

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ/ПРАКТИКЕ

«Психиатрия»
наименование

Научная специальность: **3.1.17 ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ**
код, наименование

Кафедра: **ПСИХИАТРИИ**

Форма обучения: _____ очная _____

Нижний Новгород
2022

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Психиатрия» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Психиатрия». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№	<u>Оценочное средство</u>	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1.	Курсовая работа (проект)	Средство проверки умения представлять результаты теоретических, расчетных, аналитических, экспериментальных исследований	Перечень тем курсовых работ (проектов)
2.	Кейс-задание	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы.	Задания для решения кейс-задания
3.	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
4.	Решение комплектов задач	Различают задачи и задания: а) репродуктивного уровня, позволяющие оценивать и диагностировать знание фактического материала (базовые понятия, алгоритмы, факты) и умение правильно использовать специальные термины и понятия, узнавание объектов изучения в рамках определенного раздела дисциплины; б) реконструктивного уровня, позволяющие оценивать и диагностировать умения синтезировать, анализировать, обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов, установлением причинно-следственных связей; в) творческого уровня, позволяющие оценивать и диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения	Комплект разноуровневых задач и заданий

5.	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
6.	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
7.	Доклад	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы	Темы докладов, сообщений
8.	Тестовые задания	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
9.	Деловая/ролевая игра	Совместная деятельность группы обучающихся и преподавателя под управлением преподавателя с целью решения учебных и профессионально-ориентированных задач путем игрового моделирования реальной проблемной ситуации. Позволяет оценивать умение анализировать и решать типичные профессиональные задачи	Тема (проблема), концепция, роли и ожидаемый результат по каждой игре
10.	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
11.	Рабочая тетрадь	Дидактический комплекс, предназначенный для самостоятельной работы обучающегося и позволяющий оценивать уровень усвоения им учебного материала	Образец рабочей тетради

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции*	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
код и наименование формируемой компетенции			

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: Кейс-задание, Контрольная работа, Решение комплектов задач, Реферат, Собеседование, Доклад, Тестовые задания, Деловая/ролевая игра, Коллоквиум, Рабочая тетрадь

1.1.1. Контролируемый раздел дисциплины «Организация психиатрической помощи».

Собеседование (вопросы по темам):

- 1) История организации психиатрической помощи.
- 2) Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992г. № 3185I (с изм. и дополн.).
- 3) Организация психиатрического стационара.
- 4) Принцип диспансеризации, правила постановки под наблюдение, своевременное оказание помощи при ухудшении состояния.
- 5) Правовые вопросы, необходимость их соблюдения при недобровольной госпитализации больных.
- 6) Поддерживающая терапия как основа стабилизации ремиссии, реабилитации и реадaptации на новом социальном уровне.
- 7) Качество жизни больного как показатель успешности лечения.
- 8) Распространенность психических расстройств.
- 9) Методы профилактики психических расстройств.

Тестовые задания (письменно):

1. Сведения о состоянии психического здоровья гражданина имеют право запрашивать
 - а) никому не дано такого права
 - б) соседи
 - в) его сотрудники по работе
 - г) **судебно-следственные органы и вышестоящие органы здравоохранения**
 - д) участковые врачи территориальных поликлиник
2. Амбулаторное лечение лица, страдающего психическим расстройством, в возрасте старше 15 лет, не признанного в установленном законом порядке недееспособным, проводится
 - а) **после получения его письменного согласия**
 - б) после получения его устного согласия
 - в) после получения согласия его ближайших родственников
 - г) без его согласия
 - д) после получения санкции судьи
3. Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, дается
 - а) самим лицом, страдающим психическим расстройством, в письменной форме
 - б) самим лицом, страдающим психическим расстройством, в устной форме
 - в) **его законным представителем в письменной форме**
 - г) его законным представителем в устной форме
 - д) другими ближайшими родственниками
4. Лечение лица, страдающего психическим расстройством, без его согласия или без согласия его законного представителя
 - а) не может проводиться

- б) может проводиться только при применении принудительных мер медицинского характера
 - в) может проводиться при применении принудительных мер медицинского характера, а также при недобровольной госпитализации
 - г) может проводиться всем больным, находящимся под диспансерным наблюдением
 - д) все перечисленное неверно
5. Право на отказ от лечения психических расстройств имеют
- а) все лица без исключения
 - б) только лица, не состоящие под диспансерным наблюдением
 - в) только госпитализированные в недобровольном порядке
 - г) все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера
 - д) все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера, а также тех, кто госпитализируется в недобровольном порядке
6. При недобровольной госпитализации психически больного, в неотложных случаях, решение о проведении лечения без согласия больного может приниматься
- а) врачом-психиатром единолично
 - б) только комиссией врачей-психиатров
 - в) только с санкции прокурора
 - г) только по постановлению суда
 - д) только по разрешению главного психиатра
7. Согласие на лечение необходимо получать от больного или его законного представителя
- а) только в начале курса терапии
 - б) при каждом и любом изменении первоначальной схемы терапии
 - в) в начале курса терапии, а также при смене метода терапии и таких изменениях в лечении, которые связаны с существенным возрастанием риска побочных эффектов и осложнений
 - г) при недобровольной госпитализации в психиатрический стационар
 - д) при проведении принудительного лечения
8. При получении врачом-психиатром диспансера сведений, дающих основание предполагать наличие у лица тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя и окружающих, врач-психиатр может повести недобровольное освидетельствование
- а) только с разрешения главного врача диспансера
 - б) только с разрешения главного психиатра данной территории
 - в) только после получения санкции судьи
 - г) только по решению комиссии врачей-психиатров
 - д) самостоятельно, без дополнительного разрешения с чьей-либо стороны
9. Недобровольное освидетельствование больного, состоящего под диспансерным наблюдением, может проводиться
- а) только с разрешения главного врача диспансера
 - б) только с разрешения главного психиатра данной территории
 - в) только с санкции судьи
 - г) только с санкции прокурора
 - д) по единоличному решению врача-психиатра, без получения чьего-либо разрешения
10. Решение об установлении диспансерного наблюдения за лицом, страдающим психическим расстройством, или его прекращении принимается
- а) врачом-психиатром единолично
 - б) комиссией врачей-психиатров
 - в) главным врачом диспансера
 - г) только судом
 - д) только прокурором

11. Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, должно осматриваться комиссией врачей-психиатров
- а) однократно, в течение 48 часов с момента госпитализации
 - б) ежедневно, в течение всего периода недобровольного пребывания в стационаре
 - в) в течение 48 часов с момента госпитализации и далее, не реже одного раза в месяц в течение первых шести месяцев
 - г) не реже одного раза в месяц в течение первых шести месяцев
 - д) в течение 48 часов с момента госпитализации и далее ежедневно в течение всего периода недобровольного пребывания в стационаре
12. При нахождении пациента в психиатрическом стационаре могут быть ограничены его следующие права
- а) встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине
 - б) выписывать газеты и журналы
 - в) иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой
 - г) обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара
 - д) подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату
13. Выписка пациента, госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, производится
- а) по его личному заявлению
 - б) по единоличному решению лечащего врача
 - в) по заключению комиссии врачей-психиатров либо по постановлению судьи об отказе в продлении недобровольной госпитализации
 - г) по просьбе родственников
 - д) по решению главного врача психиатрического стационара
14. Выписка из психиатрического стационара пациента, к которому применены принудительные меры медицинского характера, производится
- а) по его личному заявлению
 - б) по единоличному решению лечащего врача
 - в) по заключению комиссии врачей-психиатров
 - г) по решению главного врача психиатрического стационара
 - д) только по решению суда
15. Право на информацию о характере применяемых методов лечения имеют лица, страдающие психическими расстройствами
- а) все
 - б) недееспособные и несовершеннолетние через своего законного представителя
 - в) за исключением находящихся на принудительном лечении
 - г) за исключением госпитализированных в недобровольном порядке
 - д) все перечисленное неверно
16. До постановления судьи основанием для госпитализации в психический стационар в недобровольном порядке при наличии тяжелого психического расстройства является
- а) заявление граждан о неправильном поведении пациента
 - б) направление в стационар психиатра скорой медицинской помощи
 - в) направление в стационар психиатра психоневрологического диспансера (отделения, кабинета)
 - г) беспомощность пациента, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
 - д) ни одно из перечисленных
17. Заявление в суд по вопросу о госпитализации лица в недобровольном порядке подается
- а) родственниками лица
 - б) участковым психиатром

- в) представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо
 - г) комиссией врачей-психиатров
 - д) ни одно из перечисленных
18. Основанием для недобровольной госпитализации несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет в психиатрический стационар является
- а) его просьба или согласие
 - б) согласие обоих родителей и решение органа опеки и попечительства
 - в) просьба или согласие его законного представителя, а при отсутствии такового решение органа опеки и попечительства
 - г) просьба или согласие его дальнего родственника
 - д) ни одно из перечисленных
19. Решение об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке может быть принято
- а) врачом любой специальности
 - б) фельдшером станции скорой медицинской помощи
 - в) только врачом-психиатром
 - г) органом управления здравоохранением
 - д) ни одним из перечисленных
20. Для помещения обвиняемого в психиатрический стационар на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу
- а) достаточно постановления следователя
 - б) необходимо постановление следователя с санкцией прокурора
 - в) необходимо определение суда
 - г) необходимо постановление прокурора, которому следователь обязан передать дело
 - д) все перечисленное неверно
21. Принудительное лечение продлевается
- а) не реже одного раза в год, по заключению комиссии врачей-психиатров
 - б) не реже одного раза в год судом, по представлению учреждения, осуществляющего принудительное лечение
 - в) для продления амбулаторного принудительного лечения достаточно решения врачебной комиссии не реже двух раз в год, в остальных случаях - раз в год судом
 - г) не реже двух раз в год, по заключению комиссии врачей-психиатров
 - д) первый раз по истечении шести месяцев с момента начала лечения, затем ежегодно судом, по представлению учреждения, осуществляющего принудительное лечение
22. Поводом для прекращения принудительного лечения может быть
- а) отсутствие острой психотической симптоматики
 - б) упорядоченное поведение больного
 - в) отсутствие асоциальных установок
 - г) такое изменение психического состояния больного, при котором его общественная опасность снизилась или исчезла
 - д) критичное отношение больного к совершенному им правонарушению
23. Решение о непригодности гражданина вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности принимается
- а) врачом любой специальности единолично
 - б) врачом-психиатром единолично
 - в) врачебной комиссией
 - г) судом
 - д) прокурором
24. Основаниями для помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения являются
- а) личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, в случае его дееспособности
 - б) заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра

- в) для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным - решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра
- г) **все перечисленное**
- д) ничего из перечисленного

25. Пациенты госпитализируются в психиатрический стационар в недобровольном порядке без их согласия или без согласия их законных представителей до постановления судьи, если обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- а) непосредственную опасность больного для себя или окружающих
- б) беспомощность больного, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
- в) существенный вред здоровью пациента вследствие ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи
- г) верно только а) и б)
- д) **верно все перечисленное**

1.1.2. Контролируемый раздел дисциплины «Пропедевтика в психиатрии».

Сообщение, доклад на тему:

- 1) Роль биологических, средовых и психологических факторов в развитии психической патологии (этиопатогенетическая, провоцирующая, патопластическая).
- 2) Основные разделы психиатрии и их содержание, взаимоотношения психиатрии с философией, психологией, другими медицинскими дисциплинами.
- 3) Экологическая психиатрия, социальная психиатрия, этнопсихиатрия как особые направления современной психиатрии.
- 4) Методы обследования психически больных.
- 5) Экспериментально-психологическое исследование: методики, формирование заключения.
- 6) Семиология. Понятие о психопатологических симптомах и синдромах, их классификация.
- 7) Показатели тяжести психических расстройств.

Тестовые задания (письменно):

1. Метод наблюдения позволяет выявить
 - а) диссимуляцию
 - б) изменение психического состояния больного
 - в) возможность агрессивных действий
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
2. Для выявления бредовых идей можно использовать все следующие приемы, кроме
 - а) сообщения больному объективных сведений о нем, не называя дающего сведения
 - б) неоднократного возвращения в процессе разговора к интересующему врача вопросу
 - в) беседы с больным на темы, не касающиеся бредовых идей
 - г) **обещания каких-либо санкций в случае отказа больного сообщить интересующие врача сведения**
 - д) всего перечисленного
3. Экспериментально-психологическое исследование в клинике позволяет решать следующие задачи
 - а) получение данных о различных нарушениях психических процессов у больного с диагностической целью

- б) оценку степени нарушений психической деятельности
 - в) объективную оценку динамики психического состояния в процессе терапии
 - г) ни одну из перечисленных
 - д) **все перечисленные**
4. Морфологическое исследование крови проводится для выявления
- а) инфекционных процессов
 - б) осложнений лекарственной терапии
 - в) характерных изменений при фебрильной шизофрении
 - г) **всего перечисленного**
 - д) ничего из перечисленного
5. Биохимическое исследование крови проводится
- а) для выявления биохимических сдвигов, характерных для различных психических заболеваний (шизофрении, МДП, эпилепсии, алкоголизма, наследственных заболеваний и др.)
 - б) для определения содержания лития при соответствующей терапии
 - в) для определения функции печени при терапии психотропными средствами
 - г) **для всего перечисленного**
 - д) ни для чего из перечисленного
6. Содержание психотропных препаратов в крови определяется в следующих случаях
- а) для определения наиболее эффективной суточной дозы препарата
 - б) при подозрении на отравление психотропными средствами
 - в) для исключения возможности передозировки препарата
 - г) **для всего перечисленного**
 - д) ни для чего из перечисленного
7. Бактериологическое исследование спинномозговой жидкости проводится для диагностики всех следующих заболеваний, кроме
- а) менингитов
 - б) абсцессов мозга
 - в) **опухолей мозга**
 - г) сифилиса нервной системы
 - д) токсоплазма
8. Посредством церебральной ангиографии может быть выявлено
- а) **усиление сосудистого рисунка**
 - б) изменение конфигурации турецкого седла
 - в) пальцевые вдавления
 - г) расширение канала зрительного нерва
 - д) расширение внутреннего слухового прохода
9. Изменения на ЭЭГ характерны для всех перечисленных заболеваний, кроме
- а) органических и сосудистых поражений головного мозга
 - б) опухолей мозга
 - в) эпилепсии
 - г) атрофических заболеваний
 - д) **инволюционных психозов**
10. Метод компьютерной томографии применяется для диагностики всех следующих видов мозговой патологии, исключая
- а) **менингиты**
 - б) опухоли мозга
 - в) дегенеративные изменения мозговой ткани
 - г) инфаркты мозга
 - д) кровоизлияния в вещество мозга
11. Генетические методы исследования психических больных используются
- а) для диагностики психических заболеваний
 - б) для определения прогноза психических заболеваний

- в) для определения степени риска психических заболеваний у родственников
 г) **для всего перечисленного**
 д) ни для чего из перечисленного
12. В основе биохимического метода лежит
 а) изучение клинических особенностей у близнецов
 б) анализ родословной пробанда
 в) изучение клинических особенностей у приемных детей
 г) изучение количественного и качественного состава хромосом человека
 д) **обнаружение наследственных дефектов метаболизма**
13. В основе цитогенетического метода лежит
 а) изучение клинических особенностей у близнецов
 б) анализ родословной пробанда
 в) изучение клинических особенностей у приемных детей
 г) **изучение количественного и качественного состава хромосом человека**
 д) обнаружение наследственных дефектов метаболизма
14. В группу повышенного риска при наследовании психических заболеваний входят все перечисленные группы, кроме
 а) детей, у которых болен один из родителей
 б) братьев и сестер больных
 в) **дядей и теток больных**
 г) родителей больных
 д) dizygotic близнецов больных
15. В группу наивысшего риска при наследовании психических заболеваний входят
 а) дети, у которых болен один из родителей
 б) дети, у которых больны оба родителя
 в) родители больных
 г) dizygotic близнецы больных
 д) **все перечисленные**
16. История болезни является
 а) медицинским документом
 б) научным документом
 в) юридическим документом
 г) **всем перечисленным**
 д) ничем из перечисленного
17. При описании того или иного психического нарушения в анамнезе необходимо выяснить
 а) давность его существования
 б) особенности развития во времени
 в) взаимоотношения данного расстройства с другими психическими расстройствами
 г) **все перечисленное**
 д) ничего из перечисленного
18. Психический статус не должен содержать
 а) специальных психиатрических терминов
 б) анамнестических сведений
 в) оценки врачом обнаруженных у больного расстройств
 г) **верно все перечисленное**
 д) неверно все из перечисленного
19. Выписной эпикриз отражает
 а) только состояние больного на момент выписки из стационара
 б) только состояние больного при поступлении в стационар и при выписке оттуда
 в) только динамику состояния больного за время наблюдения
 г) только динамику терапии за время наблюдения
 д) **сжатое изложение анамнеза (катамнеза), психического статуса при поступлении и в динамике, соматический и неврологический статусы, данные о проведенных исследованиях**

и лечении, окончательный диагноз и рекомендации по лечебно-восстановительным мероприятиям после выписки из стационара

20. Катамнез содержит описание
- а) всей истории жизни и заболевания
 - б) жизни и проявлений болезни за последние 5 лет
 - в) жизни и проявление болезни, начиная с момента последней выписки из данного стационара
 - г) жизни и проявлений болезни, начиная с момента выписки из любого стационара
 - д) жизни и проявлений болезни, начиная с момента первого поступления в данный стационар
21. Испытуемый объединяет в одну группу самолет, велосипед, ласточку и вишенку по принципу "движение". Данную особенность мышления можно интерпретировать как проявление
- а) снижения уровня обобщения
 - б) искажения процесса обобщения
 - в) ригидности мышления
 - г) нарушения динамики мыслительной деятельности
 - д) нарушения внимания
22. При сравнении понятий испытуемый находит общее между собакой и кошкой в том, что "у них по четыре ноги". Данный ответ можно интерпретировать как проявление
- а) снижения уровня обобщения
 - б) искажения процесса обобщения
 - в) ригидности мышления
 - г) нарушения динамики мыслительной деятельности
 - д) нарушения внимания
23. При выполнении методики "Счет по Крепелину" испытуемый показал следующую динамику продуктивности (количество арифметических операций в мин): 22, 21, 18, 15, 12, 10, 7, 6. Это свидетельствует о
- а) снижении уровня обобщения
 - б) нарушениях памяти
 - в) колебаниях внимания
 - г) утомляемости
 - д) нарушениях восприятия
24. Испытуемый объясняет пословицу "Штопай дыру пока не велика" так: "Правильно, когда будет большая, уже не заштопаешь". Это свидетельствует о
- а) правильном понимании условного смысла
 - б) буквальном (конкретном) понимании условного смысла
 - в) искаженном понимании условного смысла
 - г) резонерстве
 - д) соскальзываниях в суждении

1.1.3. Контролируемый раздел дисциплины «Общая психопатология».

Собеседование (вопросы по темам):

- 1) Расстройства чувственного познания: патология ощущений, восприятия, иллюзии, психосенсорные расстройства, галлюцинации, дереализация, деперсонализация, синдром галлюциноза и его варианты, дереализационно-деперсонализационный и сенесто-ипохондрический синдромы.
- 2) Нозологическая принадлежность патологии чувственного познания.
- 3) Расстройства эмоций: основные симптомы, депрессивный, маниакальный, дисфорический синдромы, их варианты.
- 4) Нозологическая принадлежность эмоциональных расстройств.
- 5) Расстройства мышления по форме и по содержанию: конкретное, парадоксальное, замедленное, ускоренное, лабильное, ригидное, вязкое, обстоятельное, бессвязное,

- разорванное, аутистическое, символическое, разноплановое, паралогическое, формальное, мышление, резонерство, персеверация, вербигерация, шперрунг, ментизм, навязчивые, сверхценные, бредовые идеи.
- 6) Классификация и этапы формирования бреда.
 - 7) Бредовые синдромы и их разновидности: паранойяльный, параноидный, парафренный, синдром психического автоматизма, синдром Котара.
 - 8) Нозологическая принадлежность патологии мышления.
 - 9) Волевые расстройства: основные симптомы, апатико-абулический синдром, расстройства влечений, расстройства пищевого поведения, сексуальные девиации, суицидальное поведение.
 - 10) Нозологическая принадлежность волевых расстройств.
 - 11) Двигательные расстройства: гипер-, гипо-, акинезия, дискинезии. Судорожный синдром. Кататонический и гебефренический синдромы.
 - 12) Нозологическая принадлежность двигательных расстройств.
 - 13) Когнитивные нарушения: расстройства внимания, памяти. Симптомы.
 - 14) Синдромы слабоумия: олигофрения, деменция и их варианты, нозологическая принадлежность.
 - 15) Синдромы нарушения сознания: оглушение, сопор, кома, делирий, сумерки, онейроид, аменция. Варианты, стадии развития.
 - 16) Нозологическая принадлежность синдромов нарушенного сознания.
 - 17) Невротические и неврозоподобные синдромы: астенический, фобический, обсессивно-компульсивный, истеро-невротический.
 - 18) Психопатические и психопатоподобные синдромы: варианты, нозологическая принадлежность.
 - 19) Ипохондрический синдром: варианты, дифференциальная диагностика, нозологическая принадлежность.

