прекрасный сад, убивали гурий, больной сражался с ними, был бесстрашен и непобедим. Нередко одновременно воспринимал себя бесстрашным героем-великаном. За самим собой мог наблюдать как бы со стороны. Определить синдром.</p>	<p>П К – 5 , П К – 6 , П К –  У К</p>
<p><b>Задача № 34.</b> Больной Ч., 25 лет, педагог. Помещался в психиатрическую больницу 3 раза с одинаковыми состояниями, находился обычно в течение 3 месяцев. Вне приступов заболевания работал, с работой справлялся. Настоящий приступ заболевания начался с говорливости, избыточной подвижности уходил из дома, останавливался на улице прохожих, бранился, во все вмешивался, писал жалобы в милицию, временами становился злобным, раздражительным. В больнице: ориентировка в месте и времени сохранена, обманов чувств и бредовых высказываний нет. Легко вступает в контакт, на вопросы отвечает по существу, но легко отвлекается по внешним ассоциациям, многословен, многоречив, темп мышления ускорен. Настроение приподнятое, оживлен, постоянно улыбается, стремится доказать; что он здоров. Имеется переоценка личности считает, что он хороший педагог, знает медицину. Спит мало, постоянно в движении. Ест с повышенным аппетитом, но теряет в весе. Определить синдром и заболевание.</p>	<p>П К – 5 , П К –</p>
<p><b>Задача № 35.</b> Больная Н., 27 лет. Росла и развивалась нормально. По характеру спокойная. Впервые заболела в 16 лет, лечилась более 6 месяцев. Отмечались тоска, отчаянье, была двигательной</p>	<p>П К –</p>

<p>заторможена, медлительна, высказывала идеи самообвинения и самоуничтожения, пыталась покончить с собой, отказывалась от пищи, плохо спала. По выздоровлении неплохо себя чувствовала, в течение 11 лет, училась, работала, вышла замуж. Последнее время без видимой причины стала грустной, была подавлена, угнетена, почти перестала разговаривать, отвечала односложно. В клинике: заторможена отказывается от еды, высказывала идеи самообвинения. Спит плохо, отмечает чувство отсутствия сна, ничем не занята, сидит в одной позе, глубоко вздыхает. Мимика однообразная, скорбная, малоподвижная. Страдает запорами, кожа сухая, зрачки расширены.</p> <p>Определить синдром и заболевание.</p>	<p>5 , П К</p>
<p><b>Задача № 36.</b> Больная Н., 64 лет. В больницу поступает повторно. Заболела в возрасте 55 лет. Заболевание дебютировало тревожно-депрессивной симптоматикой. В больнице лежит подолгу. Обычно очень тревожна, суетлива, постоянно находится в движении, заламывает руки. Обращается к врачу с просьбой «умертвить» ее, так как она недостойна жить: совершила много грехов, плохо воспитала детей. Из-за нее страдает семья, они голодают, им нечего надеть. Все вокруг знают о ее вине, смотрят на нее с презрением. Плохо спит, отказывается от еды. Под влиянием лечения наблюдаются короткие ремиссии, а затем симптоматика возобновляется с прежней силой.</p> <p>Определить синдром и заболевание.</p>	<p>П К — 5 , П К</p>
<p><b>Задача № 37.</b> Больной С., 32 лет. Наследственность не отягощена. Имеет высшее образование, педагог. Болен психически в течение 2 лет. Психическое состояние: ориентировка сохранена. Беседует охотно, контакт формальный. Временами неадекватно, по непонятным причинам, озлобляется. С окружающими больными и медицинским персоналом практически не общается. К труду привлечь не удастся. В одной из бесед с врачом сообщил: «Находясь в больнице 21 месяц, я слышу голоса людей в голове. Они говорят, что являюсь богом — Лениным... Вот и сейчас они говорят, чтобы я говорил всю правду... Чем я занимаюсь... Мне сказали, что я являюсь самым ангелом, потому что у меня день ангела и день рождения в один день, а у моей сестры Марии... я окрещен пионером. Жизнь человека будет мною продлена на 200 лет, люди омолодятся на 30 лет, потому что храмы и церкви будут открыты круглосуточно. Голоса говорят, что мой сын Володя родился 12 сентября, поэтому он находится на солнце, вход на солнце с левой стороны, а нам надо построить «свой рай земной — коммунизм».</p> <p>Квалифицировать заболевание и его форму.</p>	<p>П К — 5 , П К — 6 , П К</p>
<p><b>Задача № 38.</b> Больная Ш., 34 года, инвалид I группы. В течение 10 лет практически непрерывно находится в психиатрической больнице. В отделении вяла, пассивна, ничем не занята, большую часть времени проводит, сидя на одном и том же стуле, глядя, в одну точку. В жизни отделения участия не принимает, по предложению больных садится играть в домино, но над ходами не задумывается, часто ставит несоответствующие кости, проигрывает, равнодушно уступает место любой больной. К вязанию и шитью интереса не проявляет и не занимается. За своей внешностью не следит, умывается, застегивает одежду только по требованию персонала. Никого из больных и персонала не знает, в беседы не вступает. Выражение лица однообразное, тупое, безразличное, какие-либо сообщения не находят отражения в ее мимике, прожорлива и неряшлива в еде. На свидание к матери выходит по указанию персонала, ни о чем не спрашивает; с жадностью, без разбора поедает все принесенное, ничего не оставляя на следующий прием пищи. Спонтанно ни к кому не обращается. К беседе интереса не проявляет, отвечает односложно, неохотно, смотрит мимо врача.</p> <p>Определить синдром и заболевание.</p>	<p>П К — 5 , П К —</p>