Тестовые задания (письменно):

1. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме
 - а) физической истощаемости
 - б) психической истощаемости
 - в) **фиксационной амнезии**
 - г) аффективной лабильности
 - д) вегетативными расстройствами
2. Астенический синдром как последствие черепно-мозговой травмы характеризуется всем перечисленным, кроме
 - а) проявлений раздражительной слабости
 - б) аффективной лабильности
 - в) явлений "усталости, не ищущей себе покоя"
 - г) **ментизма**
 - д) головных болей и вегетативных нарушений
3. Для астенического синдрома при атеросклерозе характерно все перечисленное, исключая
 - а) **легкие нарушения сознания в виде обнубиляции**
 - б) утрату способности к продолжительному умственному и физическому напряжению
 - в) восстановление работоспособности после продолжительного отдыха
 - г) резко выраженную утомляемость
 - д) легкость перехода от сниженного настроения со слезливостью к благодушию и эйфории
4. Классическая депрессивная триада характеризуется
 - а) эмоциональным торможением
 - б) двигательным торможением
 - в) идеаторным торможением
 - г) **всем перечисленным**

- д) ничем из перечисленного
5. Для депрессивной триады характерно все перечисленное, кроме
- сниженного настроения
 - двигательного торможения
 - меланхолического раптуса
 - идеаторного торможения
 - всего перечисленного
6. Депрессивное идеаторное торможение может быть выражено всем проявлениями, кроме
- концентрации мышления на депрессивной фабуле
 - затруднения запоминания
 - затруднения воспроизведения
 - депрессивного моноидеизма
 - явлений прогрессирующей амнезии
7. К признакам депрессивного двигательного торможения относятся все перечисленные, исключая
- повышенную чувствительность
 - бедность мимики
 - ощущение мышечной слабости
 - замедление движений
 - явления депрессивного ступора
8. К соматическим признакам депрессии относятся
- запоры
 - дисменорея
 - похудание
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
9. К соматическим признакам депрессий могут относиться
- повышение веса
 - отсутствие аппетита
 - постарение
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
10. Что выходит на первый план в клиническом состоянии больных с «маскированными депрессиями»
- нарушения мимики и пантомимики
 - пониженное настроение
 - интеллектуально-мнестические нарушения
 - изменения личности
 - соматовегетативные функциональные расстройства
11. Меланхолический раптус это
- не сопровождающаяся потерей сознания кратковременная, пароксизмально наступающая утрата мышечного тонуса, приводящая к падению больного
 - двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий
 - расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
 - периодически и внезапно возникающая страсть к воровству
 - двигательное возбуждение, возникающее на фоне мучительной, невыносимой тоски, сочетающееся с безысходностью и отчаянием
12. Депрессивный ступор встречается при
- невротической депрессии
 - биполярном аффективном расстройстве
 - патохарактерологических реакциях
 - формирующейся психопатии

- д) неврозе навязчивых состояний
13. С наличием гипоманиакального состояния могут быть связаны следующие проявления
- а) повышенный аппетит
 - б) нарушение сна
 - в) расторможение влечений
 - г) **все перечисленные**
 - д) ни одно из перечисленных
14. Маниакальная триада характеризуется
- а) повышенным настроением
 - б) ускорением ассоциаций
 - в) двигательным возбуждением
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
15. Маниакальное идеаторное возбуждение может быть выражено всеми перечисленными признаками, исключая
- а) гипермнезию
 - б) конфабуляции
 - в) ускорение ассоциаций
 - г) явления повышенной отвлекаемости со скачкой идей
 - д) **идеаторную "спутанность"**
16. Признаками гипоманиакального состояния являются
- а) повышенная активность
 - б) повышение настроения
 - в) нарушение сна
 - г) **все перечисленные**
 - д) ни один из перечисленных
17. Гиперметаморфоз это
- а) **расстройство внимания в форме его произвольного кратковременного привлечения к обычно не замечаемым предметам и явлениям**
 - б) неожиданная, произвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
 - в) замедление возникновения ассоциаций, уменьшение их количества
 - г) нарушение способности соотносить возможности собственной личности с реальностью
 - д) ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненным представлением
18. Обсессивный синдром характеризуется
- а) возникновением помимо желания пациента чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т.д.
 - б) сознанием их болезненности, критическим отношением к ним
 - в) бессилием в противоборстве, преодолением ценой изнуряющих страданий
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
19. К отвлеченным навязчивостям относятся все перечисленные, исключая
- а) бесплодное мудрствование (умственная жвачка)
 - б) **навязчивое чувство антипатии**
 - в) навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, терминов и т.д.
 - г) навязчивый счет
 - д) навязчивое разложение на отдельные слоги различных слов
20. Навязчивые влечения характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) появления вопреки разуму, воли и чувству
 - б) стремления совершать какое-либо бессмысленное, часто опасное действие
 - в) острого овладения рассудком, подчиняя себе все поведение больного

- г) возникновения при этом страха, связанного также с непонятностью появления чуждого влечения
- д) **чувством навязанности, сделанности из вне**
21. Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) **неопределенного чувства страха, без понимания его бессмысленности**
- б) понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним
- в) наличия конкретного содержания
- г) интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного
- д) возможности быть всеохватывающим
22. Навязчивые сомнения характеризуются всем перечисленным, исключая
- а) назойливую неуверенность в правильности и законченности совершенных действий
- б) сомнение в правильности и точности исполнения
- в) стремление проводить перепроверки
- г) возможность продолжаться до бесконечности
- д) **успокоение больного многократными проверками**
23. Навязчивые опасения характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) неустранимой вопреки воле и рассудку неуверенности в удачном выполнении привычных или автоматизированных действий
- б) **ощущения воздействия посторонней силы**
- в) отношения к образным (чувственным) навязчивостям
- г) близости к навязчивым сомнениям
- д) возможности действительного нарушения соответствующих как произвольных, так и произвольных действий
24. К навязчивым ритуалам относятся все перечисленные, кроме
- а) навязчивых движений и действий, возникающих совместно с другими образными навязчивостями
- б) имеющих значение заклинаний, защиты
- в) **действия, совершаемого под воздействием чужой воли**
- г) воспроизводящихся вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья
- д) воспроизводящихся для преодоления другого вида навязчивости
25. Признаком деперсонализационного синдрома является
- а) элективный мутизм
- б) повышенная раздражительность
- в) негативизм
- г) **чувство утраты эмоций**
- д) фиксационная амнезия
26. Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) расстройства самосознания личности, отчуждения психических свойств личности
- б) **нарушения сознания**
- в) чувства изменения, утраты или раздвоения своего «Я»
- г) расстройства самосознания витальности и активности
- д) расстройства самосознания целостности
27. В сравнительно легких случаях деперсонализация выражается всем перечисленным, исключая
- а) **восприятие окружающей обстановки как безжизненной**
- б) ощущение внутренней измененности, касающейся чувств и мыслей
- в) блеклое, безжизненное, приглушенное осознание себя
- г) ощущение наблюдения себя как бы со стороны
- д) возможность утраты чувств, возможной утраты собственного «Я»
28. В более тяжелых случаях деперсонализация проявляется всем перечисленным, кроме
- а) отчуждения представлений, воспоминаний
- б) отчуждения мыслей, отчуждения чувств
- в) отчуждения действий, поступков

- г) восприятия их как искусственно созданных воздействием извне
 д) **ощущения нереальности окружающего**
29. В самых тяжелых случаях деперсонализация проявляется всем перечисленным, исключая
 а) **утрату чувственного восприятия предметов**
 б) феномен расщепления «Я»
 в) утверждение, что существуют два несогласных «Я»
 г) утверждение, что каждое из этих «Я» по-разному воспринимает окружающее, думает, действует
 д) ощущение, что расщепление собственного «Я» происходит под воздействием внешних сил
30. К проявлениям физической (телесной) деперсонализации относятся
 а) чувство отчуждения своего голоса
 б) ощущение, что тело, отдельные части его стали чужими
 в) наблюдение за своими действиями как бы со стороны
 г) **все перечисленные**
 д) ни одно из перечисленных
31. К расстройству самосознания витальности относится все перечисленное, кроме
 а) снижения или исчезновения чувства собственной жизненности
 б) **понижения восприимчивости внешних раздражителей**
 в) ослабления переживания телесной жизнедеятельности (в легких случаях)
 г) утраты чувства, что живут, что есть (в тяжелых случаях)
 д) ослабления физического благополучия, тонуса телесного существования
32. К расстройству самосознания целостности относится все перечисленное, кроме
 а) **ощущения расстройства "схемы тела" (увеличения и смещения)**
 б) нарушения осознания себя как единого неразрывного целого
 в) возникновения переживания внутреннего распада, раздвоения, вызывающего панический страх
 г) сосуществования двух несогласованных «Я», находящихся в постоянном противоречии
 д) возможности отчуждения частей собственного тела
33. К расстройству идентичности самосознания относится все перечисленное, исключая
 а) неуверенность в непрерывности самосознания от рождения до данного момента
 б) прекращение осознания себя, кто он
 в) в легких случаях ощущение отдаленности своего «Я»
 г) в тяжелых случаях исчезновение уверенности "Я есть, Я сам"
 д) **дезориентировку в ситуации**
34. Дерезализация характеризуется всем перечисленным, кроме
 а) **искажения величины и формы воспринимаемых предметов и пространства**
 б) чувства призрачности окружающего
 в) восприятия внешнего мира призрачным, неотчетливым
 г) утраты чувства действительности
 д) сомнения в реальности существования окружающих предметов, людей
35. Дерезализационные расстройства проявляются всем перечисленным, кроме
 а) восприятия окружающего как лишенного эмоционального резонанса, безжизненного, мертвого
 б) **неспособности определять год, месяц, число, время года, день недели**
 в) восприятия окружающего зловеще-настороженным, мистически таинственным, необычно радостным
 г) возникновения ощущения, что рядом кто-то находится, что непосредственно переживается, с одновременным осознанием ошибочности возникающего чувства
 д) нарушения способности восприятия в виде невозможности устанавливать связи явлений и понимать смысл происходящего
36. Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме
 а) разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений в различных частях тела

- б) необычности, вычурности ощущений
 - в) отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин
 - г) частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами
 - д) **искаженного восприятия формы и величины своего тела**
37. Сенестопатии это
- а) усиление ощущений кожного чувства
 - б) разнообразные нарушения со стороны моторной сферы, имеющие субъективный характер и не получающие отражения в данных объективного исследования (чувство потери равновесия, шаткость походки и т.д.)
 - в) нарушение восприятия "схемы тела" - искаженное восприятие собственного тела, физического (телесного) "Я"
 - г) **разнообразные, крайне неприятные тягостные ощущения, исходящие из разных областей тела, отдельных внутренних органов, без реальных соматических причин**
 - д) ощущения ползания по телу насекомых, появления на поверхности тела или под кожей посторонних предметов
38. Ипохондрический синдром проявляется всем перечисленным, исключая
- а) чрезмерно утрированное внимание к здоровью
 - б) убежденность в существующем заболевании
 - в) подавленное настроение с мыслями о неизлечимой болезни
 - г) **ощущение открытости мыслей**
 - д) сенестопатии
39. Особенностью паранойяльной ипохондрии является все перечисленное, кроме
- а) твердой убежденности в существовании заболевания
 - б) **убеждения, что болезнь развилась в результате воздействия гипноза и т.д.**
 - в) наличия системы доказательств заболевания
 - г) упорного требования обследования
 - д) проявления кверулянтской активности при попытке переубеждения
40. Истерический припадок проявляется всем перечисленным, кроме
- а) **припадка с клонической и тонической фазой**
 - б) разнообразных сложных, выразительных движений
 - в) помрачения сознания
 - г) психогенной обусловленности
 - д) усиления и затягивания при скоплении людей вокруг
41. Малые истерические припадки проявляются всем перечисленным, исключая
- а) приступы рыдания и хохота
 - б) патетическую жестикуляцию
 - в) **кратковременную потерю сознания с подергиванием тела и группы мышц**
 - г) чувство дурноты, учащенное дыхание
 - д) беспорядочные движения конечностями
42. Истерические нарушения моторики проявляются всем перечисленным, исключая
- а) функциональные парезы и параличи
 - б) явления астазии-абазии
 - в) различные гиперкинезы и тики
 - г) **психогенную слепоту**
 - д) афонию и мутизм
43. Истерические сенсорные нарушения и расстройства чувствительности проявляются всем перечисленным, кроме
- а) концентрического сужения полей зрения
 - б) психогенной слепоты
 - в) утраты слуха
 - г) гипестезии и анестезии участков тела
 - д) **наличия характера сделанности этих расстройств**
44. Истерические нарушения зрения характеризуются всем перечисленным, кроме

- а) острого возникновения
 - б) наличия явной или скрытой связи с психогенией
 - в) изменений на глазном дне
 - г) сохранения реакции на свет
 - д) отсутствия нарушения пространственной ориентировки
45. При истерической полной утрате слуха наблюдается все перечисленное, кроме
- а) нарушения барабанной перепонки
 - б) наличия замыкания глазных щелей при интенсивном внезапном звуке
 - в) сохранения реакции на невербальные звуки и шумы
 - г) сужения зрачков при громких звуках
 - д) наличия гипостезии (анестезии) ушных раковин
46. Истерические сумеречные состояния характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) сохранения в памяти всего периода истерического сумеречного нарушения сознания
 - б) расстройства сознания с наплывом ярких галлюцинаций, полностью замещающих реальную обстановку
 - в) чрезвычайно выразительного, театрального поведения больных
 - г) звучания психотравмирующей ситуации
 - д) возможности возникновения нестойких бредоподобных идей
47. Астазия – абазия это
- а) утрата способности к образованию ассоциативных связей
 - б) расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки
 - в) замедление всех психических процессов
 - г) замедление речи, наступающее во всех случаях заторможенного мышления
 - д) бессвязность речи, сопровождающаяся повторением одних и тех же фраз и слов
48. Аггравация это
- а) умышленное изображение уже исчезнувших симптомов психической болезни
 - б) умышленное сокрытие имеющихся психических расстройств в виде "формальной критики"
 - в) умышленное изображение психопатологических симптомов, не свойственных имеющемуся психическому заболеванию
 - г) умышленное изображение психической болезни психически здоровым лицом
 - д) умышленное преувеличение симптомов имеющегося в настоящее время заболевания или остаточных явлений после перенесенной психической болезни
49. Синдром сверхценных идей характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) наличия суждений, возникающих вследствие реальных обстоятельств на основе действительных фактов
 - б) приобретения этими суждениями в сознании больного доминирующего места
 - в) наличия выраженного аффективного напряжения
 - г) склонности при определенных условиях с течением времени блекнуть и исчезать
 - д) легкости коррекции путем переубеждения пациента
50. Бред это
- а) ошибочные суждения, возникающие на болезненной основе, не соответствующие фактам реальной действительности, полностью овладевающие сознанием больного и не поддающиеся при разубеждении
 - б) утрата эмоциональных реакций на все окружающее, с мучительным переживанием полной душевной опустошенности
 - в) упорный отказ от пищи, обусловленный психическим заболеванием
 - г) безразличие к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствие желаний, побуждений
 - д) расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки
51. Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) несоответствия фактам реальной действительности
 - б) доступности исправления, устранения путем убеждения

- в) возникновения на болезненной основе
 - г) полного овладения сознанием больного
 - д) невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью
52. Бредовое настроение характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) напряженного предчувствия надвигающейся катастрофы
 - б) возникновения этого состояния после "кристаллизации бреда"
 - в) необъяснимого мучительного беспокойства
 - г) приобретения окружающим иного смысла
 - д) восприятия себя и окружающего мира измененным
53. Интерпретативный бред (бред толкования) характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) нарушения абстрактного познания действительности
 - б) построения системы бреда на цепи доказательств, обнаруживающих субъективную логику
 - в) крайне одностороннего толкования реальных фактов и доказательств при игнорировании фактов, противоречащих бредовой идее
 - г) непрерывной внутренней работы над содержанием бреда
 - д) нарушения чувственного познания окружающего мира
54. Для паранойяльного синдрома свойственно все перечисленное, кроме
- а) преобладания образных представлений, наличия растерянности
 - б) стойкости и прогрессирования
 - в) наличия непрерывной внутренней работы над содержанием бреда, развитием и систематизацией бредовых идей
 - г) превращения бредовых идей в постоянное воззрение
 - д) повышенной активности
55. Синдром чувственного (образного) бреда характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) наглядно-образного характера, отсутствия активной работы над содержанием бреда
 - б) построения системы бреда на цепи доказательств, обнаруживающих субъективную логику
 - в) преобладания воображения, фантазии, грез
 - г) фрагментарности, неясности, непоследовательности бредовых представлений
 - д) отсутствия последовательной системы доказательств
56. Для острого фантастического бреда характерно
- а) наличие бреда инсценировки, интерметаморфозы
 - б) наличие антагонистического бреда
 - в) грандиозность, мегаломаничность переживаний
 - г) чередование страха и экстаза, боязливости и патетики
 - д) все перечисленное
57. Аффективному бреду свойственно
- а) возникновение вместе с эмоциональными расстройствами
 - б) отсутствие стойкой системы доказательств
 - в) отсутствие необратимых изменений личности
 - г) сравнительно неглубокое и неинертное расстройство психической деятельности
 - д) все перечисленное
58. Для резидуального бреда характерно все перечисленное, кроме
- а) возникновения после психоза с бредовыми расстройствами
 - б) сохранения после исчезновения всех других проявлений психоза
 - в) обязательности сосуществования с глубокими изменениями личности
 - г) сохранения в качестве моносимптома
 - д) последующего восстановления критического отношения к бреду
59. Для бреда инсценировки характерно
- а) ощущение, что все происходящее сделано специально
 - б) вокруг идет как бы инсценировка, разыгрывается спектакль
 - в) вокруг все изменяется, перемещается, изменяются лица окружающих

- г) под видом родных приходят незнакомые, а в посторонних пациенты узнают родных
д) **все перечисленное**
60. Бред индуцированный это
- а) необоснованное суждение обо всем происходящем вокруг больного как специально устроенном, инсценированном с какой-то целью
б) **бред, возникающий у лиц, находившихся в длительном контакте с психически больным, совпадающий по тематике с бредом больного**
в) ложное убеждение, проявляющееся идеей полного изменения окружающей обстановки, превращения предметов, перевоплощения лиц
г) приобретение предметами, событиями и окружающими лицами особого смысла
д) ложное убеждение в наличии неизлечимой, приводящей к смерти или унижительной болезни (рак, СПИД и др.)
61. Бред интерметаморфозы это
- а) депрессивные, ипохондрические фантазии с идеями громадности и отрицания
б) ложное убеждение в ошибочном или умышленном обвинении больного окружающими лицами в совершении неблагоприятных или преступных действий, к которым он не имеет никакого отношения
в) образные представления, сопровождающиеся тревогой, страхом, экстазом, растерянностью
г) **ложное убеждение, проявляющееся идеей полного изменения окружающей обстановки, превращения предметов, перевоплощения лиц**
д) приобретение предметами, событиями и окружающими лицами особого смысла
62. Бред Котара это
- а) погружение в мир личных переживаний с ослаблением или потерей контакта с действительностью, утратой интереса к реальности с отсутствием стремления к общению с окружающими людьми
б) нарушение восприятия, проявляющееся в искажении формы и величины своего тела
в) **депрессивные, ипохондрические фантазии с идеями громадности и отрицания (всеобщая гибель, мировые катаклизмы, исчезновения собственного тела, отдельных органов)**
г) кратковременное психическое расстройство, возникающее в ответ на интенсивную, внезапную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, за которым следует общая расслабленность, безразличие и часто глубокий сон; сопровождается частичной или полной ретроградной амнезией
д) ложное убеждение в ошибочном или умышленном обвинении больного окружающими лицами в совершении неблагоприятных или преступных действий, к которым он не имеет никакого отношения
63. Бред манихейский это
- а) разновидность аффективного бреда, содержанием которого являются идеи самообвинения, греховности
б) **разновидность чувственного, экспансивного бреда, содержание которого носит фантастический, антагонистический характер**
в) разновидность чувственного, экспансивного бреда, содержанием которого являются идеи реформаторства, мессианства
г) разновидность чувственного, экспансивного бреда ретроспективного содержания, нередко сопровождающегося псевдогаллюцинаторными воспоминаниями
д) разновидность аффективного бреда, содержанием которого являются ипохондрические фантазии с идеями громадности и отрицания (всеобщая гибель, мировые катаклизмы, исчезновение собственного тела, отдельных органов)
64. Бред параноидный это
- а) высшая степень бессвязности мышления, когда речь представляет собой беспорядочный, бессмысленный набор слов

- б) патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением черт, присущих детскому или подростковому возрасту
 - в) ощущение спазма, подкатывание к горлу клубка, шара
 - г) возникающее при глубоком нарушении сознания, ограничивающееся пределами постели двигательное беспокойство, проявляющееся небольшими по амплитуде движениями преимущественно пальцев рук
 - д) различные бредовые идеи преследования, отношения, воздействия, отравления, обвинения, ущерба
65. Агозмы это
- а) одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
 - б) нарушение памяти в виде утраты способности фиксации, сохранения и воспроизведения различной информации
 - в) нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
 - г) выпадение из памяти событий непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию или другим психическим расстройствам
 - д) элементарные слуховые обманы в виде шума, стука, грохота, шипения, выстрелов и т.д.
66. Для истинных галлюцинаций характерно
- а) восприятие без реального объекта
 - б) возникновение только при психическом расстройстве
 - в) наличие произвольно возникающих представлений, проецируемых вовне
 - г) характер проекции, неотличимой от реальных объектов
 - д) все перечисленное
67. Галлюцинации императивные это
- а) слуховые галлюцинации в виде голосов, приказывающих (или наоборот запрещающих) совершать те или иные поступки, действия
 - б) зрительные галлюцинации в виде образов людей, животных, неодушевленных предметов, отличающихся необычайно большими иногда гигантскими размерами
 - в) зрительные галлюцинации в виде образов живых существ и неодушевленных предметов, отличающихся необычно малыми размерами
 - г) галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на тот же анализатор
 - д) ощущение явного присутствия в полости тела, обычно в животе, инородных предметов, живых существ
68. Истинным галлюцинациям свойственно
- а) произвольное возникновение представлений
 - б) проецирование их вовне
 - в) яркость, неотличимость от реальных предметов
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
69. Истинные зрительные галлюцинации могут быть
- а) бесформенными, с неотчетливой или очерченной формой
 - б) различными по величине видений
 - в) бесцветные, цветные
 - г) подвижные или неподвижные
 - д) все перечисленные
70. Слуховые истинные галлюцинации делятся
- а) по сложности (элементарные, простые, сложные)
 - б) по интенсивности
 - в) по содержанию (безразличные, угрожающие, императивные и т.д.)