<p><b>Задача № 39.</b> Мужчина 24 лет. Госпитализирован повторно. На протяжении предшествующего года он становился все более замкнутым, утверждал, что чувствует, как его коллеги постоянно наблюдают за ним и говорят о нем. С трудом концентрировался на работе, часто оставлял ее, выходя в туалет. На улице замечал, что люди обращают на него внимание и подозревают, что он гомосексуалист. Было чувство, что телефон прослушивают. В комнате слышал своих соседей, разговаривающих о том, что он делает и думает: «Сейчас он снова идет в туалет, он определенно гомосексуалист, мы должны попытаться избавиться от него». В конце концов, перестал работать, и был уволен. После этого закрылся в квартире и выходил только с наступлением темноты. Чувствовал, что соседи подключают электричество к его гениталиям, переехал в другую квартиру. Но и там слышал голоса соседей и чувствовал их воздействие.</p> <p>Определить синдром и диагноз.</p>	П К — 5 , П К — 6 , П К
<p><b>Задача № 40.</b> Больной Ш, 26 лет, инженер. Заболевание началось довольно остро. Стал тревожным, возбужденным, заперся 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 притворяют больными, а они артисты». В словах окружающих слышит намеки, угрозы свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка — дорожка на кладбище («это значит — скоро умру!»); олени, изображенные на картине, означают «лень» — следовательно его считают ленивым; беседа врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом.</p> <p>Определить синдром и диагноз.</p>	П К — 5 , П К
<p><b>Задача № 41.</b> Женщина 25 лет, доставлена машиной скорой помощи. Муж сообщил, что пациентка до вчерашнего вечера была совершенно нормальной. Вчера заметила, что в ее офисе происходят странные вещи, что ее коллеги говорят о ней, все они вдруг стали другими и начали вести себя странно. Была убеждена, что за ней наблюдают, кто-то подслушивает ее телефон. Весь день она чувствовала себя, «как во сне». Она была очень тревожной, не спала всю ночь, смотрела в окно. Несколько раз больная обращала внимание на поведение ворон на ближайшем дереве, оно казалось необычным.</p> <p>Утром муж нашел ее молящейся на коленях. Пациентка часто билась головой о пол и бессвязно говорила о том, что ей поручена особая миссия, ее начальник — преступник, повсюду шпионы и что вскоре должно произойти нечто ужасное. Внезапно затихла, улыбнулась и сказала, что решила перейти в ислам. В это время она стала ликовать, хохотать, кричала, что она и ее муж с этого момента должны молиться одному и тому же Богу. Вскоре она вновь испытала ужас и обвинила мужа в том, что он пытался отравить ее. При поступлении в больницу была испуганной и смущенной, но ориентировалась во времени, месте и собственной личности. Она находилась в постоянном движении: то стояла, то сидела, то передвигалась по комнате, крича и царапаясь, плача и смеясь, говорила бессвязно, переходя с одной темы на другую. Заявила, что она раскрыла тайный заговор. Повсюду спрятаны микрофоны, и «птицы прилетают». Сомневается, действительно ли доктор является доктором, а не «переодетым шпионом». Стала говорить о своей «миссии», заявив, что Иисус был лжепророком, и что она</p>	П К — 5 , П К — 6 , П К

<p>убедит мир в том, что правильно, а что нет. Затем стала объяснять, что правда заключена в числах. Так, 3 означает добро, сказала она, а 8 — зло и т. д.</p> <p>Определить синдром и диагноз.</p>	
<p><b>Задача № 42.</b> Больной П., 30 лет. Злоупотреблять алкоголем начал с 20 лет. Последние годы сменил ряд мест работы, продолжая все больше и больше пить. Взяв отпуск, поехал к жене. В дороге стал слышать голоса, предупреждающие его об измене жены и об опасности. Видел людей, которые следили за ним с целью убить. Приехав к жене, был тревожен, угнетен, готовился к встрече с преследователями. Пробыв несколько часов, вернулся в Ленинград, где и был помещен в больницу. В первое время после поступления в больницу испытывал слуховые и обонятельные галлюцинации, высказывал систематизированный бред ревности и преследования: врачи нарочно изолировали его в больницу как борца за правду, хотят уничтожить. В этот период был угнетен, тревожен. В дальнейшем стал высказывать систематизированный бред величия — считал себя разносторонне развитым человеком, занимающим очень высокий пост, философом, способным прочесть без подготовки лекцию на любую тему, врачом, главнокомандующим, маршалом и т. д. Отдавал распоряжения, писал приказы. Говорит в приказном тоне, высокомерен. Интеллект, память снижены.</p> <p>Определить синдром и заболевание.</p>	<p>П К — 5 , П К — 6 , П К</p>
<p><b>Задача № 43.</b> Больной 18 лет. Рос и развивался нормально. Употребляет героин с лета 1996 г. Начал с ингаляций, но уже через месяц перешел на систематическое внутривенное введение, после чего быстро появились признаки абстинентного синдрома. Также эпизодически курит анашу и внутривенно вводит первитин. В последнее время стал предпочитать опий-сырец. Дважды лечился по поводу наркомании. Признается, что обращался к врачу только с целью купировать абстинентный синдром. В медицинской документации абстинентные проявления, по поводу которых больной обращался за медицинской помощью, были описаны следующим образом: «Больной тревожен, беспокоен. Часто меняет позу, мимика выражает страдание. На вопросы отвечает кратко, но с раздражением и нетерпением. Жалуетесь на «выкручивающие», нестерпимые боли в мышцах ног, пояснице, дрожь, потливость, понос, насморк, бессонницу». Стал грубым, лживым, агрессивным, безразличным. В клинику поступил по настоянию матери, формально согласившись с необходимостью лечения.</p> <p>Психический статус: сидит в одной позе. Беседует неохотно. На вопросы часто отвечает «не помню», «не знаю», «мне все равно». Смотрит в сторону. Раздражителен. Активно жалоб не предъявляет. Опасается предстоящей «ломки». Говорит, что последнюю инъекцию опия-сырца сделал себе вечером накануне госпитализации. Психотической симптоматики нет. Настроение подавленное.</p> <p>Определить синдром и заболевание.</p>	<p>П К — 5 , П К — 6 , П К</p>
<p><b>Задача № 44.</b> Больной 51 года. Обратился к психиатру в связи с тем, что на протяжении последних трех лет испытывает все возрастающую усталость. Устает даже после небольшой нагрузки, а через два часа работы чувствует себя полностью истощенным. Справляется с работой только потому, что ему дают легкие задания. Несмотря на это, дома чувствовал себя настолько усталым, что сразу ложился, но не мог уснуть из-за головной боли и боли в затылке и шее, не мог расслабиться. Было трудно концентрировать внимание, из-за чего перестал читать и разгадывать кроссворды, что раньше очень любил. Избегал коллег и друзей, опасаясь, что его могут попросить что-либо сделать или пригласить в гости. Чувствовал, что он все хуже справляется со своими обязанностями и почти не способен выполнять работу по дому. Даже в отпуске не заметил никакого улучшения. Стал безынициативным, сидел</p>	<p>П К — 5 , П К — 6 , П К</p>