- г) по продолжительности (непрерывные и эпизодические)
 д) по всему перечисленному
71. При истинных тактильных галлюцинациях возникают
 а) ощущение ползания по телу насекомых
 б) ощущение появления на поверхности тела посторонних предметов
 в) ощущение появления под кожей посторонних предметов
 г) все перечисленные ощущения
 д) ни одно из перечисленных ощущений
72. Для висцеральных галлюцинаций характерно все перечисленное, кроме
 а) ощущения явного присутствия в полости тела инородных предметов
 б) ощущения присутствия в теле живых существ
 в) наличия беспредметных, необычных, тягостных, мигрирующих ощущений в разных местах
 г) возможности точного описания своих ощущений
 д) ощущения, что эти предметы неподвижны или шевелятся
73. Гипнагогические галлюцинации проявляются в виде видений
 а) непроизвольно возникающих перед засыпанием
 б) возникающих при закрытых глазах
 в) возникающих на темном поле зрения
 г) всех перечисленных
 д) ни одного из перечисленных
74. Галлюцинации гипнагогические это
 а) видения, возникающие непосредственно перед засыпанием, при закрытых глазах, на темном фоне зрения
 б) ощущение явного присутствия в полости тела, обычно в животе, инородных предметов, живых существ
 в) зрительные или слуховые галлюцинации, возникающие при пробуждении
 г) слуховые галлюцинации в виде голосов, приказывающих (или наоборот запрещающих) совершать те или иные поступки, действия
 д) галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на тот же анализатор
75. Иллюзии это
 а) застойность, малая подвижность, замедленность смены психических процессов
 б) повышенная восприимчивость к обычным внешним раздражителям, сопровождающаяся неприятным субъективным чувством
 в) понижение восприимчивости к внешним раздражениям
 г) лишённые смыслового значения непроизвольные насильственные движения
 д) ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений
76. Аффективные иллюзии характеризуются
 а) искаженным восприятием, связанным с необычным эмоциональным состоянием
 б) возникновением при патологических изменениях аффекта
 в) возникновением чаще при страхе, тревоге
 г) усилением к вечеру
 д) всем перечисленным
77. Парейдолии это
 а) зрительные иллюзии фантастического содержания
 б) нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения
 в) расстройство мышления, сопровождающееся отчетливо неприятным субъективным переживанием внезапного исчезновения нужной мысли
 г) неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несущественных деталях
 д) крайнее обеднение запаса слов

78. Для симптома псевдогаллюцинаций характерно все перечисленное, кроме
- а) лишения конкретности, реальности
 - б) наличия признаков нарушения сознания
 - в) безжизненности, беззвучности, бестелесности
 - г) интрапроекции внутри организма
 - д) наличия характера сделанности
79. Зрительные псевдогаллюцинации характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) характера сделанности
 - б) наличия вызываемых, показываемых видений, картин
 - в) возникновения при делириозном нарушении сознания
 - г) бесформенности или отчетливой формы
 - д) простоты или сценopodobности
80. Слуховые псевдогаллюцинации определяются всем перечисленным, кроме
- а) возникновения "внутренних", "сделанных", "мысленных" голосов
 - б) звучания мыслей
 - в) громких мыслей
 - г) содержания брани, упреков, предсказаний, приказов и т.д.
 - д) ощущения, что языком больного произносятся слова, фразы
81. Вербальные иллюзии характеризуются
- а) ложным восприятием содержания реального разговора окружающих
 - б) восприятием обвинения, укоров, брани, угроз в нейтральных разговорах
 - в) возникновением чаще на фоне тревожной подозрительности, страха, относясь к вербальному варианту аффективных иллюзий
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного
82. Функциональные галлюцинации характеризуются
- а) появлением при существовании реального внешнего раздражения
 - б) сосуществованием с внешним раздражением, не сливаясь с ним
 - в) исчезновением с прекращением действия раздражителей
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного
83. Функциональные галлюцинации это
- а) зрительные или слуховые галлюцинации, возникающие при засыпании или пробуждении
 - б) ощущение явного присутствия в полости тела, обычно в животе, инородных предметов, живых существ
 - в) галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на другой анализатор
 - г) ощущение ползания по телу насекомых, появления на поверхности тела или под кожей посторонних предметов
 - д) галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на тот же анализатор
84. Галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется
- а) бредом преследования, воздействия
 - б) психическими автоматизмами и псевдогаллюцинациями
 - в) разнообразной фабулой бреда (от идеи колдовства и гипноза до самых современных методов преследования)
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного
85. Идеаторные (ассоциативные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме
- а) сделанных неприятными ощущений
 - б) мнимого воздействия на процессы мышления
 - в) ментизма, обрывов мыслей
 - г) отнятия и вкладывания мыслей, разматывания воспоминаний

- д) симптома открытости мыслей
86. Сенестопатические (сенсорные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме
- крайне неприятных ощущений, возникающих в результате мнимого воздействия посторонних сил
 - мнимого воздействия на процессы мышления**
 - разнообразного характера сделанных ощущений
 - чувства сделанного жара или холода, болезненных ощущений в разных частях тела
 - необычности, вычурности ощущений
87. Кинестетические (моторные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме
- убеждения, что движения производятся помимо воли, под влиянием извне
 - убеждения, что действиями руководят, двигают их конечностями
 - отнятия мыслей, разматывания воспоминаний**
 - насильственного ощущения неподвижности, оцепенения
 - речедвигательных автоматизмов
88. Острый галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется
- большой чувственностью бредовых расстройств
 - отсутствием тенденции к систематизации бредовых расстройств
 - выраженностью всех форм психических автоматизмов
 - аффектом страха, тревоги, растерянностью
 - всем перечисленным**
89. Хронический галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется
- склонностью к систематизации бредовых расстройств
 - частым возникновением на высоте развития явлений бредовой деперсонализации
 - отсутствием растерянности, яркости аффекта
 - всем перечисленным**
 - ничем из перечисленного
90. Галлюцинаторный вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома характеризуется
- преобладанием псевдогаллюцинации
 - небольшим удельным весом психических автоматизмов
 - незначительным удельным весом бреда преследования и воздействия
 - всем перечисленным**
 - ничем из перечисленного
91. Бредовый вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома характеризуется
- преобладанием бредовых идей воздействия и преследования
 - большим удельным весом психических автоматизмов
 - относительной слабостью выраженности псевдогаллюцинаторных расстройств
 - всем перечисленным**
 - ничем из перечисленного
92. Парафренный синдром проявляется всем перечисленным, кроме
- правдоподобности высказываний**
 - сочетания фантастического бреда величия, преследования, воздействия, явлений психического автоматизма, изменениями аффекта
 - очевидности для больных, неоспоримости их утверждений
 - склонности к расширению бреда, вариантам, обогащению новыми фактами
 - антагонистического бреда
93. Острая парафрения проявляется всем перечисленным, кроме
- развития острого чувственного бреда с псевдогаллюцинациями и нестойкими конфабуляциями, нестойкостью, изменчивостью бредовых идей
 - склонности к развитию на ее высоте сумеречного помрачения сознания**
 - яркости аффекта
 - возникновения острого фантастического и антагонистического бреда
 - склонности к развитию на ее высоте онейроида
94. Хроническая парафрения проявляется

- а) стабильностью бреда
 - б) монотонностью аффекта
 - в) сравнительно небольшим удельным весом чувственного бреда
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
95. Систематизированная парафрения характеризуется
- а) систематизированным фантастическим бредом величия
 - б) сочетанием с антагонистическим бредом
 - в) сочетанием с бредом преследования
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
96. Галлюцинаторная парафрения характеризуется
- а) наплывом вербальных галлюцинаций
 - б) преобладанием галлюцинаций над бредовыми расстройствами
 - в) преобладанием фантастического характера галлюцинаций и бреда
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
97. Конфабуляторная парафрения характеризуется
- а) обильными фантастическими конфабуляциями
 - б) наличием симптома разматывания воспоминаний
 - в) отсутствием нарушений памяти
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
98. Ступор это
- а) убежденность больного в том, что окружающие его посторонние, незнакомые лица являются его родными и близкими, но загримированы под незнакомых
 - б) **состояние двигательной и психической заторможенности**
 - в) опознавание психически больным неизвестных лиц как своих знакомых, родных, или наоборот - знакомых как чужих людей, но принявших их облик
 - г) повторение увиденных действий
 - д) неузнавание своего отражения в зеркале
99. Кататонический ступор проявляется всем перечисленным, кроме
- а) обездвиженности застывшего амимичного лица
 - б) **выраженного депрессивного аффекта**
 - в) повышения мышечного тонуса
 - г) длительно сохранения одной позы
 - д) отказа от речи, негативизма
100. Субступорозное состояние проявляется всем перечисленным, кроме
- а) **ложных воспоминаний**
 - б) неполной обездвиженности
 - в) более или менее выраженного мутизма
 - г) продолжительного сохранения одного и того же положения тела
 - д) неестественных, вычурных поз
101. Ступор с явлениями восковой гибкости проявляется всем перечисленным, кроме
- а) состояния обездвиженности
 - б) сохранения любого изменения позы
 - в) **резкого напряжения мышц с противодействием при попытке изменить позу**
 - г) появления восковой гибкости в жевательных мышцах, затем в мышцах шеи, верхних и нижних конечностях
 - д) исчезновения восковой гибкости в обратном порядке
102. Ступор с мышечным оцепенением проявляется всем перечисленным, кроме
- а) резчайшего мышечного напряжения
 - б) постоянного пребывания в одной и той же позе

- в) явлений восковой гибкости
 г) пребывания чаще в позе эмбриона
 д) появления симптома хоботка (вытянутых губ при плотно сжатых челюстях)
103. Негативизм это
 а) бессмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от выполнения любого движения, действия или сопротивление его осуществлению другим лицом
 б) непреодолимое стремление вспоминать имена героев книг, даты каких-либо событий и т.д. без какой-либо надобности
 в) непреодолимая боязнь охватывающая больного, несмотря на понимание им ее бессмысленности и попытки с ней справиться
 г) непреодолимое стремление считать без надобности какие-либо объекты (окна, дома, прохожих и т.д.)
 д) нарушение осознания себя как единого целого, сопровождающееся переживанием внутреннего распада, раздвоения, паническим страхом
104. Раптус проявляется
 а) в наиболее выраженной форме двигательного возбуждения
 б) в неистовом возбуждении внезапно прерываемом заторможенностью
 в) в том, что больные мечтают, кричат, нанося себе повреждения
 г) всем перечисленным
 д) ничем из перечисленного
105. Депрессивное возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме
 а) двигательного возбуждения
 б) безысходного отчаяния
 в) мучительной, невыносимой тоски
 г) того, что больные стонут, рыдают, пытаются нанести себе повреждения
 д) ощущения сделанности состояния
106. Тревожное возбуждение проявляется
 а) общим двигательным беспокойством
 б) тревогой, страхом
 в) различной выраженностью ажитации
 г) всем перечисленным
 д) ничем из перечисленного
107. Импульсивное возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме
 а) неожиданности поступков
 б) театральности поз
 в) агрессии, неистовой ярости
 г) прерывания кратковременными состояниями ступора
 д) преобладания в речи стереотипно повторяемых слов (эхолалии, вербигерации)
108. Гебефреническое возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме
 а) дурашливости, гримасничания
 б) нелепого, бессмысленного хохота
 в) преобладания восторга, экстаза
 г) прыжков, кривляния
 д) неуместных плоских шуток
109. Импульсивные действия проявляются всем перечисленным, кроме
 а) характера сделанности
 б) совершения действия без контроля сознания
 в) возникновения при глубоком нарушении психической деятельности
 г) внезапного и стремительного начала
 д) немотивированного и бессмысленного действия
110. Импульсивные действия возникают
 а) после длительной борьбы мотивов
 б) при появлении навязчивых мыслей

- в) при обнубиляции
 - г) как следствие дистимических расстройств
 - д) внезапно, без борьбы мотивов
111. Импульсивные влечения проявляются всем перечисленным, кроме
- а) острых, время от времени возникающих стремлений, овладевающих рассудком
 - б) бессмысленных двигательных возбуждений
 - в) влечений, подчиняющих себе поведение больного
 - г) подавления всех конкурирующих мыслей, представлений, желаний
 - д) неполноты, непоследовательности воспоминаний о времени их господства
112. Онейроидная кататония проявляется
- а) экстатическим, импульсивным возбуждением
 - б) ступором с явлениями восковой гибкости, ступорозными состояниями
 - в) онейроидным помрачением сознания
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного
113. Люцидная кататония проявляется
- а) кататоническим синдромом
 - б) как правило, ступором с негативизмом и оцепенением
 - в) отсутствием помрачения сознания
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного
114. Эхолалия это
- а) повторение услышанных слов и предложений
 - б) увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
 - в) разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
 - г) повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации
 - д) повторение увиденных действий
115. Эхопраксия это
- а) повторение увиденных действий
 - б) повторение услышанных слов и предложений
 - в) нарушение плавности речи в виде судорожного расстройства координации речевого акта, повторение отдельных слогов
 - г) ритмическое монотонное повторение какого-либо слова или словосочетания, иногда проявляющееся бессмысленным нанизыванием сходных по звучанию фраз, слов и слогов
 - д) неодолимо повторяемое, бессмысленное, ненужное движение или действие
116. Мутизм это
- а) отказ от речи, отсутствие речевого общения больного с окружающими при сохранности речевого аппарата
 - б) непроизвольно возникающий, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, образов, представлений
 - в) многократное повторение отдельных слогов произносимого слова
 - г) непреодолимо повторяемое, бессмысленное, ненужное движение или действие
 - д) возникновение непреодолимых, чуждых личности больного мыслей (обычно неприятных), представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, влечений, движений и действий, при сохранности критического к ним отношения и попытках борьбы с ними
117. Дезориентировка аллопсихическая это
- а) нарушение ориентировки в окружающем

- б) закономерность развития амнезии, начинающейся с утраты памяти на недавние события, а позднее и на давно прошедшее
 - в) неожиданная, произвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
 - г) замедление возникновения ассоциаций, уменьшение их количества
 - д) нарушение способности соотносить возможности собственной личности с реальностью
118. Синдромы помрачения сознания проявляются всем перечисленным, исключая
- а) нарушение отражения реального мира как в его внешних, так и внутренних связях
 - б) затруднение или полную невозможность восприятия происходящего вокруг
 - в) дезориентировку во времени, месте, окружающих лицах, иногда в собственной личности
 - г) бессвязность мышления, полную или частичную амнезию периода помрачения сознания
 - д) чувство сделанности
119. Делирий характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) кататонических включений
 - б) помрачения сознания
 - в) наплыва парейдолий и сценopodobных зрительных галлюцинаций
 - г) резко выраженных двигательных возбуждений
 - д) дезориентировки в месте и времени при сохранении ориентировки в собственной личности
120. Первая стадия делирия проявляется всем перечисленным, кроме
- а) изменчивости настроения, непоследовательности, говорливости, гиперстезии
 - б) расстройства сна с трудностью засыпания и яркими сновидениями
 - в) псевдогаллюцинаторных расстройств
 - г) смены приподнятого настроения тревогой, капризностью, обидчивостью
 - д) наплыва ярких воспоминаний, образных представлений о прошедших событиях
121. Вторая стадия делирия характеризуется всем перечисленным, исключая
- а) кататонические расстройства
 - б) преобладание парейдолий
 - в) увеличение лабильности аффекта
 - г) усиление расстройства сна
 - д) появление устрашающих сновидений, которые путают с реальностью
122. Третья стадия делирия характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) наплыва зрительных, обычно сценopodobных галлюцинаций
 - б) хаотического беспорядочного возбуждения в пределах постели
 - в) резкого двигательного возбуждения со страхом и тревогой
 - г) наличия светлых промежутков с астенией
 - д) усиления галлюцинаторных расстройств к вечеру
123. Мусситирующий (бормочущий) делирий проявляется всем перечисленным, исключая
- а) совершение профессиональных движений
 - б) хаотическое беспорядочное возбуждение обычно в пределах постели
 - в) невнятное бессвязное бормотание
 - г) тяжелое общее состояние больного
 - д) возможность развития карфологии
124. Профессиональный делирий проявляется
- а) более глубоким, чем при обычном делирии помрачением сознания
 - б) преобладанием возбуждения в виде автоматизированных двигательных актов профессионального характера
 - в) глубокой дезориентировкой в окружающей обстановке и отсутствием реакции на окружающее
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного
125. Оглушение проявляется всем перечисленным, кроме
- а) понижения вплоть до полного исчезновения ясности сознания

- б) **выраженных галлюцинаторных и бредовых включений**
 - в) повышения порога возбудимости для всех внешних раздражителей
 - г) замедленности, затруднения мышления, трудности в осмыслении ситуации в целом при правильной оценке наиболее элементарных явлений окружающего
 - д) аспонтанности, малоподвижности
126. К синдромам выключения сознания относятся
- а) обнубиляция
 - б) сомнолентность
 - в) сопор
 - г) кома
 - д) **все перечисленные**
127. Обнубиляция проявляется
- а) замедленностью реакций, в первую очередь, речевых
 - б) появлением "облачности сознания", "вуали на сознании"
 - в) частой беспечностью настроения
 - г) продолжительностью от минут до длительного времени
 - д) **всем перечисленным**
128. Обнубиляция это
- а) **нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения**
 - б) ослабление, вплоть до полного исчезновения различий между "я" и "не я", между миром внутренним и внешним, между реальностью и образом, созданным аутистическим миром больного
 - в) исчезновение ощущения течения времени, его непрерывности и последовательности
 - г) нарушение осознания себя как единого целого, сопровождающееся переживанием внутреннего распада, раздвоения, паническим страхом
 - д) сновидное помрачение сознания с наплывом произвольно возникающих фантастических представлений
129. Сомнолентность проявляется всем перечисленным, кроме
- а) состояния полусна (большую часть времени лежит с закрытыми глазами)
 - б) отсутствия спонтанной речи
 - в) **конфабуляторных расстройств**
 - г) правильных односложных ответов на простые вопросы
 - д) способности внешних раздражителей на некоторое время ослабить симптоматику
130. Сопор проявляется
- а) патологическим сном
 - б) неподвижностью больных (с закрытыми глазами и амимией)
 - в) стереотипными недифференцированными защитными реакциями в ответ на сильные раздражители
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
131. Оглушение возникает в результате всего перечисленного, кроме
- а) интоксикаций (алкоголь, угарный газ и т.д.)
 - б) расстройств обмена веществ (уремии, диабета, печеночной недостаточности)
 - в) черепно-мозговых травм
 - г) сосудистых и других органических заболеваний центральной нервной системы
 - д) **фебрильной шизофрении**
132. Онейроидное (сновидное) помрачение сознания проявляется всем перечисленным, исключая
- а) полную отрешенность больных от окружающего
 - б) **наплыв парейдолий и сценopodobных истинных зрительных галлюцинаций**
 - в) фантастическое содержание переживаний
 - г) дисмнестические расстройства
 - д) глубокое расстройство самосознания

133. Начальный этап развития онейроида проявляется
- а) лабильностью аффекта
 - б) преобладанием пониженного настроения с оттенком капризности немотивированной тревоги, либо повышенного настроения с оттенком восторженности, экзальтации
 - в) возникновением расстройства сна: чередования необычайно ярких сновидений с бессонницей, нарушениями аппетита, головными болями, неприятными ощущениями в области сердца
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
134. Этап ориентированного онейроида проявляется всем перечисленным, исключая
- а) возникновение непроизвольного фантазирования с яркими представлениями о полетах, путешествиях, войнах, мировых катастрофах
 - б) сосуществование такого фантазирования с восприятием реального мира и ориентировкой в окружающем
 - в) **наплыв истинных зрительных галлюцинаций**
 - г) легкое изменение фантастических бредовых построений под влиянием изменений окружающего, нарушение чувства времени
 - д) преобладание или растерянно-патетического возбуждения, или субступора
135. Амбулаторный автоматизм это
- а) состояние, возникающее в результате резкого прекращения приема веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами
 - б) отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность
 - в) потеря способности запоминать текущие события
 - г) одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
 - д) **помрачение сознания без бреда, галлюцинаций и выраженных аффективных расстройств, проявляющееся блужданием с внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных действий и последующей амнезией**
136. Сумеречное помрачение сознания проявляется
- а) внезапной, чаще кратковременной утратой ясности сознания
 - б) полной отрешенностью от окружающего
 - в) иногда возможностью отрывочного и искаженного восприятия окружающего при сохранении привычных автоматизированных действий
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
137. Сумеречное помрачение сознания по особенностям клинических проявлений подразделяется на все перечисленные формы, кроме
- а) простой
 - б) психотической
 - в) **эндогенной**
 - г) амбулаторных автоматизмов
 - д) истерической (психогенной)
138. Простая форма сумеречного помрачения сознания характеризуется всем перечисленным, исключая
- а) внезапное развитие
 - б) невозможность продуктивного контакта с больными (больные отключаются от реальности)
 - в) либо отсутствие спонтанной речи, либо ее ограничение повторением отдельных слов
 - г) развитие то кратковременных ступорозных состояний, то эпизодов импульсивного возбуждения с негативизмом
 - д) **сохранение полных воспоминаний о переживаниях периода помраченного сознания**
139. Разновидностями простой формы сумеречного помрачения сознания являются

- а) амбулаторные автоматизмы
- б) fuga или транс
- в) сомнамбулизм или лунатизм (амбулаторный автоматизм, возникающий во сне)
- г) **все перечисленные**
- д) ничего из перечисленного

140. Сумеречное помрачение сознания с продуктивными расстройствами ("психотическая" форма) проявляется всем перечисленным, кроме

- а) наличия галлюцинаций
- б) наличия бреда и измененного аффекта
- в) искажения восприятия больными окружающего существованием бредовых расстройств
- г) отражения в словах и действиях больных существующих патологических переживаний
- д) **грезоподобного бреда с преобладанием визуализированных фантастических представлений**

141. Патологический аффект это

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

142. Растерянность это

- а) чрезмерная подвижность внимания, постоянный переход от одного объекта и вида деятельности к другому
- б) расстройства восприятия в виде ощущений и образов, произвольно возникающих без реального раздражителя (объекта)
- в) нарушение внутренних логических связей, соединение разнородных, не связанных по смыслу элементов или разрыв цельности мыслей и цепи ассоциаций с неологизмами
- г) неистовое возбуждение, внезапно сменяющее заторможенность или ступор
- д) **мучительное непонимание больным своего состояния, которое осознается как необычное, необъяснимое**

143. Продром пароксизмов характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, возникающими за несколько секунд (минут, часов, дней) до возникновения пароксизма

- а) астеническими
- б) аффективными
- в) сенестопатическими
- г) **всеми перечисленными**
- д) ни одним из перечисленных

144. К вариантам больших судорожных припадков относятся все следующие, кроме

- а) большого судорожного припадка
- б) атипичных (рудиментарных) форм больших припадков
- в) **джексоновского припадка**
- г) адверсивного судорожного припадка
- д) мезэнцефального припадка

145. В развитии большого судорожного припадка различают
- а) тоническую форму
 - б) клоническую форму
 - в) фазу помрачения сознания (оглушение или сумеречное расстройство сознания)
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
146. Эпилептический статус характеризуется
- а) серией непрерывно следующих друг за другом больших эпилептических припадков
 - б) продолжительностью от нескольких часов до нескольких суток
 - в) пребыванием больного длительно в коме, сопоре или оглушении
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
147. Эпилептическое состояние сопровождается
- а) изменениями в сердечнососудистой системе
 - б) повышением температуры и другими соматовегетативными расстройствами
 - в) изменениями биохимии крови
 - г) ничем из перечисленного
 - д) **всем перечисленным**
148. Неотложная помощь при эпилептическом статусе включает следующие основные принципы
- а) раннее начало лечения
 - б) комплексность терапевтических мер
 - в) применение дозированного наркоза
 - г) **все перечисленные**
 - д) ничего из перечисленного
149. К малым припадкам относятся все перечисленные, кроме
- а) абсансов
 - б) пропульсивных (акинетических)
 - в) ретропульсивных
 - г) импульсивных (миоклонических)
 - д) **парциальных (джексоновских)**
150. Абсансы (кратковременные состояния с внезапным выключением сознания) разделяются на
- а) простые
 - б) сложные
 - в) с автоматизированными действиями
 - г) **все перечисленные**
 - д) ничего из перечисленного
151. Бессудорожные пароксизмы делятся на следующие группы
- а) с глубоким помрачением сознания
 - б) с неглубоким помрачением сознания
 - в) без помрачения сознания
 - г) ни на одну из перечисленных
 - д) **на все перечисленные**
152. К расстройствам памяти относится все перечисленное, кроме
- а) дисмнезии
 - б) амнезии
 - в) конфабуляции
 - г) парамнезии
 - д) **сделанных воспоминаний**
153. Ретроградная амнезия характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) выпадения из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию
 - б) **потери способности запоминать, отсутствия памяти на текущие события**

- в) невозможности воспроизвести события, обстоятельства, бывшие перед утратой сознания или началом болезни
 - г) распространения подобного забвения на различный период
 - д) редукцией амнестических расстройств, вплоть до их полного исчезновения
154. Антероградная амнезия характеризуется
- а) утратой воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
 - б) распространением подобного забвения на различный период (часы, дни, недели)
 - в) правильным поведением больных в этот, затем забытый период
 - г) ни одним из перечисленных утверждений
 - д) **всем перечисленным**
155. Фиксационная амнезия характеризуется
- а) потерей способности запоминать и отсутствием памяти на текущие события
 - б) амнестической дезориентировкой
 - в) относительной сохранностью памяти на приобретенные в прошлом знания
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
156. Закон Рибо это
- а) застойность, малая подвижность, замедленность смены психических процессов
 - б) искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными
 - в) **закономерность развития амнезии, "закон обратного хода памяти". Утрата материала памяти происходит в последовательности, обратной ее накоплению**
 - г) принцип наследования эндогенных психозов, которые являются полигенно детерминированными наследственными болезнями и не подчиняются основным законам Менделя
 - д) патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития и сохранением черт, присущих детскому или подростковому возрасту
157. Парамнезии представляют собой все перечисленное, исключая
- а) ложные воспоминания
 - б) действительные события, бывшие или возможные в прошлом, перемещенные в ближайшее время
 - в) обыденные, часто связанные с профессией события, замещающие пробел в воспоминаниях больного
 - г) патологические воображения в форме воспоминаний
 - д) **сделанные воспоминания**
158. Криптомнезии это
- а) **искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными**
 - б) вымышленные психически больным события, принимающие форму воспоминаний
 - в) нарушение памяти в виде утраты способности фиксации, сохранения и воспроизведения различной информации
 - г) невозможность выполнять счетные операции при сохранности речи
 - д) нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, как непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию (или другому психическому расстройству), так и после него
159. Конфабуляции это
- а) искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными

- б) **вымышленные психически больным события, принимающие форму воспоминаний**
 - в) расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких, иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
 - г) периодически возникающая страсть к воровству
 - д) транзиторно возникающий непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, образов, представлений
160. Палимпсест это
- а) тип мышления, характеризующийся склонностью к пустым, бесплодным, формальным аналогиям
 - б) **невозможность полного воспроизведения в сознании деталей, эпизодов или подробностей событий, происходивших во время алкогольного опьянения**
 - в) исчезновение ощущения течения времени, его непрерывности и последовательности.
 - г) помрачение сознания без бреда, галлюцинаций и выраженных аффективных расстройств, проявляющееся блужданием с внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных действий и последующей амнезией
 - д) нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
161. Расстройство побуждений проявляется
- а) повышением волевой активности
 - б) понижением волевой активности
 - в) отсутствием побуждений
 - г) извращением волевой активности
 - д) **всем перечисленным**
162. Гипобулия проявляется всем перечисленным, кроме
- а) пониженной волевой активности, бедности побуждений, вялости, бездеятельности
 - б) скудной, лишенной выразительности речи, снижения двигательной активности
 - в) ослабления внимания, обеднения мышления
 - г) ограничения общения вследствие снижения откликаемости
 - д) **повышения мышечного тонуса**
163. Абулия проявляется всем перечисленным, исключая
- а) отсутствие побуждения
 - б) утраты желания
 - в) полную безучастность и бездеятельность
 - г) прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости
 - д) **отказ от речи (мутизм)**
164. Абулия это
- а) состояние, возникающее в результате резкого прекращения приема ПАВ; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами
 - б) **отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность**
 - в) потеря способности запоминать текущие события
 - г) одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
 - д) утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти
165. Анергия это
- а) потеря способности запоминать текущие события
 - б) **снижение до полного отсутствия психической, двигательной и речевой активности**
 - в) состояние, возникающее в результате резкого прекращения приема ПАВ; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами
 - г) отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность

- д) помрачение сознания без бреда, галлюцинаций и выраженных аффективных расстройств, проявляющееся блужданием с внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных действий и последующей амнезией
166. Гипербулия проявляется всем перечисленным, кроме
- повышения волевой активности, усиления побуждений
 - повышенной деятельности
 - чувства сделанности состояния
 - порывистости, инициативности
 - говорливости, подвижности
167. Парабулия это
- объединение несопоставимых, противоречивых идей, обстоятельств, положений, с произвольной подменой одних идей другими
 - ответы на поставленные вопросы невпопад, не по существу, возникающие у больных с кататоническими расстройствами
 - ложные воспоминания, возникающие в результате слияния актуального восприятия, впечатления с мнимым, бывшим якобы в прошлом
 - извращение волевой активности, проявляющееся неадекватным поведением в виде негативизма, импульсивности, вычурности движений
 - аффект качественно и количественно не соответствующий его причине
168. Дромомания это
- патологическое, непреодолимое стремление к перемене мест, к бродяжничеству
 - запой, периодически возникающее, непреодолимое влечение к пьянству
 - периодически и внезапно возникающая страсть к воровству
 - расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких, иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
 - неотвратимое стремление к поджогу, который производится без намерения принести зло, причинить ущерб
169. Врожденное слабоумие (умственная отсталость, олигофрения) проявляется
- дебильностью
 - имбецильностью
 - идиотией
 - всем перечисленным
 - ничем из перечисленного
170. Приобретенное слабоумие делится на
- парциальное (лакунарное)
 - тотальное (глобальное)
 - маразм (распад личности)
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
171. Деменция это
- возникающее в результате болезни ослабление интеллектуальной деятельности
 - неспособность к правильной артикуляции, смазанная, запинаяся, спотыкающаяся речь
 - нарушение плавности речи в виде судорожного расстройства координации речевого акта и повторения отдельных слогов
 - закономерность развития амнезии, начинающейся с утраты памяти на недавние события, а позднее и на давно прошедшее
 - неожиданная, произвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
172. Ускорение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, исключая
- увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени
 - более поверхностный характер умозаключений, крайнюю отвлекаемость мышления
 - бесплодного мудрствования

- г) преобладание образных представлений над абстрактными идеями
 д) возникновение скачки идей, вихря мыслей и представлений
173. Замедление процесса мышления характеризуется всем перечисленным, кроме
 а) замедления возникновения ассоциаций, уменьшения количества ассоциаций
 б) однообразия мыслей и представлений, трудности их образования
 в) трудности отделения главного от второстепенного
 г) жалоб на утрату способности к мышлению
 д) ощущения ослабления умственных способностей
174. Бессвязность мышления (инкогеренция) характеризуется всем перечисленным, кроме
 а) утраты способности к образованию ассоциативных связей, речи в виде беспорядочности набора слов
 б) наличия непроизвольно возникающего непрерывного и неуправляемого потока мыслей, наплыва образов, представлений
 в) утраты способности к отражению действительности в ее связях и отношениях
 г) потери способности к элементарным обобщениям, к анализу и синтезу
 д) хаотически образующихся бессмысленных связей в мышлении
175. Бессвязность мышления (инкогеренция) это
 а) непроизвольно возникающий, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний
 б) затрудненность последовательного течения мыслей, сопровождаемая замедленностью, крайней тягучестью
 в) неточность, нецеленаправленность мышления, не сопровождающаяся, однако, ускорением течения ассоциаций
 г) утрата способности к образованию ассоциативных связей, отражению действительности в ее связях и отношениях
 д) неожиданная остановка, перерыв мысли, ее внезапная блокада
176. Резонерство это
 а) затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях
 б) употребление большим им созданных отдельных слов, языка или особого шифра (криптография)
 в) тип мышления, характеризующийся склонностью к пустым, бесплодным, формальным аналогиям
 г) нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения
 д) неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несущественных деталях
177. Шизофазия это
 а) повторение увиденных действий
 б) увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
 в) расстройство, характеризующееся бессмысленным набором отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
 г) повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации)
 д) переживание восторга, блаженства, необычного счастья
178. Обстоятельность мышления характеризуется всем перечисленным, кроме
 а) замедления образования новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих
 б) утраты способности отделения главного от второстепенного
 в) утраты способности отделения существенного от несущественного
 г) выраженной затрудненности последовательного течения мыслей, сопровождающейся замедленностью
 д) снижения продуктивности мышления

179. Закупорка мышления (шперрунг) проявляется всем перечисленным, кроме
- а) неожиданной остановки, перерыва мыслей
 - б) внезапной блокады мыслей
 - в) возникновения при кратковременном нарушении сознания
 - г) того, что больные замолкают, утратив нить мысли
 - д) возникновения при ясном сознании
180. Закупорка мышления (шперрунг) это
- а) ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненным представлением
 - б) неожиданная, произвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
 - в) малая подвижность, замедленность смены психических процессов
 - г) высшая степень бессвязности мышления, когда речь представляет собой беспорядочный, бессмысленный набор слов
 - д) патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития
181. Симптом монолога это
- а) двигательное возбуждение сопровождающее дисфорию или сумеречное помрачение сознания
 - б) двигательное возбуждение больных олигофренией, проявляющееся в бессмысленных, порой разрушительных действиях и сопровождающееся криками, а в редких случаях нанесением себе повреждений
 - в) повторение услышанных слов и предложений
 - г) повторение увиденных действий
 - д) спонтанная речь больного, сопровождающаяся разорванностью мышления
182. Неологизмы это
- а) употребление больным им созданных отдельных слов, языка или особого шифра
 - б) затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях
 - в) психическое расстройство, заключающееся в том, что знакомые предметы, лица, обстановка воспринимаются как впервые увиденные
 - г) психическое расстройство заключающееся в том, что привычные явления, ситуация осознается как впервые возникающая
 - д) нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения
183. Персеверация это
- а) застревание в сознании какой-либо мысли или представления с монотонным их повторением в ответ на вновь задаваемые вопросы, не имеющие отношения к первоначальному
 - б) мимоговорение, во время которого больной на заданный вопрос отвечает неправильно, хотя по содержанию ответа можно заключить, что вопрос был понят верно
 - в) убежденность больного, что окружающие, родные и знакомые являются совершенно посторонними, неизвестными ему людьми, но загримированными под близких и знакомых
 - г) расстройство мышления, сопровождающееся отчетливо неприятным субъективным переживанием внезапного исчезновения нужной мысли
 - д) неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несущественных деталях
184. Расплывчатое мышление это
- а) затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях
 - б) крайнее обеднение запаса слов

- в) возникновение у больного чувства присутствия кого-то постороннего. Присутствие постороннего не воспринимается, а непосредственно переживается
 - г) невозможность полного воспроизведения в сознании деталей, эпизодов или подробностей событий, происходивших во время алкогольного опьянения
 - д) бессмысленное двигательное возбуждение (иногда в форме "двигательной бури"), возникающее при внезапных, очень сильных потрясениях, катастрофах, в ситуациях угрожающих жизни
185. Паралогическое мышление характеризуется всем перечисленным, исключая
- а) соединение несопоставимых обстоятельств, явлений, положений
 - б) **длительное преобладание одной какой-либо мысли, представления**
 - в) объединение противоречивых идей, образов, утрату логической связи
 - г) произвольную подмену одних понятий другими
 - д) соскальзывание с основного ряда мышления на побочный
186. Вербигерация это
- а) нарушение плавности речи в виде судорожного расстройства координации речевого акта, повторение отдельных слогов
 - б) неожиданная, произвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
 - в) замедление возникновения ассоциаций, уменьшение их количества
 - г) **ритмическое монотонное повторение какого-либо слова или словосочетания, иногда проявляющееся бессмысленным нанизыванием сходных по звучанию фраз, слов и слогов**
 - д) слуховые галлюцинации в виде одного или нескольких голосов
187. Стереотипия это
- а) **постоянное повторение какого-либо действия, слова, фразы**
 - б) опознавание психически больным неизвестных лиц как своих знакомых, родных, или наоборот - знакомых как чужих людей, но принявших их облик
 - в) состояние, которое складывается из симптома иллюзии двойников, симптома положительного или отрицательного двойника
 - г) проявление повышенной внушаемости и галлюцинаторной готовности у больного в предделириозном состоянии
 - д) спонтанная речь больного, сопровождающаяся разорванностью мышления
188. Для синдрома Каннера характерно
- а) однообразное поведение со склонностью к стереотипным движениям
 - б) различные расстройства речи (характер зависит от варианта синдрома)
 - в) неспецифические проявления: расстройства сна, аппетита, общее беспокойство и беспричинный плач
 - г) отставание в интеллектуальном развитии ребенка
 - д) **все перечисленное**
189. Отсутствие потребности в контактах с окружающими при достаточном интеллектуальном уровне отмечается
- а) при синдроме Каннера
 - б) **при синдроме Аспергера**
 - в) при органическом варианте раннего детского аутизма
 - г) при всем перечисленном
 - д) ни при одном из перечисленных
190. Психопатологическую сущность состояния, при котором присутствует недовольство мнимым физическим недостатком, влияя на все поведение пациента и приобретая характер некорректируемого и даже нелепого убеждения (миловидная девушка утверждает, что у нее безобразная внешность), следует оценить как
- а) сверхценную дисморфофобию
 - б) навязчивую дисморфофобию
 - в) бредовую дисморфофобию

- г) как одно из перечисленных
 - д) ни одно из перечисленных
191. Дисморфомания представляет собой
- а) болезненное убеждение в наличие физического недостатка
 - б) бред величия
 - в) моторный автоматизм
 - г) ложные воспоминания
 - д) депрессивный ступор
192. Эйфория это
- а) незначительный подъем настроения, сочетающийся с расторможенностью примитивных влечений, беспечностью, дурашливым поведением
 - б) увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
 - в) переживание восторга, блаженства, необычного счастья
 - г) повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации
 - д) недостаточность или утрата аффективной откликаемости, бедность эмоциональных проявлений, душевная холодность, равнодушие
193. Экстаз это
- а) повторение увиденных действий
 - б) увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
 - в) разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
 - г) повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации
 - д) переживание восторга, блаженства, необычного счастья
194. Эмоциональное обеднение (аффективная тупость) это
- а) повторение увиденных действий
 - б) увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
 - в) разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
 - г) повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением (вплоть до персеверации)
 - д) недостаточность или утрата аффективной откликаемости, бедность эмоциональных проявлений, душевная холодность, равнодушие
195. Акатизия это
- а) одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
 - б) двигательное беспокойство, выражающееся в том, что больной не может спокойно сидеть или стоять на одном месте в связи с возникновением ощущения дискомфорта; осложнение психофармакотерапии
 - в) расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки
 - г) отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность, прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости
 - д) полное равнодушие, безучастность ко всему окружающему и своему положению, бездумность
196. Какой из приведенных ниже психопатологических синдромов относится к негативным (дефицитарным)
- а) корсаковский амнестический
 - б) астенический
 - в) сумеречное помрачение сознания

- г) все перечисленные
- д) ни один из перечисленных

197. Какой из приведенных ниже психопатологических синдромов относится к позитивным (продуктивным)

- а) парафренный
- б) амнестический
- в) паралитический
- г) все перечисленные
- д) ни один из перечисленных

198. Гиперкомпенсация это:

- а) расстройство внимания в форме его непроизвольного кратковременного привлечения к обычно не замечаемым предметам и явлениям
- б) защитное поведение, связанное с имеющейся или мнимой неполноценностью
- в) периодически наступающие кратковременные приступы сонливости
- г) понижение волевой активности с бедностью побуждений, обеднением мышления, снижением двигательной активности
- д) двигательное угнетение, сопровождающееся обеднением и замедлением движений

1.1.4. Контролируемый раздел дисциплины «Частная психиатрия».

Собеседование (вопросы по темам):

- 1) Неврозы и невротические состояния: эпидемиология, концепции этиологии и патогенеза, классификации, клиника, исходы, дифференциальная диагностика, прогноз, терапия, профилактика, МСЭ, ВЭ, СПЭ.
- 2) Нарушения психического развития: олигофрении, расстройства личности. Эпидемиология, этиология и патогенез, классификации, клиника, дифференциальная диагностика, прогноз, терапия, профилактика, МСЭ, ВЭ, СПЭ.
- 3) Реактивные психозы: эпидемиология, этиология и патогенез, критерии К.Ясперса, классификации, клиника, возрастные особенности, исходы, дифференциальная диагностика, прогноз, терапия, профилактика, МСЭ, ВЭ, СПЭ.
- 4) Шизофрения: определение понятия в разные периоды развития психиатрии, эпидемиология, этиология и патогенез, симптомы – основа диагностики шизофрении, критерии диагностики по разным классификациям, формы, типы течения и их клиническая характеристика, особенности в детском, подростковом и позднем возрасте, исходы шизофрении, дифференциальная диагностика, прогноз, терапия, профилактика, МСЭ, ВЭ, СПЭ.
- 5) Биполярное аффективное расстройство: определение, эпидемиология, классификация, клиника фаз, типы течения, дифференциальная диагностика, прогноз, терапия, профилактика, МСЭ, ВЭ, СПЭ.
- 6) Эпилепсия: определение понятия, эпидемиология, этиология и патогенез, клиника пароксизмальных состояний, расстройств личности, психозов, формы, классификации, особенности в разные возрастные периоды, исходы шизофрении, дифференциальная диагностика, прогноз, терапия, профилактика, МСЭ, ВЭ, СПЭ.
- 7) Психические расстройства при инфекциях головного мозга: при энцефалитах, ВИЧ-инфекции, сифилисе. Эпидемиология, этиология и патогенез, клиника, классификации, исходы, дифференциальная диагностика, прогноз, терапия, профилактика, МСЭ, ВЭ, СПЭ.
- 8) Психические расстройства в связи с ЧМТ: эпидемиология, этиология и патогенез, клиника в разные периоды, классификации, исходы, дифференциальная диагностика, прогноз, терапия, профилактика, МСЭ, ВЭ, СПЭ.
- 9) Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга: эпидемиология, этиология и патогенез, клиника в разные периоды развития,

- классификация, динамика и исходы, дифференциальная диагностика, прогноз, терапия, профилактика, МСЭ, ВЭ, СПЭ.
- 10) Психические расстройства при опухолях головного мозга: эпидемиология, этиология и патогенез, клиника в зависимости от локализации, исходы, дифференциальная диагностика, прогноз, терапия, профилактика, МСЭ, ВЭ, СПЭ.
- 11) Психические непсихотические и психотические расстройства при соматических заболеваниях и общих инфекциях: эпидемиология, патогенез, клиника, классификации, исходы, дифференциальная диагностика, прогноз, терапия, профилактика, МСЭ, ВЭ, СПЭ.
- 12) Психические расстройства позднего возраста, геронтопсихиатрия: эпидемиология, этиология и патогенез, клиника, классификации, исходы, дифференциальная диагностика, прогноз, терапия, профилактика, МСЭ, ВЭ, СПЭ.