<p>в кресле большую часть дня, глядя в газету или в окно. Не испытывал ни депрессии, ни тоски. Немного приободрялся, когда внуки приходили в гости, но их подвижность вскоре раздражала и вызывала напряжение. Мог помочь своей жене в обычной работе по дому в том случае, если она говорила точно, что нужно сделать. В случае каких-либо непредвиденных перемен становился растерянным и тревожным. При осмотре выглядит старше своего возраста: седые волосы и усталый вид. В ясном сознании, полностью ориентирован, память и интеллект не нарушены. К концу осмотра стал напряженным и озабоченным, а в остальном ничего особенного не отмечалось.</p>	
<p><b>Задача № 45.</b> Задача № 43. Военнослужащий К., 20 лет. Доставлен в психиатрическую больницу. В сопроводительных документах описано следующее: «Среди ночи внезапно встал с постели, бесцельно бродил по казарме, затем вышел в коридор на лестничную площадку, балкон, где перелез на ряд других балконов, разбил окна, влез в комнату и уснул на стульях». О каком виде расстройства сознания идет речь</p>	<p>П К – 5 , П К</p>
<p><b>Задача № 46.</b> Больной С., 37 лет, научный работник. На амбулаторном приеме у психиатра разговор начал с просьбы не считать его психически больным в собственном смысле этого слова: он сознательный человек, успешно трудится, заканчивает диссертацию. Однако за последние месяцы он стал замечать у себя постоянно угнетенное настроение. Тоски, собственно, нет. Скорее это чувство усталости, безволие, недовольство самим собой. «Хотелось бы уехать, куда глаза глядят, все бросить». Раньше был весь захвачен работой, хотелось скорее закончить диссертацию, чтобы перейти к другим делам, а теперь нет прежнего интереса. Из-за этого стал быстро утомляться, появилась рассеянность, мысли не концентрируются, а ускользают, «разбегаются по всем направлениям». Не вызывают прежнего интереса и чтение художественной литературы, кинофильмы, театр. Все кажется серым, будничным и как будто бы давно знакомым. Рассказывая об этом больной иронизирует, называет себя нытиком, ипохондриком: «Видно, я уж не на что больше не гожусь» Однако за этими мыслями чувствуется невольное и, видимо, неосознанное и желание услышать от врача противоположное мнение. Во всяком случае, уверения врача в полной сохранности его умственных и творческих способностей больной встречает внешне хотя и иронически, но с явным удовлетворением. Точно так же за внешней шутливостью и иронией больной не может скрыть тревоги за свое здоровье. При физикальном и неврологическом обследовании он с пристальным вниманием следит за всеми действиями врача, пытается уловить в его тоне или выражении лица намеки на наличие каких-либо серьезных симптомов заболевания. После психотерапевтической беседы больной ушел ободренным и успокоенным. Определить синдром и диагноз.</p>	<p>П К – 5 , П К – 6 , П К</p>
<p><b>Задача № 47.</b> Пациентка 70 лет. По характеру очень организованная. Около двух лет назад появились проблемы с памятью. Стала жаловаться, что не может запомнить имена детей, внуков. Стала замечать, что не помнит события, происшедшие день назад, становилась все более и более забывчивой, не могла сосчитать деньги, делая покупки. Часто приходила домой без нужных вещей. Раньше всегда гордилась своим умением готовить пищу, а сейчас не могла приготовить обед. Регулярно забывала выключать плиту или воду. На протяжении последнего года была не в состоянии выполнять обычную работу по дому без помощи мужа. Состояние при осмотре. Во время осмотра пациентка немного неопрятна, насторожена, тревожна и подозрительна, дезориентирована во</p>	<p>П К – 5 , П К</p>

<p>времени и месте. Смогла вспомнить имена своих детей, но их возраст и даты рождения забыла. Не помнила дату своего рождения, не знала имени президента страны. Артикуляция была хорошей, но сама речь была медленной, неясной и неконкретной. С трудом подбирала слова для выражений, не могла вспомнить три слова после 5-минутного интервала, не справилась даже с легким арифметическим заданием и не смогла посчитать в обратном порядке. Не понимала тяжести своего состояния. Определить синдром и заболевание.</p>	
<p><b>Задача № 48.</b> Больная Г., 72 года, пенсионерка. В течение 6 месяцев находится в психиатрической больнице. Требует за собой постоянного ухода и надзора, не находит палаты, ложится в чужую постель рядом с другой больной. Неряшлива в одежде, не может самостоятельно одеться, собирает бумажки, складывает их в карман халата, под матрацы чужих посетителей. Жалуется, что крадут ее одежду, еду. Иногда громко кричит: «Караул! Грабят! Украли пальто! ЕСТЬ не дают, голодом морят!». Тогда злобна, раздражительна, отталкивает больных, медперсонал, кусается. Никого из больных не знает, не может запомнить лечащего врача, несмотря на то, что видит его по несколько раз в день. Не узнает приходящих к ней родных, забрав продукты, гонит родственников прочь, опасаясь, что они отберут передачу. Определить синдром и заболевание.</p>	<p>П К – 5 , П К – 6 , П К –</p>
<p><b>Задача № 49.</b> Больной 38 лет, работает водителем, перенес тяжелую ЧМТ (автокатастрофа). Находился в состоянии комы около суток. После выхода из комы некоторое время отмечались растерянность и недоосмысление окружающего, не понимал, где находится, был сонлив, заторможен. В дальнейшем стал постепенно более активен, однако сохраняется затруднение ориентировки в отделении, путает палаты, не может найти столовую, теряет свои вещи. Период травмы амнезировал, говорит, что в него стреляли бандиты, пуля попала в голову (около года назад был убит в бандитской разборке его школьный друг). Путает временную последовательность событий. Утверждает, что работает на стройке, хотя уволился оттуда, по словам родственников, два года назад. Оценить состояние и прогноз. Определить тактику.</p>	<p>П К – 5 , П К</p>
<p><b>Задача № 50.</b> Больной Ф., 59 лет. Психические расстройства появились в возрасте 51 г. За полгода до выхода на пенсию вдруг прекратил работать. При попытке возобновить труд не мог справиться с обязанностями. Стал эйфоричным, беспечным, не поехал на похороны сестры, в это время ходил по знакомым, веселился. Раздал и растерял вещи, покупал ненужные безделушки. При обследовании: нелепо эйфоричен, абсолютно не тяготится больничной обстановкой, бестактен, склонен к грубым шуткам. Критика к состоянию абсолютно отсутствует. В дальнейшем нарастало апатическое состояние, обеднел словарный запас, появилась афазия, нарастало снижение памяти и интеллектуальной деятельности. Ухудшалось соматическое состояние. Определить синдром и заболевание.</p>	<p>П К – 5 , П К</p>

#### Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется ординатору, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, не затрудняется с ответом при видоизменений заданий, использует в ответе материал монографической

литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами и приемами выполнения практических задач;

оценка «хорошо» выставляется ординатору, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения;

оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ;

оценка «неудовлетворительно» выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится ординаторам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.