Тестовые задания:

1. Основными свойствами реактивных состояний являются
 - а) временный и обратимый характер
 - б) принадлежность к психогенным расстройствам
 - в) отражение психотравмирующей ситуации в переживаниях
 - г) **все перечисленные**
 - д) ничего из перечисленного
2. Аффективно-шоковые реакции являются
 - а) наиболее острыми формами реактивных психозов, сопровождающимися резкими эндокринными и вазомоторными сдвигами
 - б) состояниями, возникающими в связи с внезапными чрезмерными по силе потрясениями
 - в) состояниями, протекающими в гипер- и гипокINETической формах
 - г) верно б) и в)
 - д) **всем перечисленным**
3. Депрессивные реактивные психозы
 - а) наиболее часто встречающиеся проявления реактивных состояний
 - б) депрессия может колебаться от незначительно выраженной подавленности до состояний, характеризующихся гнетущей безысходной тоской
 - в) депрессивные реактивные синдромы отличаются клиническим полиморфизмом и неоднородностью
 - г) верно б) и в)
 - д) **верно все перечисленное**
4. Реактивные (психогенные) параноиды подразделяются
 - а) на реактивное паранойяльное бредообразование
 - б) на реактивные бредовые психозы
 - в) на индуцированные реактивные параноиды
 - г) верно б) и в)
 - д) **на все перечисленные**
5. К истерическим реактивным психозам относятся
 - а) истерические сумеречные помрачения сознания (в том числе синдром Ганзера)
 - б) псевдодеменция
 - в) пуэрилизм
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
6. Характеристики невротических расстройств
 - а) психические расстройства
 - б) психогенно возникающие
 - в) с относительно благоприятным течением (т.е. с тенденцией к обратимости патологических нарушений)

- г) **верно все перечисленное**
 д) ничем из перечисленного
7. Среди биологических этиологических факторов при невротических расстройствах различают
 а) особенности наследственности и конституции
 б) отягощение раннего анамнеза патологической беременностью матери
 в) перенесенные заболевания как сенсibilизатор, усиливающий действие психотравм
 г) **все перечисленные**
 д) ни один из перечисленных
8. Среди этиологических факторов психологической природы невротических расстройств различают
 а) преморбидные особенности личности
 б) психические травмы детского возраста
 в) события, порождающие неопределенность положения, представляющие угрозу для будущего или требующие принятия трудных альтернативных решений
 г) верно б) и в)
 д) **все перечисленные**
9. Основными невротическими синдромами являются все перечисленные, кроме
 а) фобического, обсессивного
 б) астенического, ипохондрического
 в) **психоорганического синдрома**
 г) синдрома невротической депрессии
 д) синдрома нервной анорексии
10. К психогенным двигательным нарушениям относятся
 а) истерические судорожные припадки
 б) парезы и параличи
 в) гиперкинезы, афония и мутизм
 г) **все перечисленные**
 д) ничего из перечисленного
11. Для неврастения характерно все перечисленное, кроме
 а) преобладания общевротических (астенических) расстройств
 б) наличия нарушений сна, головных болей, различных вегето-висцеральных расстройств
 в) **преобладания интеллектуальной астении**
 г) наличия астено-ипохондрических, астено-депрессивных, астено-фобических расстройств
 д) наличия гиперестезии и гиперпатичности в отношении внутренних органов
12. Тревожные расстройства проявляется всем перечисленным, исключая
 а) преобладание фобий, единичных либо сочетанных, либо с присоединением одних к другим
 б) обсессивные расстройства
 в) наличие общевротических расстройств с характерным стереотипом развития
 г) простоту, психологическую понятность ритуалов
 д) **отсутствие критического отношения больного к навязчивым переживаниям**
13. Для неблагоприятного течения тревожных расстройств характерно
 а) генерализация расстройств, обрастание ритуалами
 б) присоединение навязчивых контрастных влечений
 в) присоединение обсессивных расстройств
 г) **все перечисленное**
 д) верно а) и б)
14. Соматоформные расстройства проявляются
 а) полиморфной симптоматикой, часто имитирующей различные соматические заболевания
 б) вегето-соматическими, общевротическими, эмоционально-аффективными нарушениями
 в) моторными расстройствами (судорожными припадками, астазией-абазией, тиками, афонией и т.д.)

- г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
15. Для малых истерических припадков характерно все перечисленное, кроме
- а) **абсансов**
 - б) приступов рыданий и хохота, патетических театральных жестов
 - в) чувства дурноты, учащенного дыхания, дрожания тела
 - г) покраснения и побледнения, затруднения дыхания, необходимости лечь или сесть
 - д) обморочных состояний
16. Лечение невротических и соматоформных расстройств включает
- а) медикаментозное лечение
 - б) психотерапию
 - в) общеукрепляющее лечение, физиотерапию, санаторно-курортное лечение
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
17. Паническое расстройство возникает (диагностический критерий по МКБ-10)
- а) при обстоятельствах, связанных с объективной угрозой для жизни
 - б) в ответ на незначительные психотравмирующие события
 - в) на фоне хронической соматической патологии
 - г) **спонтанно, эпизодически, без видимых причин**
 - д) при передозировке нейролептиками
18. Посттравматическое стрессовое расстройство (МКБ-10)
- а) возникает как острая реакция на исключительный физический и психологический стресс
 - б) **возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие исключительно угрожающего характера**
 - в) состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни и обычно препятствующие социальному функционированию
 - г) состояние тревоги генерализованного и стойкого характера, не связанное с какими-либо средовыми обстоятельствами
 - д) легкое депрессивное состояние в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации, но продолжающееся не более 2 лет
19. Соматизированное расстройство (диагностический критерий по МКБ-10) это
- а) **наличие множественных соматических симптомов без наличия объективной соматической патологии**
 - б) активный поиск больным предполагаемого серьезного заболевания
 - в) наличие психопатологической симптоматики на фоне реально существующего соматического заболевания
 - г) наличие психопатологической симптоматики, возникшей вследствие реально существующего соматического заболевания
 - д) ложное убеждение в наличии неизлечимой, приводящей к смерти или унижительной болезни (рак, СПИД и др.)
20. Какое тревожное расстройство проявляется генерализованной и стойкой тревогой, не ограниченной какими-либо определенными обстоятельствами с полиморфными соматическими симптомами и трудностями контроля
- а) **генерализованное тревожное**
 - б) паническое
 - в) фобическое
 - г) обсессивно-компульсивное
 - д) агорафобия
21. К "недостатку сопереживания" пациента с шизоидным расстройством личности относится
- а) неумение разделить радость и печаль другого
 - б) неумение почувствовать чужую обиду и беспокойство
 - в) слабость эмоционального резонанса

- г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
22. Особенности параноидного расстройства личности являются
- а) малая пластичность психики
 - б) застревание на одних и тех же мыслях и аффектах
 - в) настойчивость, перерастающая в упрямство
 - г) повышенная самооценка, эгоцентризм, повышенное чувство собственного достоинства
 - д) **все перечисленные**
23. Чертами шизоидного расстройства личности являются
- а) **эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность**
 - б) чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам, постоянное недовольство кем-то, отказ прощать оскорбления, причинение ущерба и отношение свысока
 - в) грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными правилами и нормами
 - г) ярко выраженная тенденция к импульсивным действиям, без учета последствий в сочетании с неустойчивым поведением
 - д) постоянное стремление быть в центре внимания, к признанию со стороны окружающих
24. Чертами истерического расстройства личности являются
- а) **постоянное стремление быть в центре внимания, к признанию со стороны окружающих**
 - б) чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам, постоянное недовольство кем-то, отказ прощать оскорбления, причинение ущерба и отношение свысока
 - в) эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность
 - г) грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными правилами и нормами
 - д) ярко выраженная тенденция к импульсивным действиям, без учета последствий в сочетании с неустойчивым поведением
25. Чертами ананкастного расстройства личности являются
- а) **повышенная педантичность и приверженность социальным условиям**
 - б) чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам, постоянное недовольство кем-то, отказ прощать оскорбления, причинение ущерба и отношение свысока
 - в) эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность
 - г) грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными правилами и нормами
 - д) постоянное стремление быть в центре внимания, к признанию со стороны окружающих
26. Чертами зависимого расстройства личности являются
- а) **неспособность предъявлять даже разумные требования людям, от которых пациент находится в зависимости**
 - б) чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам, постоянное недовольство кем-то, отказ прощать оскорбления, причинение ущерба и отношение свысока
 - в) эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность
 - г) грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными правилами и нормами
 - д) постоянное стремление быть в центре внимания, к признанию со стороны окружающих
27. Чертами тревожного расстройства личности являются
- а) **повышенная чувствительность к критике в свой адрес или неприятию в обществе**
 - б) ригидность и упрямство
 - в) активное или пассивное перекладывание на других большей части решений в своей жизни
 - г) легко провоцируемые вспышки интенсивного гневливого аффекта, часто приводящие к актам насилия, «поведенческим взрывам»
 - д) подозрительность и общая тенденция к искажению фактов (истолкование нейтральных и дружеских действий других людей как враждебных или подозрительных)
28. Критериями диагноза психопатического развития является

- а) относительная тотальность и относительная стабильность
 - б) склонность к дезадаптации
 - в) достаточное по продолжительности пагубное влияние среды и соответствующая акцентуация
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
29. К умственной отсталости (олигофрениям) относят
- а) только врожденное слабоумие
 - б) приобретенное слабоумие с полным распадом психической деятельности
 - в) только рано приобретенное слабоумие без признаков распада психической деятельности
 - г) **врожденное и рано приобретенное слабоумие с признаками недоразвития психики в целом, но преимущественно - интеллекта**
 - д) приобретенное в различные сроки жизни слабоумие с преимущественным поражением интеллектуальной сферы
30. Средней тяжести умственной отсталости соответствует IQ
- а) **35-50**
 - б) 45-60
 - в) 55-65
 - г) 25-35
 - д) 55-75
31. Этиологические факторы умственной отсталости (олигофрении) в зависимости от времени воздействия разделяются
- а) на наследственные
 - б) на внутриутробные
 - в) на перинатальные и факторы первых 3 лет жизни
 - г) **на все перечисленные**
 - д) все перечисленное неверно
32. Для биполярного аффективного расстройства характерно
- а) периодичность течения
 - б) фазы в виде аффективных синдромов
 - в) отсутствие прогрессивности
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
33. Дифференциальная диагностика биполярного аффективного расстройства и шизофрении возможна
- а) при отсутствии изменений личности после длительного течения
 - б) при развитии личностных изменений
 - в) при течении в виде психопатологических сложных состояний
 - г) при усложнении структуры фаз
 - д) **при всем перечисленном**
34. Для выраженного депрессивного эпизода биполярного аффективного расстройства характерно все перечисленное, исключая
- а) наличие депрессивной триады
 - б) идеи самообвинения
 - в) **идеи отношения**
 - г) депрессивную анестезию
 - д) апатию
35. Для выраженного маниакального эпизода биполярного аффективного расстройства характерно все перечисленное, исключая
- а) наличие маниакальной триады
 - б) **чувство тревоги**
 - в) идеи переоценки
 - г) расстройство сна

- д) расторможение влечений
36. Для шизофрении характерны все перечисленные расстройства, кроме
- неврозоподобных расстройств
 - бредовых расстройств
 - галлюцинаторно-бредовых расстройств
 - судорожного синдрома
 - верно а) и г)
37. Характерным для изменений личности (негативных расстройств) при шизофрении является все перечисленное, кроме
- снижения энергетического потенциала
 - эмоционального обеднения
 - нарастающей интравертированности
 - утраты единства психических процессов
 - тугоподвижности, замедленности всех психических процессов
38. Для мышления больных шизофренией характерно
- замедление ассоциативного процесса
 - феномен соскальзывания и явление закупорки мышления
 - обстоятельность
 - ускорение ассоциативного процесса
 - все перечисленное
39. Для эмоциональной сферы больных шизофренией характерно
- прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций
 - неадекватность, парадоксальность эмоциональных реакций
 - раздвоение эмоциональных реакций на одно и то же событие
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
40. Основными типами течения шизофрении являются все перечисленные, кроме
- непрерывно-прогредиентного
 - вялотекущей
 - кататонической
 - приступообразно-прогредиентного
 - рекуррентного
41. Для злокачественной шизофрении характерно все перечисленное, кроме
- возникновения в зрелом возрасте
 - начала болезни с негативной симптоматикой
 - быстроты наступления конечного состояния с момента манифестации психоза
 - синдромальной незавершенности позитивных расстройств, их полиморфизма
 - тяжести конечных состояний
42. Наиболее адекватно отражают принадлежность эндогенного процесса к параноидной шизофрении следующие критерии
- преобладание бредовых расстройств в клинической картине болезни и характерная последовательность их развития
 - отсутствие фазности в течении болезни
 - выраженные аффективные расстройства (психотические мании, депрессии)
 - признаки расстроенного сознания
 - верно а) и б)
43. В наиболее типичных прогрессирующих случаях бредового варианта параноидной шизофрении наблюдается следующая последовательность смены синдромов
- паранойальный синдром - конечное состояние типа дурашливого
 - парафренный синдром - параноидный синдром - синдром Кандинского - Клерамбо
 - паранойальный синдром - синдром Кандинского - Клерамбо - парафренный синдром
 - паранойальный синдром - галлюцинаторно-параноидный синдром - онейроидная кататония

- д) галлюцинаторный синдром - парафренный синдром
44. Для вялотекущей шизофрении свойственно
- а) медленное течение с постепенным развитием изменений личности
 - б) глубокое эмоциональное опустошение в конечных состояниях
 - в) преимущественно неврозоподобные и психопатоподобные позитивные расстройства
 - г) значительная глубина аффективных расстройств (психотические депрессии, мании)
 - д) **верно а) и в)**
45. Для рекуррентной шизофрении является характерным
- а) высокий удельный вес бредовых и галлюцинаторных расстройств в приступе в сравнении с аффективными нарушениями
 - б) выраженные изменения личности
 - в) наличие "сквозных" расстройств в течение болезни
 - г) все перечисленное
 - д) **ничего из перечисленного**
46. Для развернутого приступа рекуррентной шизофрении характерна следующая последовательность развития
- а) **аффективные расстройства - синдром инсценировки - острый фантастический бред - онейроид**
 - б) острый фантастический бред - аффективные расстройства - синдром инсценировки - онейроид
 - в) синдром инсценировки - онейроид - острый фантастический бред - синдром Кандинского - Клерамбо
 - г) онейроид - синдром инсценировки - кататонический синдром - аффективные расстройства
 - д) онейроид - синдром Кандинского - Клерамбо - аффективные расстройства - кататонический синдром
47. Фебрильным может являться
- а) депрессивно-параноидный приступ шизофрении
 - б) **онейроидно-кататонический приступ рекуррентной шизофрении**
 - в) галлюцинаторно-параноидный приступ шизофрении
 - г) депрессивный приступ шизофрении
 - д) маниакальный приступ шизофрении
48. Параноидный вариант приступообразно-прогредиентной шизофрении характеризуется возникновением всех перечисленных типов приступов, кроме
- а) острого параноидального
 - б) острого галлюциноза
 - в) острого параноидного
 - г) **острого кататонического**
 - д) острого парафренного
49. При шубообразной шизофрении приступы с преобладанием навязчивостей характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) стертой атипичной депрессии
 - б) развития навязчивых сомнений, фобий
 - в) аффективной окраски фобий
 - г) **выработки сложной системы ритуалов**
 - д) повышенной рефлексии
50. После перенесенных приступов при шубообразной шизофрении возможно
- а) возникновение нажитой циклотимии
 - б) нарушение развития (после детских приступов)
 - в) развитие псевдопсихопатий
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного

51. Для поздно манифестирующего шизофренического процесса (поздней шизофрении) характерны все перечисленные признаки, кроме
- а) ограниченности объема расстройств психической деятельности
 - б) **преобладания неврозо- и психопатоподобных форм**
 - в) незавершенности прогрессивного развития заболевания
 - г) редкости развития конечных состояний, вторичной кататонии
 - д) стабилизации процесса на параноидном или парафреническом этапе
52. Признание больных шизофренией вменяемыми возможно
- а) при многолетнем характере ремиссии
 - б) при отсутствии выраженных изменений личности
 - в) при полной трудовой адаптации
 - г) **при всем перечисленном**
 - д) ни при чем из перечисленного
53. Синдром, наиболее убедительно доказывающий наличие шизофрении
- а) помраченного сознания
 - б) **негативных изменений личности**
 - в) психоорганический
 - г) психопатоподобный
 - д) галлюцинаторный
54. Эпилепсия - хроническое заболевание, характеризующееся следующими признаками
- а) ранним началом (детский, юношеский возраст)
 - б) разнообразными пароксизмальными расстройствами
 - в) типичными изменениями личности
 - г) **всеми перечисленными**
 - д) ни одним из перечисленных
55. Продром эпилептической болезни характеризуется всеми следующими специфическими расстройствами, внезапно появляющимися и исчезающими за несколько месяцев или лет до возникновения первого пароксизма, кроме
- а) мышечных подергиваний
 - б) **"чужих" мыслей**
 - в) утренних судорог
 - г) идеаторных расстройств типа "шперрунгов" без чувства «деланности»
 - д) идеаторных расстройств типа ускоренных или замедленных мыслей
56. Продром пароксизмов эпилепсии характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, возникающими за несколько секунд, минут, часов, дней до возникновения пароксизма
- а) астеническими расстройствами
 - б) аффективными расстройствами
 - в) сенестопатическими расстройствами
 - г) **всеми перечисленными**
 - д) верно а) и б)
57. В развитии большого судорожного припадка различают
- а) тоническую фазу
 - б) клоническую фазу
 - в) фазу помрачения сознания (оглушение или сумеречное расстройство сознания)
 - г) **все перечисленные фазы**
 - д) верно а) и в)
58. Эпилептическое состояние сопровождается
- а) изменениями в сердечнососудистой системе
 - б) повышением температуры и другими соматовегетативными расстройствами
 - в) изменениями биохимии крови
 - г) верно а) и б)
 - д) **всем перечисленным**

59. К малым припадкам относятся все перечисленные, кроме
- а) **парциальных джексоновских припадков**
 - б) абсансов
 - в) пропульсивных (акинетических) припадков
 - г) ретропульсивных припадков
 - д) импульсивных (миоклонических) припадков
60. К бессудорожным пароксизмам с глубоким помрачением сознания относятся все перечисленные, кроме
- а) бредового варианта сумеречного расстройства сознания
 - б) **абсансов**
 - в) галлюцинаторного варианта сумеречного расстройства сознания
 - г) ориентированного варианта сумеречного расстройства сознания
 - д) амбулаторных автоматизмов (фуги, трансы)
61. Аффективные бессудорожные пароксизмы характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) внезапного возникновения и исчезновения
 - б) частоты депрессивных бессудорожных пароксизмов
 - в) редко возникающих гипоманиакальных или маниакальных пароксизмов
 - г) продолжительности от часов до нескольких дней
 - д) **продолжительности от нескольких месяцев до нескольких лет**
62. Изменения личности при эпилепсии характеризуются следующими признаками
- а) речевой торпидностью (обстоятельность, застревание на деталях, трудность переключения)
 - б) двигательной торпидностью
 - в) полярностью психических нарушений (подобострастие контрастирует со злобностью и т.д.)
 - г) ни одним из перечисленных признаков
 - д) **всеми перечисленными**
63. Острые эпилептические психозы разделяются на следующие группы
- а) острые эпилептические психозы с помрачением сознания
 - б) острые эпилептические психозы без помрачения сознания
 - в) паранойяльные психозы
 - г) галлюцинаторно-параноидные психозы
 - д) **верно а) и б)**
64. Хронические эпилептические психозы проявляются
- а) паранойяльными состояниями
 - б) галлюцинаторно-параноидными состояниями
 - в) кататоническими расстройствами
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
65. Клинические особенности височной (психомоторной) эпилепсии характеризуются всеми следующими признаками, кроме
- а) глубоких и типичных изменений личности
 - б) генерализованных и негенерализованных пароксизмов
 - в) начала припадков с выраженной аурой, разнообразной структуры
 - г) **пароксизмально возникающих приступов катаплексии**
 - д) бессудорожных пароксизмов с различными вариантами сумеречных состояний
66. Для болезни Альцгеймера характерны все следующие морфологические изменения головного мозга, кроме
- а) атрофии теменных отделов
 - б) атрофии височных отделов
 - в) **атрофии мозжечка**
 - г) сенильных бляшек
 - д) специфических изменений нейрофибрилл

67. Для болезни Пика характерны все следующие морфологические изменения головного мозга, кроме
- а) атрофии теменных отделов
 - б) атрофии лобных отделов
 - в) атрофии височных отделов
 - г) смазанности границ между серым и белым веществом
 - д) атрофии и выпадения клеток
68. Признаками группы атрофических процессов головного мозга являются
- а) незаметное начало заболевания
 - б) неуклонно прогрессивное течение
 - в) формирование тотального слабоумия
 - г) все перечисленные
 - д) верно а) и в)
69. Начальная стадия болезни Альцгеймера протекает
- а) с угрюмо-сниженным настроением
 - б) с психопатоподобными расстройствами
 - в) с начальными дисмнестическими проявлениями
 - г) со всем перечисленным
 - д) верно б) и в)
70. Бредовые психозы при болезни Альцгеймера протекают в виде
- а) систематизированных паранойальных
 - б) малосистематизированных с фабулой ревности и ущерба
 - в) параноидных
 - г) парафренных
 - д) депрессивно-параноидных
71. Псевдопаралитический вариант болезни Пика наблюдается
- а) при локализации атрофии во фронтально-орбитальном базальном неокортексе
 - б) при поражении выпуклостей лобных долей
 - в) при поражении височных долей
 - г) при поражении теменных долей
 - д) при поражении затылочных долей
72. Для болезни Пика характерно
- а) раннее поражение высших форм интеллекта
 - б) быстрое исчезновение критики
 - в) сравнительно меньше страдают "инструментальные функции" интеллекта
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
73. В начальном периоде атеросклероза наблюдается
- а) головные боли
 - б) утомляемость
 - в) раздражительность
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
74. В псевдоневрастенической стадии атеросклероза наблюдается все перечисленное, кроме
- а) головных болей
 - б) отсутствия сознания болезни
 - в) головокружения
 - г) нарушения сна
 - д) шума в ушах
75. При атеросклерозе могут наблюдаться
- а) дисмнестические расстройства
 - б) псевдотуморозный синдром
 - в) парафренные психозы

- г) **все перечисленное**
д) верно б) и в)
76. В начальной стадии сосудистого процесса заостряется
а) тревожная мнительность
б) повышенная возбудимость
в) склонность к истерическим реакциям
г) **все перечисленное**
д) ничего из перечисленного
77. Неблагоприятный прогноз атеросклеротического процесса наблюдается при развитии всех перечисленных синдромов, кроме
а) Корсаковского
б) псевдопаралитического
в) **аффективного**
г) конфабуляторного
д) псевдоальцгеймеровского
78. Классическое лакунарное атеросклеротическое слабоумие выражено нарушением
а) запоминания
б) избирательной репродукции
в) хронологической датировки
г) ориентировки во времени
д) **всего перечисленного**
79. В начальном периоде гипертонической болезни отмечаются все перечисленные симптомы, кроме
а) мучительных головных болей
б) приступов головокружений
в) обмороков
г) преходящих речевых пароксизмов
д) **выраженных нарушений памяти**
80. Психические нарушения при гипертонической болезни возникают
а) при развитии сердечной декомпенсации
б) при присоединении инфекционных и соматических заболеваний
в) при развитии инсульта
г) **во всех перечисленных случаях**
д) ни при одном из перечисленных случаев
81. При средней степени тяжести черепно-мозговой травмы выявляется все перечисленное, кроме
а) первоначального отключения сознания длительностью от нескольких минут до нескольких часов
б) последующей обнубленияции, сохраняющейся от 1-2 часов до 1-2 дней
в) ретроградной амнезии, охватывающей события нескольких дней, возможности антероградной амнезии
г) **возможности возникновения в остром периоде только легкой астении**
д) разнообразных церебрально-органических жалоб, снижения запоминания, трудности воспроизведения в остром периоде
82. При черепно-мозговой травме выделяют все перечисленные этапы, кроме
а) острейшего
б) острого
в) **подострого**
г) реконвалесценции
д) отдаленных последствий
83. Посттравматическая астения
а) **является постоянным симптомом перенесенной черепно-мозговой травмы**
б) возникает только при коммоциях головного мозга
в) возникает только при контузиях головного мозга

- г) является непостоянным симптомом перенесенной черепно-мозговой травмы
 д) возникает только при открытых черепно-мозговых травмах
84. По выходе из сумеречного состояния острого периода черепно-мозговой травмы
 а) всегда наблюдается амнезия периода сумерек
 б) возможно выздоровление
 в) возможен переход в Корсаковский синдром
 г) **верно все перечисленное**
 д) ничего из перечисленного
85. Для делирия острого периода черепно-мозговой травмы свойственно
 а) яркие зрительные галлюцинации
 б) аффект страха и тревоги
 в) фрагментарность воспоминаний о периоде психоза
 г) **все перечисленное**
 д) верно а) и в)
86. Корсаковский синдром острого периода черепно-мозговой травмы характеризуется
 а) фиксационной амнезией
 б) антероградной амнезией
 в) ретроградной амнезией
 г) **всем перечисленным**
 д) верно б) и в)
87. Депрессивные состояния острого периода черепно-мозговой травмы характеризуются всем перечисленным, кроме
 а) **обязательного возникновения витальной тоски**
 б) заторможенности
 в) тревоги, страха
 г) дисфорической окраски аффекта
 д) возникновения у части больных конфабуляций
88. В легких случаях баротравмы головного мозга психические расстройства острого периода проявляются
 а) неглубокой астенией
 б) вегетативно-вестибуляторными расстройствами
 в) проявлениями сурдомутизма в виде затруднения произнесения слов
 г) **всем перечисленным**
 д) верно б) и в)
89. Травматическая астеня проявляется всем перечисленным, кроме
 а) реакции недовольства
 б) **безразличия к своему состоянию**
 в) повышенной психической и физической утомляемости
 г) нерешительности, неверия в свои силы
 д) обидчивости
90. Дисфорические состояния при травматической болезни характеризуются
 а) тоскливо-злым аффектом
 б) сенестопатиями без определенной локализации
 в) гиперстезией
 г) **всем перечисленным**
 д) верно а) и в)
91. Аффективные психозы при травматической болезни
 а) представлены чаще маниями
 б) представлены чаще депрессиями, обычно однократными
 в) обычно возникают неоднократно с определенной периодичностью
 г) всегда протекают монополярно
 д) **верно а) и в)**
92. Депрессии при травматической болезни

- а) чаще развиваются постепенно, сопровождаясь дисфорией и слезливостью
 - б) чаще развиваются остро
 - в) никогда не сопровождаются сверхценными и бредовыми ипохондрическими расстройствами
 - г) обязательно сопровождаются отчетливым органическим снижением вплоть до развития дисмнестического слабоумия с псевдопаралитическими симптомами
 - д) ничего из перечисленного
93. На начальных этапах развития опухолей головного мозга могут наблюдаться все следующие психические расстройства, кроме
- а) замедления темпа мышления
 - б) **острого вербального галлюциноза**
 - в) нарушения памяти
 - г) снижения внимания
 - д) патологической сонливости
94. При опухолях височных долей возникают все следующие психические расстройства, кроме
- а) **акинетически-абулического синдрома**
 - б) обонятельных галлюцинаций
 - в) зрительных галлюцинаций
 - г) слуховых галлюцинаций
 - д) сновидного изменения сознания
95. Для опухолей лобной доли наиболее характерен синдром
- а) эпилептиформный
 - б) психопатоподобный
 - в) **акинетически-абулический**
 - г) галлюцинаторно-параноидный
 - д) психоорганический
96. Для опухолей мозгового ствола наиболее характерны все следующие психические расстройства, кроме
- а) снижения активности
 - б) **галлюцинаторных пароксизмов**
 - в) своеобразной назойливости
 - г) лабильности аффекта
 - д) расторможенности влечений
97. Для опухолей головного мозга характерны следующие изменения на ЭЭГ
- а) медленные высокоамплитудные волны
 - б) разряды быстрых электрических колебаний
 - в) местное отсутствие электрической активности
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
98. В острой стадии эпидемического энцефалита могут наблюдаться следующие виды расстройств сознания
- а) оглушение
 - б) делирий
 - в) онейроид
 - г) **все перечисленные**
 - д) ни один из перечисленных
99. В хронической стадии клещевого энцефалита наблюдаются все следующие психические расстройства, кроме
- а) изменений личности, напоминающих эпилептические
 - б) **деменции**
 - в) брадифрениии
 - г) шизофреноподобных психозов
 - д) дистимии

100. При паротитном энцефалите возможны следующие психические расстройства
- а) оглушение, переходящее в сопор и кому
 - б) делирий
 - в) сумеречные состояния
 - г) **все перечисленные**
 - д) ничего из перечисленного
101. При коревом энцефалите возможны все следующие психические расстройства, кроме
- а) раздражительности, капризности
 - б) делирия
 - в) аменции
 - г) эпилептиформных расстройств
 - д) **Корсаковского синдрома**
102. Смысл концепции об экзогенном типе реакций заключается в том, что
- а) **различные экзогенные вредности вызывают общие типы реакций**
 - б) одна и та же экзогенная вредность вызывает различные типы реакций
 - в) каждой экзогенной вредности соответствует свой тип реакции
 - г) любая экзогенная вредность вызывает психическую реакцию экзогенного типа
 - д) любая реакция экзогенного типа является проявлением скрытого эндогенного заболевания
103. Структуру симптоматических психозов определяют перечисленные факторы, кроме
- а) конституциональных особенностей
 - б) пола
 - в) возраста
 - г) этиологии соматического заболевания
 - д) **социальной среды**
104. Для мусситирующего делирия характерно все перечисленное, кроме
- а) возбуждения в пределах постели
 - б) бессвязного бормотания
 - в) отсутствия реакции на внешние раздражители
 - г) симптома карфологии
 - д) **конфабуляций**
105. Для аменции характерны все перечисленные психические расстройства, кроме
- а) растерянности
 - б) **обильных сценopodobных зрительных галлюцинаций**
 - в) возбуждения в пределах постели
 - г) инкогеренции
 - д) симптома карфологии
106. Маниакальные состояния при симптоматических психозах характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) эйфории
 - б) бездеятельности
 - в) **интеллектуальной продуктивности**
 - г) астенических расстройств
 - д) двигательного возбуждения
107. Для астенического варианта психоорганического синдрома характерны все перечисленные психические расстройства, кроме
- а) истощаемости
 - б) раздражительной слабости
 - в) **агрессивности**
 - г) гиперестезии
 - д) эффективной лабильности
108. Для эксплозивного варианта психоорганического синдрома характерны все перечисленные психические расстройства, кроме

- а) раздражительности
 - б) **аспонтанности**
 - в) взрывчатости
 - г) агрессивности
 - д) склонности к паранойяльным сверхценным образованиям
109. Эйфорический вариант психоорганического синдрома характеризуется всеми перечисленными психическими расстройствами, кроме
- а) повышенного фона настроения с оттенком эйфории
 - б) бестолковости
 - в) **нарушений памяти по типу фиксационной амнезии**
 - г) резкого снижения критики к своему состоянию
 - д) повышения влечений
110. Для апатического варианта психоорганического синдрома характерно
- а) аспонтанность
 - б) безразличие к окружающему
 - в) значительные дисмнестические расстройства
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
111. При интоксикации нейролептиками возможны психические нарушения
- а) депрессия
 - б) апато-адинамический синдром
 - в) нарушение сна
 - г) **все перечисленные**
 - д) ничего из перечисленного
112. Для хронической ртутной интоксикации характерно все перечисленное, кроме
- а) психопатоподобных расстройств
 - б) **кататонических расстройств**
 - в) дизартрии
 - г) атаксической походки
 - д) тремора
113. Для лучевых поражений наиболее характерны психические расстройства
- а) истерические
 - б) **астенические**
 - в) аффективные
 - г) бредовые
 - д) дисмнестические
114. Психические расстройства при эндокринных заболеваниях могут быть представлены
- а) психопатоподобными синдромами
 - б) амнестическо-органическим синдромом
 - в) острыми психозами
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
115. Психоэндокринный синдром проявляется всем перечисленным, кроме
- а) снижения психической активности
 - б) утраты реакции на эмоционально значимые стимулы
 - в) изменений влечений и инстинктов
 - г) аффективных расстройств с преобладанием смешанных состояний
 - д) **кататонических расстройств**
116. При акромегалии наблюдается
- а) снижение психической активности
 - б) нарушение влечений
 - в) нарушение настроения
 - г) **все перечисленное**

- д) ничего из перечисленного
117. Психические расстройства при диффузном токсическом зобе проявляются всем перечисленным, кроме
- а) аффективной лабильности
 - б) тревожно-депрессивных состояний
 - в) меланхолических депрессивных состояний
 - г) бессонницы
 - д) депрессивно-ипохондрического состояния
118. Психические расстройства при гипотиреозе представлены всем перечисленным, исключая
- а) расстройства памяти и интеллекта
 - б) брадикардию
 - в) бессонницу
 - г) экзогенно-органические психозы
 - д) шизофреноподобные психозы
119. Для климактерического синдрома характерно все перечисленное, кроме
- а) аффективной лабильности
 - б) лабильности психической активности
 - в) расстройств сна
 - г) массивных вегетативных расстройств
 - д) апатико-адинамического синдрома
120. Психические нарушения при сахарном диабете возникают
- а) только в тяжелых случаях
 - б) при любой тяжести течения заболевания
 - в) при латентном диабете
 - г) при диабете тучных
 - д) при инсулинонезависимых формах

Кейс-задачи:

Задача 1.

Пациент М., 36 лет, инженер, работает в строительной компании. На работе получил тяжелую травму головы. Был доставлен в фельдшерский пункт, где сделана перевязка, предложено направление на госпитализацию, от которой больной отказался. Вернулся на рабочее место, но из-за сильной головной боли и головокружения работать не смог, был приведен домой. Головная боль не проходила, вечером отмечалась рвота. Находился неделю на больничном, но постельный режим не соблюдал. Обнаружилось резкое расстройство памяти, в связи с чем больной госпитализирован. Физическое состояние удовлетворительное. Внутренние органы без патологии. Неврологически: миоз, зрачки неправильной формы. Единичные нистагмоидные подергивания в правом крайнем отведении. Сглажена левая носогубная складка. Коленные и ахилловы рефлексы высокие, справа выше, чем слева. Легкая левосторонняя гемипарестезия. Менингеальных явлений нет. Спинномозговая жидкость: белок 0,33%, плеоцитоз 25 (лимфоциты).

Психическое состояние: дезориентирован во времени и окружающей обстановке. Текущий год называет 2006, 2013, затем 1998. При поправке повторяет за врачом и тут же забывает. Не может запомнить имя и отчество врача. Не находит свою палату, койку. Произвольно называет блюда, из которых состоят завтрак, обед. Память нарушена как на ближайшие, так и на отдаленные события. Путаёт даты личной жизни, по-разному называет имя жены и детей. Не в состоянии объяснить переносного смысла пословиц и поговорок, не понимает крылатых выражений, метафор. Имеются конфабуляции и псевдореминисценции. Склонен к плоским шуткам. Фон настроения нестабильный. Пребыванием в стационаре не тяготится.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 4) Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
- 5) Являются ли приведенные в задаче психические нарушения обратимыми? Какие факторы

могут негативно сказаться на прогнозе заболевания?

Задача 2.

Пациентка, 60 лет. Наследственность неотягощена. Анамнез собран со слов мужа. Заболевание началось с 58 лет и развивалось постепенно. Работала учительницей физики, по характеру была очень организованной, педантичной. После начала заболевания стала рассеянной, забывчивой, перестала справляться с работой в школе, а затем и с домашней работой. Первое время жаловалась на трудности с запоминанием имён, телефонных номеров. Стала замечать, что не помнит события, происшедшие ранее, чем день назад, становилась все более и более забывчивой, не могла сосчитать деньги, делая покупки. Часто приходила домой без нужных вещей, несколько раз терялась. Перестала готовить. 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: пациентка выглядит неопрятно, глаза широко раскрыты, мимика удивления, мигание редкое. Постоянно трёт руками бёдра, обтирает одежду, раскачивается. Во время разговора насторожена, к медперсоналу относится с недоверием. Ориентировка во времени и пространстве затруднена. Понимание речи сохранено, но ответы на вопросы неясные и неконкретные. Пациентка с трудом подбирает слова, говорит медленно, ждёт подсказок. Не может вспомнить имена своих внуков. Имена детей называет верно, но не может назвать дату их рождения. Не помнит свой адрес. Не ориентируется в местах своего проживания. Имени президента/главы города назвать не может. Забывает три слова, названные с пятиминутным интервалом. Не справляется даже с лёгким арифметическим заданием. Критика к своему состоянию отсутствует, больной себя не считает.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 4) Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
- 5) Определите прогноз заболевания, возможности лечения.

Задача 3.

Больной С., 34 лет. Из анамнеза известно: психическое состояние изменилось 1,5 года назад, когда "началась психологическая атака". Стал говорить, что за ним следят, "собирают компромат". Замечал, что информация о нем становится известной другим людям. В разговорах окружающих слышал "намек", на улице ощущал особые взгляды людей. Уволился с работы, "чтобы охранять квартиру", т.к. считал, что в неё могут проникнуть, установить "жучки". Находил в квартире предметы (например, пуговицу), которые принимал за замаскированные подслушивающие устройства. Большую часть времени проводил дома, при этом чувствовал постоянное воздействие: "искали слабое место", "вынуждали пойти на контакт". Позднее стал чувствовать влияние на свои мысли, тело. Замечал «измененность» своей психики: стал "хуже", "раздражительнее", "они могут менять настроение, путать мысли». На высоте переживаний чувствовал себя "как радиоуправляемый", казалось, что "не властен над собой, как будто вселился демон». Вёл со своими преследователями «внутренние диалоги», слышал, как «они требуют полного подчинения», считал, что «должен с ними договориться». При поступлении был напряжен, тревожен, подозрителен. Считал, что «среди врачей могут быть подставные люди», искал скрытый смысл в задаваемых вопросах. Критики к состоянию не наблюдалось.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 4) Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
- 5) Через несколько месяцев регулярной терапии пациент не отмечает существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Задача 4.

Больной Р. Из анамнеза известно: под наблюдением у психиатров в течение многих лет. Признан инвалидом 2 гр. Неоднократно госпитализировался в психиатрический стационар с обострением стойких слуховых псевдогаллюцинаций, психических автоматизмов, бредовых идей persecutorного характера, выраженных расстройств мышления в виде резонерства,

паралогичности. Госпитализации частые, по 2-3 раза в год, длительные, в промежутках сохраняется резидуальная бредовая симптоматика, нарастают эмоционально-волевые нарушения. Выписывается обычно по настоянию матери, которая отдаёт предпочтение народным методам терапии, в связи с чем пациент прекращает приём нейролептиков практически сразу после выписки.

При поступлении был практически недоступен контакту из-за негативизма и выраженных расстройств мышления. Говорил о том, что его "давно уже должны были отправить в Америку, там ждут моего приезда". Позднее рассказал, что «американцы нуждаются в его помощи в выборах президента», «вся политика США у меня под контролем, они играют по моим правилам». Среди больных узнавал агентов спецслужб ФСБ и ЦРУ, уверял, что у него «миллионы долларов на счету». Врачам обещал подарить «особняки и машины», говорил, что получил три Нобелевские премии. Фон настроения был повышен. Речь по типу монолога, разорванная, в высказываниях непоследователен, амбивалентен. К переживаниям относился без критики.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 4) Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
- 5) Через несколько месяцев регулярной терапии пациент не отмечает существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Задача 5.

Больная Н., 27 лет, служащая. Анамнез жизни: наследственность не отягощена. Росла и развивалась соответственно возрасту, окончила школу и ВУЗ, по специальности бухгалтер. По характеру спокойная, общительная, ответственная. Употребление алкоголя отрицает.

Анамнез заболевания (со слов больной): впервые заболела в 16 лет, когда отмечались сниженное настроение, тоска, отсутствие желания учиться и встречаться с друзьями, снизился аппетит, была заторможенной и медлительной, «не могла ни на чем сосредоточиться», обвиняла себя в «лени и глупости», высказывала суицидальные мысли. Была госпитализирована в психиатрическую клинику, стационарно лечилась 4 месяца, затем амбулаторно около года. После улучшения состояния окончила школу, поступила в институт, параллельно работала официанткой. Второй эпизод перенесла в возрасте 21 года: постепенно снизилось настроение, появилось чувство тоски, снизился аппетит, ухудшился сон, стала пропускать занятия в институте, не общалась с друзьями. Была повторно госпитализирована в психиатрическую клинику, лечилась стационарно 3 месяца. После нормализации состояния окончила институт, работала по специальности.

Настоящее ухудшение около трех месяцев, когда стала подавленной, грустной, малоразговорчивой, малоактивной, часто отказывалась от еды, жаловалась на плохой сон, тоску, отсутствие желания заниматься чем-либо, трудности сосредоточения, запоры и головные боли. Обвиняла себя в том, что «создает проблемы окружающим», «на работе отчет, а я здесь – все им испортила». С целью самоубийства приняла большую дозу транквилизаторов, родственниками была вызвана СМП.

Психический статус: настроение снижено. Больная заторможена, медлительна. На вопросы отвечает односложно, после паузы. Голос тихий. Сидит в одной позе, опустив голову, мимика однообразная, скорбная. Жалуется на тоску, плохой сон, отсутствие аппетита, повторяет «все испортила», «лучше бы меня и вовсе не было». Высказывает суицидальные мысли, обвиняет родственников в том, что «не дали закончить».

Соматический статус: сниженного питания, за 2 месяца похудела на 5 кг. Кожа сухая, тонус снижен. Зрачки расширены. Страдает запорами.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Может ли данная пациентка быть госпитализирована в недобровольном порядке? Если да, то на каком основании.
- 4) Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациентке в качестве основной терапии? Обоснуйте свой ответ.
- 5) С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.

Задача 6.

Мужчина, 37 лет, военнослужащий. Анамнез: служил в «горячих точках» в должности командира взвода, неоднократно участвовал в боевых операциях. Во время одной из операций подразделение попало в засаду, многие его сослуживцы погибли, сам он получил тяжелое ранение, длительное время лечился. Через несколько месяцев после ранения его стали беспокоить ночные кошмары и страхи, навязчивые воспоминания со сценами боевых действий. Стал замкнутым, раздражительным, напряженным, с трудом сдерживал вспышки агрессии. Появились приступы сердцебиения и боли в груди. Стал часто употреблять алкоголь с целью снятия чувства внутреннего напряжения. Обратился к врачу по настоянию жены в связи с приступами раздражения и агрессии. При осмотре: настроение снижено, раздражительный, вспыльчивый. Фиксирован на своих навязчивых воспоминаниях, кошмарах, воспроизводящих сцены боя и гибели его сослуживцев. Жалуется на нарушения сна, приступы сердцебиения, боли в груди, сопровождаемые страхом, постоянное чувство внутреннего напряжения, которое он пытается снимать алкоголем. Рассказывает, что «чувствует себя чужим», «отстраненным», не чувствует удовольствия от привычных занятий, «не может найти себе место в жизни».

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
- 4) Какой прогноз при данной патологии?
- 5) С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.

Задача 7.

Мужчина, 41 год, в течение 2-х лет повторно обращается в медицинские учреждения ко врачам различных специальностей с требованием медицинских обследований и с жалобами на головную боль, боль в спине, в суставах, в животе, изжогу, отрыжку, неприятные ощущения в горле, головокружение, общую слабость. Были проведены: ЭКГ, суточный мониторинг ЭКГ и АД, фонокардиография, УЗИ сердца, рентгенография легких, исследование уровня гормонов щитовидной железы и катехоламинов, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, рентгенография шейного отдела позвоночника, МРТ головного мозга, УЗИ церебральных сосудов, ФГДС, исследование желудочного сока, УЗИ брюшной полости. Пациент был проконсультирован терапевтом, неврологом, эндокринологом, гастроэнтерологом, отоларингологом, мануальным терапевтом, ревматологом. За время наблюдения при многократных обследованиях не было обнаружено объективных доказательств наличия соматической или неврологической патологии. Лечение у терапевта и невролога не дает значительного улучшения. Из-за своей болезни пациент был вынужден уйти на работу с более «щадящим» графиком, не уделяет достаточного внимания семье. При расспросе получена информация, что возникновению жалоб предшествовала тяжелая стрессовая ситуация – смерть близкого друга от онкологического заболевания, однако пациент не видит связи между возникновением своего заболевания и пережитой ситуацией.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
- 4) Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
- 5) Через несколько месяцев регулярной психотерапии пациент не отмечает существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Задача 8.

К неврологу обратилась женщина 26 лет с жалобами на эпизоды сильной тревоги с сердцебиением, головокружением, подъемом АД, чувством нехватки воздуха, тошнотой, ознобом, потливостью, тремором рук, страхом внезапной смерти, страхом сойти с ума. Впервые испытала приступ тревоги, когда была дома одна с больным простудой ребенком и очень переживала за его здоровье. Тревога возникает внезапно на фоне полного благополучия, достигает максимума за 10 мин и длится обычно не более 20-30 мин. Снимается приемом 10 мг анаприлина и 0,5 мг феназепамы под язык. Приступы возникают в течение последних 2-х мес. 2-3 раза в неделю. При возникновении приступа часто вызывает скорую помощь. Боится оставаться дома одна из-за страха повторения приступов

тревоги.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
- 4) Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
- 5) Через несколько месяцев регулярной психотерапии пациент не отмечает существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Задача 9.

Пациент М., 28 лет. Анамнез жизни: бабушка по линии отца отличалась странностями в поведении (после 40 лет отказывалась выходить из дома, ела исключительно определенный набор продуктов, рисовала на стенах какие-то знаки), но в психиатрической больнице никто не лечился. Родился младшим из двух детей. Беременность у матери протекала с угрозой выкидыша, с низким предлежанием плаценты, резус-конфликтом, гемолитической анемией новорожденного после родов. Роды в срок, раннее развитие без особенностей. Посещал ДДУ. Всегда был спокойным, тихим, робким, любил играть с другими детьми. В школу пошел в 7 лет, в коллективе адаптировался легко, учился отлично, больше нравились гуманитарные предметы. В 3 классе пришлось поменять школу из-за переезда родителей, в новом коллективе постоянно «чувствовал себя изгоем», был единственный близкий друг вне класса. Закончил 11 классов с золотой медалью и переводческий факультет лингвистического университета. В институте в коллективе адаптировался хорошо, было много знакомых и два близких друга. Работал после окончания ВУЗа по специальности. 3 года назад после неудачной попытки организовать свое дело влез в долги, болезненно переживал это, с тех пор (2,5 года) не работает.

Анамнез заболевания: психическое состояние изменилось 3 года назад, когда больной стал замкнутым, перестал общаться с друзьями, практически не выходил из дома, стал беспричинно грубить родителям, плохо питаться. Для погашения долгов 2,5 года назад пришлось взять кредит в банке, после чего пациент стал высказывать идеи преследования со стороны сотрудников банка, боялся выходить из дома, разговаривал сам с собой, категорически отказывался от визита к врачу. В таком состоянии находился около 4 месяцев, после чего в один день исчез из дома, был найден полицией около аэропорта на шоссе, назывался чужим именем, не знал, где находится. В течение двух месяцев находился на лечении в психиатрической больнице, где острая симптоматика была купирована. После выписки принимал поддерживающую терапию, был вял, пассивен, большую часть времени лежал, отмечался тремор рук и головы. Через 3 месяца самостоятельно прекратил прием лекарств. После отмены препаратов стал несколько живее, прошел тремор, но дома ничем не занимался, попыток к трудоустройству не предпринимал. Психическое состояние оставалось стабильным в течение месяца, после чего стал грубить родным, отказываться от общения с ними, эпизодически становился агрессивным, при попытке матери зайти к нему в комнату вытаскивал её за волосы. Брат убедил его обратиться к психиатру в связи со вспышками агрессии и суицидальными мыслями. За пять дней до госпитализации пациент внезапно набросился на мать и жестоко бил ее, пока не остановил старший брат. В течение следующих дней агрессивные вспышки повторялись, он несколько раз грозился покончить с собой. Больной объяснял агрессию тем, что мать хочет навредить ему, и что он получил приказ от «чуждой силы» бить мать. После вспышки замыкался в себе, погружаясь в собственные мысли, изредка говорил сам с собой, даже когда вокруг были другие люди. Иногда у родственников возникало впечатление, что он слышит «голоса». Говорил старшему брату, что опасается напасть на кого-либо постороннего или убить себя, утратив контроль над своими действиями.

Психический статус: напряжен, говорит быстро и возбужденно, беспорядочно размахивая руками. Речь время от времени становится непоследовательной и непонятной. Улыбается поверхностно и неадекватно. Аффект уплощенный, с внезапными взрывами гнева, когда пациент говорит о своей матери. Говорит, что мать хотела убить его. Боялся, что его ум может быть отнят «чуждой силой» и отправлен на другую планету. Объясняет, что слышит внутри головы «голос чужой силы», которая приказывает бить других людей. «Чуждая сила», кроме того, обсуждает его ситуацию. Она сообщает, что его мать хочет его смерти, и приказывают убить ее. За несколько дней до

поступления в больницу появилась мысль убить себя, чтобы не дать возможность «чуждой силе» захватить полностью контроль над собой. Мышление непоследовательное, разорванное. Критика к состоянию отсутствует.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Какой дополнительный метод исследований необходимо провести для подтверждения диагноза «шизофрения» и что он выявляет?
- 4) Препарат какой группы психотропных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
- 5) При применении рекомендованных антипсихотических средств у пациента появились выраженная скованность в движениях, сухость кожи, дизартрия, тремор, увеличилось слюноотделение. Какой побочный эффект развился у пациента? Обоснуйте Вашу тактику ведения.

Задача 10.

Пациент Р., 17 лет. Анамнез жизни: психические расстройства у членов семьи отрицает. Родился первым ребенком из двух (есть младшая сестра 13 лет – здорова). Беременность IV, протекавшая на фоне повышенного АД, НЦД по гипертоническому типу, в 35 нед. – ОРВИ, обострение хронического пиелонефрита. Роды первые срочные с длительным безводным периодом, при рождении вес 3,85 кг, рост 52 см, оценка по шкале АПГАР 7 баллов. Сидеть начал с 7 мес., стоять - с 10 мес., ходить - с 11 мес., говорить – в 10 мес. С 3-х лет посещал детский сад, с другими детьми не общался. В школу пошел с 7 лет, друзей не было. С 3 класса (10 лет) был переведен на индивидуальное обучение.

Анамнез заболевания: болен с 10 лет, когда перестал справляться с учебой, не общался с окружающими в школе, все больше «уходил в себя», появился страх ответов у доски. Жаловался на чувство страха, боялся «монстров». С этого же времени находился под наблюдением психиатров с диагнозом ВСД, синдром дефицита внимания. Получал лечение кавинтоном, кортексином. Состояние оставалось без изменений. Сохранялись жалобы на повышенную утомляемость, снижение внимания. Речь была развита слабо, словарный запас был беден, испытывал трудности при объяснении отвлеченных понятий, с трудом подбирал примеры при объяснении. Общий кругозор был ограничен. Отмечалась медлительность, повышенный уровень тревожности, неуверенность. В 14 лет пациент стал стереотипно раскачиваться, приседать, совершать стереотипные движения руками. Контакт был затруднен, на вопросы отвечал односложно. Периодически «застывал» в одной позе, не отвечал на вопросы, наблюдались явления катаплексии. В возрасте 15-ти лет впервые был направлен на стационарное лечение. На фоне лечения уменьшились стереотипии, стал немного активнее, начал заниматься по школьной программе. Закончил обучение 8 класса.

При осмотре: контакт затруднен, на вопросы, заданные обычным голосом, не отвечает, молчит. Односложно отвечает на вопросы, заданные шепотом. Сидит в однообразной позе, либо стоит длительное время без движения. При просьбе врача дать ему руку заводит её за спину. Мышечный тонус повышен. Обманов восприятия и бредовых идей выявить не удается.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Какой наиболее вероятный прогноз у данного пациента? Обоснуйте свой ответ.
- 4) Препарат какой группы психотропных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
- 5) При применении рекомендованных антипсихотических средств у пациента появились выраженная скованность в движениях, сухость кожи, дизартрия, тремор, увеличилось слюноотделение. Какой побочный эффект развился у пациента? Обоснуйте Вашу тактику ведения.

Задача 11.

Пациент - юноша 18 лет, выпускник 11 класса школы, в сопровождении матери на амбулаторном приёме участкового врача психиатра. По информации, полученной от матери известно, что пациент с раннего детства отличался робостью, застенчивостью; в детском саду сверстников сторонился,

предпочитал проводить время в одиночестве. При этом, по словам воспитателей, отличался хорошими способностями и нестандартным мышлением. К школе адаптировался с трудом, на занятиях был «задумчив, мечтателен», на замечания со стороны учителей реагировал не всегда, был капризен, обвинял педагогов в предвзятом к себе отношении. Одноклассников сторонился, дружил лишь с одним мальчиком, к которому испытывал привязанность. С учебной нагрузкой справлялся, но интереса к какой-либо дисциплине не проявлял. Свободное время проводил дома, в одиночестве, за компьютерными играми или чтением научно-фантастических романов. Эмоциональной теплотой не отличался, отношение с родителями и младшей сестрой, несмотря на усилия последних, оставались «холодными», своими проблемами и переживаниями не делился. В старших классах школы стал более «нервным», к собственному внешнему виду был невнимателен, одевался зачастую нелепо, по причине чего становился предметом насмешек одноклассников. Дома бытовыми делами практически не занимался, помогал в хозяйстве только после многократных просьб, в собственной комнате не убирался, время проводил за компьютером. Оживлялся только в общении с единственным другом, с которым, когда тот приходил в гости, мог часами что-то увлечённо обсуждать. Во время очередной уборки в комнате сына мама нашла рукопись романа, в котором тот ярко и эмоционально, во всей чувственной живости описывал путешествия и приключения космических пиратов. Тем же вечером за ужином она обсудила свою находку с сыном, сказав, что «хватит летать в облаках, займись учёбой». На что тот отреагировал обидой и раздражением, завязалась ссора, в ходе которой пациент сказал, что не будет поступать в медицинский институт, к которому его готовили родители, а станет писателем и добьётся успеха в этом деле. Установку эту в последующем не менял. С родителями стал ещё менее общителен, запирали изнутри дверь комнаты. Выпускные экзамены сдал с хорошими результатами. Поводом для обращения к психиатру послужил категорический отказ пациента подать документы для поступления в ВУЗ, «мне это не нужно, я свой путь выбрал». Доводы относительно необходимости высшего образования и освоения профессии игнорирует. Упрям, раздражителен. Целиком и полностью ориентирован на внутренние субъективные установки. Внешне астенического телосложения, пониженного питания. Одет, не по погоде: тёплый зимний свитер, висящий мешком, и поношенные джинсы; на лице неухоженная щетина, волосы грязные, сально блестят. В беседе заинтересованности не проявляет, ответы на вопросы врача формальны, держится с некоторым высокомерием, в выражениях витиеват, напыщен. Эмоционально невыразителен, жесты и моторика топорны, несколько неуклюжи. Мышление аутистическое с тенденцией к актуализации малозначимых признаков. Грубых психопатологических расстройств выявить не удаётся.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Составьте и обоснуйте план лечения и наблюдения пациента.
- 4) Перечислите основные диагностические критерии расстройств личности (триада Ганнушкина-Кербикова).
- 5) Перечислите основные принципы терапии расстройств личности.

Задача 12.

В приёмный покой психиатрического стационара доставлена молодая девушка в сопровождении родственников. Поводом для вызова СМП послужила угроза суицида со стороны пациентки, носящая явный демонстративный характер. Со слов родственников известно, что, вернувшись в состоянии лёгкого алкогольного опьянения после встречи с друзьями, девушка закрылась в ванной, где долго плакала, на просьбы матери и отца открыть дверь реагировала грубо, высказывала проклятья в адрес молодого человека, который «обманул её, предал». Вышла оттуда спустя полчаса, держа лезвие бритвы у запястья, грозила перерезать себе вены, говорила, что «не сможет без него жить». По дороге в больницу в машине скорой помощи начала «задыхаться», говорила, что «не может проглотить слюну, будто ком в горле встал». Из анамнеза известно, что пациентка росла впечатлительным и эмоциональным ребёнком, в школе имела много друзей и подруг, стремилась принять участие в различных видах самодеятельности, «всегда была на виду». Рано начала пользоваться косметикой и проявлять интерес к противоположному полу. Всегда отличалась яркой внешностью и вызывающим поведением. К учёбе обнаруживала посредственные способности, ничем серьёзно не интересовалась, увлечения отличались поверхностностью. Рассказывая что-то,

могла, не замечая этого, «приукрасить» действительность, немного приврать. Несмотря на отсутствие реальных успехов, была высокомерна и эгоистична, с трудом переносила похвалу в адрес других людей.

На приёме отказывается говорить с врачом в присутствии родителей. После того как родственники вышли, рассказывает, что «на самом деле ничего с собой делать не собиралась, просто хотела, чтобы на неё обратили внимание, чтобы потом до парня это всё дошло и он чувствовал муки совести». Держится уверенно, внешне ухоженная, глаза красные от слёз. В суждениях инфантильна. К концу беседы начинает улыбаться доктору, в подробностях и красках рассказывая о произошедшей с молодым человеком ссоре.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Составьте и обоснуйте план лечения и наблюдения пациента.
- 4) Перечислите основные диагностические критерии расстройств личности (триада Ганнушкина-Кербикова).
- 5) Перечислите основные принципы терапии расстройств личности.

Задача 13.

Пациент, 19 лет, обратился к психиатру впервые по настоянию матери. Анамнез со слов матери: в возрасте 17 лет без видимой причины ухудшилось настроение, не было желания что-либо делать, отдалился от друзей, снизился аппетит, похудел за этот период на 10 кг, нарушился сон, вставал по утрам в 3-4 часа и не мог уснуть, появились идеи вины, считал, сам виноват в своем состоянии, т.к. «может взять себя в руки», из-за снижения концентрации внимания и ухудшения памяти было трудно учиться. Суицидальных мыслей не возникало. Такое состояние длилось около 8 месяцев, затем симптомы купировались, настроение стало ровным. К врачам не обращался, лечение не получал. В течение последних трех недель стал мало спать по ночам, настроение было приподнятое, временами был раздражителен, обрил голову, в высказываниях был непоследователен, говорил, что стал «Солнцем», т.к. видел свет «льющийся из меня на Землю».

При осмотре: труднодоступен продуктивному контакту. На вопросы отвечает не по-существу, не в плане задаваемого вопроса. Настроение повышено, с оттенком раздражительности. Речь громкая, скандированная. Многословен. Сообщает, что «в голове множество мыслей». Активно жестикулирует. Держится без дистанции. Во время беседы вскакивает, ходит по кабинету, отвлекается на посторонние вещи. Критики к поведению нет.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Установите и обоснуйте тип течения БАР.
- 4) Препараты каких групп Вы рекомендовали бы пациенту, в составе комбинированной терапии.
- 5) Через 6 месяцев лечения нормотимиком и антидепрессантом у пациентки купировались все симптомы заболевания. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача 14.

Пациентка, 22 года, впервые самостоятельно обратилась к психиатру. Состояние изменилось 2 месяца назад без видимой причины. При осмотре: выглядит подавленной, старше своего возраста, мимика бедная, во время беседы часто глубоко вздыхает. Предъявляет жалобы на сниженное настроение, тоску, отсутствие интереса к работе, общению с друзьями, повышенную утомляемость и постоянное чувство усталости, отсутствие энергии и желания что-либо делать, нарушения сна, дневную сонливость, ухудшение концентрации внимания, сниженный аппетит. Суицидальные мысли отрицает.

Из анамнеза известно, что с подросткового возраста у пациентки отмечалась склонность к смене настроения. Отмечались эпизоды легкого подъема настроения, когда она становилась активной, энергичной, снижалась потребность во сне, появлялось чувство физического благополучия. Были эпизоды сниженного настроения, когда была пассивной, меньше интересовалась обычными делами, снижался аппетит, становилась задумчивой, подавленной. Эпизоды колебания настроения были непродолжительными (от четырех-пяти дней до трех недель). К врачам не обращалась, медикаментозного и немедикаментозного лечения не получала. После минования фазы психическое

состояние полностью нормализовалось.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Установите и обоснуйте тип течения БАР.
- 4) Препараты каких групп Вы рекомендовали бы пациенту, в составе комбинированной терапии.
- 5) Через 6 месяцев лечения нормотимиком и антидепрессантом у пациентки купировались все симптомы заболевания. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача 15.

Пациентка А., 44 года. Анамнез: дед и отец пациентки никогда не наблюдались у психиатров, однако, со слов отца, на протяжении жизни у них бывали достаточно длительные периоды, когда они испытывали острые приступы тревоги, по описанию соответствующие клиническим проявлениям панической атаки. Эти приступы возникали внезапно, сопровождалась страхом смерти, вегетативными проявлениями - тахикардией, ощущением нехватки воздуха, слабостью, повышением артериального давления. Отец больной в период между приступами, боясь их повторения, старался избегать любых физических нагрузок, выбирал пешие маршруты таким образом, чтобы «избежать пути в горку» и т. п. При этом какой-либо значимой соматической патологии, которая могла бы обусловить такую симптоматику, не выявлялось. В последующем у деда пациентки и у ее отца эти проявления нивелировались, никак не отразившись на их социальной адаптации. Отец пациентки до настоящего времени активно работает.

Пациентка родилась от нормально протекавшей беременности, в полной семье, младшей из двух дочерей. Росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами. По характеру формировалась общительной, активной, эмоциональной, впечатлительной. В школу пошла с 7 лет, училась хорошо, с удовольствием общалась со сверстниками, стойких хобби не было. Посещала музыкальную школу. Менструации - с 13 лет, регулярные, малоболезненные. В пубертатный период по характеру существенно не менялась. Отмечает, что с детства была чрезмерно тревожной, склонной волноваться по малозначимым поводам, «делать из мухи слона». Тревожность особенно усиливалась в ответственные моменты, например, перед контрольными или экзаменами, несмотря на то, что всегда хорошо училась. В период подготовки очень волновалась, боялась, что не справится. В такие периоды испытывала тревогу, внутреннюю напряженность, раздражение, что заставляло ее, запершись в комнате, «биться головой о стену, чтобы как-то разрядиться, отвлечься». После окончания 11 классов школы поступила в Московский государственный университет. Училась хорошо, с интересом, имела близких друзей среди сверстников. Несмотря на то, что все жизненные обстоятельства в тот период складывались благополучно, «всегда находила себе поводы для тревоги». Во время учебы в институте эпизодически (в основном в период сессий) принимала феназепам для купирования тревоги. Потребность в приеме феназепама была связана с усилением чувства внутренней напряженности, неуверенности, опасений провалить экзамен. В таком состоянии часто испытывала головные боли, которые мешали сосредоточиться. После окончания университета работала секретарем-референтом, с работой справлялась. В возрасте 26 вышла замуж по любви, в возрасте 28 лет родила сына. После родов постепенно нарастала тревожность. Постоянно испытывала беспокойство о ребенке, боялась, что с ним может что-то случиться. Настроение было пониженным из-за постоянной тревоги. Беспокоили головные боли, учащенное сердцебиение, быстро уставала, часто подолгу не могла заснуть. Отношения с мужем постепенно ухудшались. Он стал часто отсутствовать дома, не помогал. Когда ребенку было два года, муж поднял вопрос о разводе, выдвинув требование, чтобы ребенок жил с ним. Пациентка тяжело переживала разрыв, пыталась сохранить семью, опасалась, что муж заберет ребенка, боролась с этим решением. В этот период посмотрела по телевизору фильм, сюжет которого был связан с похищением ребенка. С этого момента резко усилилась тревога за ребенка, при малейшей провокации стали возникать наплывы тревожных мыслей о возможных опасных ситуациях, которые могут угрожать сыну (травма, похищение и т. п.). Особенно часто такие эпизоды возникали на фоне усталости. Несмотря на привязанность к сыну, больная занималась им мало. Как только он начинал капризничать или шалить и требовалось проявление строгости, у больной возникала тревога за ребенка, страх, что с ним может что-то случиться, появлялась раздражительность. На

протяжении последующих шести месяцев состояние постепенно ухудшалось: усиливался внутренний дискомфорт, ощущение беспокойства, утомляемость. Наплывы тревожных опасений за сына учащались. С домашними делами и уходом за ребенком справлялась с трудом. Большую их часть выполняла мать пациентки. На этом фоне ухудшилось настроение, испытывала подавленность, вялость. В таком состоянии впервые обратилась к психиатру. Наблюдалась амбулаторно.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 4) Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
- 5) Через несколько месяцев регулярной психотерапии пациент не отмечает существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Задача 16.

Пациент С., 35 лет. Жалобы: судорожные приступы с выключением сознания. Анамнез: болен с 19 лет. Наследственность отягощена эпилепсией по материнской линии. Пароксизмы характеризуются внезапной потерей сознания, напряжением произвольной мускулатуры, внезапным и быстрым падением, сопровождаемым громким криком, остановкой дыхания, нарастающей бледностью кожи и слизистых, сменяющаяся цианозом. Зрачки расширены, на свет не реагируют. Через 30 - 60 секунд верхняя челюсть совершает движения, при которых происходит ритмическое смыкание ротовой щели, изо рта выделяется пена, окрашенная кровью, так как обычно больной прикусывает язык. Голова совершает ритмические движения сгибания и разгибания, реже ротации. В плечах отмечаются сгибание и разгибание, в предплечьях - разгибательно-пронаторные движения; в ногах судороги по типу тройного укорочения и последующего удлинения, дыхание восстанавливается, становится шумным, прерывистым. Возможно непроизвольное мочеиспускание. Сознание глубоко помрачено. По прошествии двух-трех минут, выявляется мышечная гипотония, патологические рефлексы, мидриаз, отсутствие реакции зрачков на свет. Затем следовал глубокий продолжительный сон. Воспоминаний о припадках у больного не сохранилось.

ЭЭГ (межприступный период): короткие вспышки генерализованной полипик-волновой активности с амплитудным преобладанием в левой гемисфере и частотой около 3 Гц.

В отделении психиатрической больницы у больного, страдающего эпилепсией, развились судорожные припадки с прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием. Припадки повторялись

с интервалом в 5-10 минут. В промежутках между припадками больной находился в коматозном состоянии.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 4) Какой препарат является средством выбора для купирования данного состояния? Какие препараты применяются на начальной и развернутой стадиях эпилептического статуса?
- 5) Тактика первичных лечебных мероприятий в данном случае.

Задача 17.

К невропатологу обратилась больная 45 лет с жалобами на тревогу, неусидчивость, бессонницу, слабость. В беседе выяснилось, что в течение последнего месяца перенесла ОРВИ, после чего ухудшилось настроение, не может сосредоточиться на работе, стала слышать оклики по имени, а затем целые фразы. Пациентка слышит «голоса» как бы "внутри головы", считает, что ею кто-то управляет. Испытывает страх. Замечает "переодетых преследователей" на улице. Считает, что ее хотят убить, боится выходить из дома. Стала замечать подозрительный привкус пищи, из-за этого перестала есть, сильно похудела, жалуется на запоры.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 4) Какие препараты являются необходимыми для купирования данного состояния?
- 5) Тактика врача в данном случае.

Задача 18.

Больной 45 лет, перенес инфаркт миокарда без зубца Q. 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 сердцебиением, ощущением замирания сердца, обильным потоотделением. Объективно показатели гемодинамики и ЭКГ в норме, противопоказаний к расширению режима нет.

- 1) Перечислите психопатологические симптомы и синдромы.
- 2) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 3) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 4) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 5) Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.

Задача 19.

На второй день после операции ущемленной грыжи у больного поднялась температура, выявлен лейкоцитоз и ускорение СОЭ. Стал беспокойным, суетливым. В беседе постоянно отвлекается, дезориентирован во времени. Часто вскакивает с постели, что-то ищет под подушкой, заглядывает под кровать, копается в постельном белье, шарит рукой по стене, пытается поймать несуществующих насекомых. Порой испуганно озирается, разговаривает сам с собой. При обследовании выявляются перитонеальные симптомы.

- 1) Перечислите психопатологические симптомы и синдромы.
- 2) Установите диагноз неотложного состояния.
- 3) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 4) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 5) Определите и обоснуйте тактику неотложной помощи пациенту.

Задача 20.

Больной Е., 51 год, по характеру живой, общительный, энергичный, но упрямый, несколько мнительный. Женат в течение 23 лет, имеет двоих детей. Часто ревновал жену, устраивал ей сцены, которые заканчивались примирением. В течение последних 2–3 лет отмечаются снижение памяти, чрезмерная сентиментальность, при волнении не может сдержать слез. Диагностирована начальная стадия церебрального атеросклероза. Однажды, будучи на праздничном вечере в клубе, заметил, что жена вышла из кабинета директора смеющаяся, возбужденная. Появившаяся мысль о неверности жены, и в дальнейшем она не оставляла больного. Неоднократно устраивал сцены ревности дома и на работе, требовал, чтобы она созналась в измене, назвала имя любовника. Не стеснясь присутствия детей, сотрудников, грубо оскорблял жену, угрожал убийством, затем раскаивался, плакал, просил прощения, умолял не оставлять его. Однако в дальнейшем, особенно под влиянием легкого опьянения, вновь устраивал скандалы. Расспрашивал сослуживцев жены об ее поведении, старался прийти домой во внеурочное время, чтобы застать жену с любовником. В стационаре тревожен, взволнован, высказывает мысли об измене жены, приводя все новые доказательства, в основном неубедительные и малозначащие. На свиданиях с женой то ласкает ее, уверяет в своей любви, то осыпает ее оскорблениями.

- 1) Перечислите психопатологические симптомы и синдромы.
- 2) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 3) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 4) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 5) Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.

1.1.5. Контролируемый раздел дисциплины «Специальные проблемы психиатрии».

Сообщение, доклад на тему:

- 1) Социальная психиатрия. Предмет, цели и задачи социальной психиатрии. Основные научные школы и направления. Методы социальной психиатрии.

- 2) Психическое здоровье населения: индивидуальное и общественное, возрастные и половые особенности. Психическая конституция, психические эпидемии.
- 3) Влияние социальных факторов на психическое здоровье.
- 4) Психические расстройства в детском возрасте. Физические и социально-психологические особенности детского возраста. Дизонтогенетическое развитие. Систематика психических расстройств детского возраста. Общие особенности психопатологических расстройств в детском возрасте. Синдромы психических расстройств детского возраста. Невропатия. Синдромы раннего детского аутизма. Гипердинамический. Синдром уходов и бродяжничества. Синдром страхов. Синдромы патологического фантазирования.
- 5) Психические расстройства в подростковом возрасте. Физические и социально-психологические особенности подросткового возраста. Понятие нормального и патологического пубертатного криза. Систематика психических расстройств подросткового возраста. Общие особенности психопатологических расстройств в подростковом возрасте. Синдромы психических расстройств подросткового возраста. Гебоидный синдром. Дисморфофобический синдром. Синдром односторонних сверхценных интересов и увлечений.
- 6) Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе. СПЭ обвиняемых (подсудимых). Проблема невменяемости, ограниченной вменяемости. Определение мер медицинского характера в отношении невменяемых. Проблема исключительных состояний в судебной психиатрии. Проблема симуляции и диссимуляции при СПЭ. СПЭ потерпевших и свидетелей. Общие принципы. СПЭ по определению способности потерпевшего или свидетеля давать показания. СПЭ по определению беспомощного состояния больного. СПЭ по определению степени тяжести телесных повреждений, повлекших психические расстройства. Проблема оценки способности участвовать в уголовном процессе. Проблема виктимности психически больных.
- 7) Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. Предмет и задачи. СПЭ по определению недееспособности. СПЭ по признанию сделок недействительными. Судебно-психиатрическая экспертиза применительно к нормам закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». СПЭ в спорных случаях недобровольного психиатрического освидетельствования. СПЭ в спорных случаях недобровольной госпитализации, ее продлении, выписке. СПЭ в спорных случаях постановки по диспансерное наблюдение. СПЭ в спорных случаях признания лица негодным к выполнению отдельных видов трудовой деятельности. СПЭ в спорных случаях, связанных с отказом/согласием больного на лечение. Особенности СПЭ лиц позднего возраста в уголовном процессе. Особенности СПЭ лиц позднего возраста в гражданском процессе. Особенности СПЭ несовершеннолетних обвиняемых в уголовном процессе. Особенности СПЭ несовершеннолетних потерпевших.
- 8) Врачебно-трудовая экспертиза. Значение медицинских и социальных факторов при определении трудоспособности. Определение временной нетрудоспособности. Порядок выдачи и оформления документации при временной нетрудоспособности. Сроки временной нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭ. Группы инвалидности при психических расстройствах.
- 9) Военная экспертиза при психических расстройствах. Основные принципы. Показания к направлению.

Кейс-задачи:

Задача 1.

Мальчик, 4 года. На приеме с жалобами на задержку развития речи.

Раннее развитие: мальчик от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на сроке 5-6 недель, ОРВИ на 20 неделе, маловодие. Роды на 38 неделе, без патологии. Ребенок закричал сразу,

оценка по Апгар 8/9 баллов. Вес при рождении 2760гр, длина 7 см. Моторное развитие: голову держал с 1,5 мес., самостоятельно садился с 7 мес., ходил с поддержкой с 11 мес., самостоятельная ходьба с 12 мес. Нервно-психическое развитие: гуление, лепет активные, дифференцировал «своих и чужих», активно интересовался игрушками, реагировал на имя, сформировался указательный жест, к 12 месяцам осмысленно использовал 5-7 простых слов, на детской площадке интересовался сверстниками. До года наблюдался неврологом с диагнозом «Перинатальное поражение ЦНС. Пирамидная недостаточность», проходил медикаментозное лечение.

К 1,5 годам перестал произносить слова, появились вокализации в форме мычания. В этот период практически пропал указательный жест, перестал обращаться с просьбами к взрослым, потерял интерес к игрушкам, предпочитал накручивать на руку веревочки или перекладывать мелкие предметы из одной емкости в другую, подолгу был увлечен такой игрой. При попытке вовлечь в игру большую часть времени просто разглядывал детали игрушек, открывал и закрывал дверцы у машинок или крутил колеса. Часто бесцельно бегал по кругу или прыгал на одном месте, совершая однообразные взмахи руками, одновременно мычал. Отзывался на имя не с первого раза, особенно когда был увлечен игрой. Предпочитал находиться один, не требовал к себе внимания. Стал настороженно относиться к новому: боялся входить в незнакомые помещения, категорически отказывался пробовать новые продукты (рацион стал очень ограниченным – преимущественно ел суп, хлеб, молочные продукты, отказывался от любых овощей и фруктов, кроме яблок, ел мясо только в форме котлет, но не куском и т.п.). Пугался громкого разговора, сразу закрывал уши руками и убегал из комнаты. К 2,5 годам стал интересоваться машинками, при этом выстраивал их в одну линию в определенном, всегда одинаковом порядке. В этот период появилась любимая игрушка – плюшевый заяц – которого постоянно носил с собой, клал его рядом в постель, когда ложился спать, на стол во время приема пищи. При попытке забрать игрушку (например, чтобы почистить ее), начинал плакать, кричать, не поддавался на уговоры, никак не реагировал на попытки успокоить его. Успокаивался только когда игрушку возвращали. С 2,5 лет начал посещать ДДУ, но адаптировался с трудом: первое время боялся воспитателей и других детей, не отпускал мать, кричал, плакал. С 3-х лет по решению МПК переведен в коррекционную группу ДДУ. Позже перестал бояться, но к сверстникам никакого интереса не проявлял, сторонился их, никогда не участвовал в общей игре, при попытке вовлечь его в совместную деятельность с другими детьми отворачивался и уходил или начинал кричать. Впервые обратились за медицинской помощью в 3,5 года. Неврологом назначен пантокальцин в суточной дозе 375 мг курсом 1,5 месяца, затем глиатилин 400 мг утром на 1,5 месяца. На фоне терапии появилась речь: стал повторять услышанные слова, но спонтанно для общения их не использовал. Навыки самообслуживания и самоопрятности не владеет.

Психический статус: внимание привлекается с трудом – реагирует на свое имя после нескольких повторений, поворачивается в сторону врача, при этом смотрит несколько в сторону и вниз, сразу отворачивается. Простые инструкции (подойди, дай руку и т.п.) выполняет избирательно, после нескольких просьб, более сложные инструкции не удерживает, например, на просьбу взять с полки игрушку и отдать маме идет в нужную сторону, но легко отвлекается на шум в коридоре и направляется к двери. Речь отдельными словами – повторяет услышанное. На вопрос «Сколько тебе лет?» ответил «Лет», «Это твоя игрушка?» - «Игрушка». В ответ на повторные просьбы показать на картинке кошку быстро показывает на несколько животных и сразу отходит от стола, не глядя на маму или на врача, не проявляя интереса к реакции взрослых на свои действия. Предоставленный себе бесцельно ходит по кабинету, мычит, дотрагивается до мебели или вещей и сразу идет дальше, ни на чем не останавливаясь. Периодически стереотипно раскачивается из стороны в сторону во время ходьбы.

Из характеристики ДДУ: познавательное развитие на низком уровне. Упражнение «пирамидка» не выполняет, назначение составных компонентов пирамидки недоступно. Упражнение на доске Сегена выполняет хаотично, методом проб и ошибок. Разрезные картинки из 2-х частей складывает с обучающей помощью педагога. Все мыслительные процессы ослаблены. Внимание произвольное, малоустойчивое, труднопривлекаемое. Плохо воспринимает материал, образ предмета не удерживает. Низкий уровень развития наглядных форм мышления. Операции обобщения на элементарном уровне. Предлагаемые задания выполняют только при активном

взаимодействии со взрослым. Подражательно-речевая деятельность не развита. Пассивный словарь ограничен уровнем обиходно-бытовой тематики. Способность к волевому усилию не сформирована.

1. Диагноз и его обоснование.
2. Применение каких вспомогательных методик исследования возможно при данной патологии.
3. Дифференциальная диагностика данного заболевания.
4. Тактика лечения пациента.
5. Прогноз заболевания.
6. Является ли обоснованным направление ребенка на МСЭ на данном этапе?

Задача 2.

Девочка, 16 лет. Жалобы на отказ посещать школу.

Раннее развитие: ребенок от 2 беременности (1-я беременность – медицинский аборт) на фоне повышенного тонуса матки на протяжении всей беременности. Роды первые на сроке 39 недель, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином, длительный безводный период. Период новорожденности без особенностей. До года наблюдалась неврологом по поводу перинатального поражения ЦНС, внутричерепной гипертензии, получала лечение курсами диуретиков. В возрасте 1 года 2 месяцев перенесла фебрильный судорожный приступ. Моторное развитие по возрасту, нервно-психическое – с опережением: первые слова в 8 месяцев, с полутора лет говорила короткими предложениями по 3-4 слова, к 2-м годам – развернутыми предложениями.

Посещала ДДУ с 2-х лет, хорошо адаптировалась в детском коллективе, охотно участвовала в общих играх. Обучается в СОШ с 7 лет. С поступлением в 1-й класс стала тревожной, плаксивой, снизился аппетит, нарушился ночной сон. За помощью не обращались, состояние нормализовалось самостоятельно в течение полугода. С программой справлялась хорошо, всегда старалась выполнить задания идеально, получать только отличные оценки. Общалась с одноклассниками, дружила с несколькими девочками, охотно участвовала в общих мероприятиях.

С 11 лет, с появлением менструаций, стала набирать вес. В этот период начала соблюдать строгую диету, ежедневно взвешивалась дважды в день, активно занималась спортом, почти ежедневно посещала тренажерный зал. Стала самостоятельно готовить еду для себя, поскольку боялась, что мама добавит в еду масло или другие «вредные продукты». Снизился интерес к учебе и школьная успеваемость, стала менее охотно общаться со сверстниками. Много читала о различных диетах и способах похудеть. В течение года похудела на 8 кг, присоединились «приступы переедания», когда «ела все подряд», не могла остановиться, впоследствии ощущала чувство вины, иногда плакала, но рвоту не вызывала. Постепенно становилась все более замкнутой. К 14 годам отказалась от общения даже с близкими подругами, все свободное время проводила дома за компьютером или лежала в постели, иногда пропускала занятия в школе без уважительных причин, втайне от матери оставалась дома. Перестала посещать тренажерный зал, участились «приступы переедания», при этом оставалась фиксированной на своем весе, избегала смотреться в зеркало, т.к. была недовольна фигурой. К 16-ти годам поправилась на 15 кг, перестала выходить на улицу, т.к. считала, что окружающие смотрят на нее и осуждают за внешний вид. Отказалась поехать с родителями в магазин, чтобы купить одежду, не смотря на то, что в связи с набором веса практически не имела подходящих вещей, постоянно ходила в старом свитере, не хотела переодеваться, стала реже мыться, спала на полу не раздеваясь. В начале учебного года (10 класс) категорически отказалась посещать школу, т.к. не хотела видеть одноклассников и «чтобы они видели» ее, после попыток родителей настоять на занятиях сбежала из дома, поехала в Москву к двоюродному брату, где жила в течение 2-х недель, отказывалась возвращаться. По возвращении по-прежнему не выходила из дома, в течение дня оставалась бездеятельной, много спала, при этом ночью не могла уснуть, смотрела сериалы.

Психический статус: контакту доступна, ориентирована в полном объеме. Не может сформулировать жалобы, говорит «не знаю, что сказать». Настроение снижено, говорит тихо, монотонно. Одеты в старый свитер и брюки, размер которых заметно больше необходимого, волосы сальные. Заинтересованности в беседе не проявляет, но на вопросы отвечает. Говорит, что не хочет ходить в школу, потому что «иногда кажется, что все на меня смотрят, а еще просто не хочу

общаться». На вопрос о том, до какого веса хотела бы похудеть, отвечает: «раньше я хотела похудеть до 42 кг, но потом поняла, что это глупость, ведь цифры – это просто абстрактные понятия, они не имеют в себе ничего существенного, их нельзя ни к чему приложить в реальности. Мне не нравится мое тело, когда я его вижу, но сейчас я на него почти не смотрю. Я много читала про диеты, как правильно питаться». Рассказывает, что сейчас «много думаю, рассуждаю. Я думаю, что состою из частей, которые мне дали другие люди, например воспитание, а если все это убрать, то где моя личность?». Мимика невыразительная, эмоциональные реакции несколько однообразны. Говорит, что ей на данный момент «мешает, что ничего не хочу и нет сил», «все какое-то не такое стало». Суицидальные намерения отрицает: «считаю, что так поступают только слабые люди...но иногда кажется, что было бы хорошо, чтобы все как-нибудь само закончилось». Соглашается на лечение, говорит, что «это нужно» и сразу же заявляет, что скорее всего не станет принимать лекарства, потому что боится, что они «отнимут у меня способность рассуждать, как сейчас». Обманы восприятия отрицает.

Получала лечение рисперидоном в суточной дозе 2 мг, терапию переносила хорошо. На фоне приема лекарства купировались нарушения сна, несколько улучшилось настроение, стала соблюдать личную гигиену, спать в своей постели. Начала выходить на улицу, согласилась купить новую одежду, но интереса к ее выбору не проявляла, предоставила его матери. По-прежнему отказывалась посещать школу, мотивировала это тем, что не хочет, чтобы одноклассники видели ее такой, как сейчас, опасалась, что они могут «догадаться про мою болезнь, что я пью таблетки». Стала активнее, пыталась читать художественную литературу, учебники, но не могла сосредоточиться, с трудом могла воспроизвести то, о чем читала. Сохранялась фиксация на своем весе. Вернулась к диете, но не слишком сильно ограничивала себя в еде. Стала реже переедать.

При осмотре через месяц: субъективно отмечает улучшение состояния – «теперь мне не так плохо», но отмечает, что «апатия все равно осталась, все время кажется, что поставила свою жизнь на паузу, хочется лежать, нет сил». Жалуется на трудности в сосредоточении: «пробую читать, но постоянно думаю о другом, ничего не запоминаю, все путается». На вопросы отвечает по существу. Рассказывает, что по-прежнему «недовольна своим видом, но сейчас все-таки лучше, на улице не смотрят постоянно на меня». Говорит, что могла бы пойти в школу, «но только в другую, чтобы начать все с чистого листа, чтобы никто не знал, что я болею». Интересуется, как долго нужно принимать лекарства. Мышление без явных формальных расстройств. Настроение снижено. Эмоциональные реакции несколько монотонны.

1. Диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Коррекция медикаментозной терапии на данном этапе лечения.
4. Необходимы ли какие-либо немедикаментозные методы лечения в данном случае? Какие и почему?

Задача 3.

Девочка, 16 лет. Наследственность по психическим расстройствам не отягощена. Ребенок от 1 беременности (возраст матери и отца на момент беременности – 27 лет) с угрозой прерывания в первом триместре. Роды на 41 неделе путем Кесарева сечения. Вес при рождении 3500гр. С раннего возраста наблюдалась неврологом по поводу натальной травмы ШОП, компрессии сосудов ШОП, внутричерепной гипертензии, диссомнии. В моторном развитии не отставала, нервно-психическое развитие с опережением: первые слова к 10 мес., в 1 год 3 мес. – речь короткими фразами, к 2-м годам говорила предложениями, к 5 самостоятельно научилась читать, сочиняла сказки, стихи, песни. Всегда была малообщительной, любила находиться одна, много фантазировала. С 3-х лет в течение нескольких лет просила не называть ее Дашей, заявляла «я не Даша, мне не нравится это имя». Дважды начинала посещать ДДУ (в 5 и 6 лет), но адаптироваться в детском коллективе не смогла. С 7 лет посещала школу. В 1 классе со сверстниками практически не общалась, держалась возле учителя, много плакала. Программу усваивала. Затем стала общаться с одноклассниками, но близких друзей не имела, в свободное от занятий время писала книги.

Осенью 2013г. (12 лет) возникло стойкое снижение настроения, сопровождающееся нарушениями сна, плаксивостью, затем появились слуховые галлюцинации – слышала голос, похожий на голос матери, испытывала сильный страх, боялась оставаться одна, ложилась спать только с матерью,

появились вычурные движения («выкручивание» кистей рук, пальцев и т.п.), эхолалии (в виде повтора последнего слова вопроса). Амбулаторное лечение rispoleптом с постепенным повышением дозы до 3 мг/сут в течение 20 дней без эффекта. 21.11.13г. госпитализирована в детское отделение ГБУЗНО «Нижегородская областная психоневрологическая больница №1», где проходила стационарное лечение в течение 2-х месяцев. Получала терапию rispoleптом-квиклет в дозе 2мг/сут в комбинации с золофтом 50 мг/сут и атараксом 25 мг на ночь, при этом становилась все более расторможенной, усиливалась галлюцинаторная симптоматика. Переведена на галоперидол в суточной дозе 2,25 мг, аминазин 25 мг на ночь. На фоне лечения типичными нейрoлептиками редуцировались вербальные галлюцинации, стала спокойнее, при этом постоянно жаловалась на сонливость, слабость, отмечались нерезко выраженные явления нейрoлепсии, сохранялись симптомы кататонии. При повышении суточной дозы галоперидола до 3 мг становилась тревожной, двигательнo расторможенной, усиливались нарушения сна. На ноотропные препараты реагировала выраженным возбуждением. На ЭЭГ от 11.2013г. умеренные диффузные изменения в следствии дисфункции срединно-стволовых структур, усиление активирующего влияния восходящих неспецифических ствoловых структур. Сразу после выписки консультирована проф. Ю.С. Шевченко – рекомендовано повышение дозы галоперидола до 6 мг/сут, амитриптилин 50-100 мг/сут, циклодол из расчета 2 мг на 1,5 мг галоперидола. При повышении дозы галоперидола (в сочетании с циклодолом) усиливались симптомы нейрoлептического синдрома в виде скованности, тремора рук, повышенной саливации, явлений акатизии. Стала беспокойной, постоянно находилась в движении, активно жаловалась на слабость, плохое самочувствие, говорила, что «скоро умрет», вновь появились «голоса», затем присоединились зрительные псевдогаллюцинации, постоянно жаловалась родителям, что ей «что-то видится», но о содержании переживаний не рассказывала, в беседе с врачом отрицала наличие обманов восприятия. В марте 2014г. психиатрической бригадой скорой помощи госпитализирована в детское отделение ГБУЗНО «НОПНБ№1» в состоянии психомоторного возбуждения – металась по квартире, кричала, не реагировала на обращение родителей. В условиях стационара отменен галоперидол, назначен аминазин в инъекциях. В течение 2-х недель оставалась возбужденной, кричала, бегала по отделению. Затем отмечалось улучшение психического состояния с редуциацией галлюцинаторной симптоматики, поведение стало упорядоченным. При назначении эглонила в качестве поддерживающей терапии в суточной дозе 50 мг настроение стало приподнятым, была веселой неадекватно ситуации, двигательнo расторможенной, нарушился сон, позже вновь появились «голоса», в связи с чем переведена на терапию сонaпаксом 75 мг/сут в сочетании с финлепсином 150 мг/сут и аминазином 25 мг на ночь. Выписана домой в мае 2014г. в удовлетворительном состоянии: была спокойной в поведении, произошла полная редуция галлюцинаторного синдрома, уменьшилась выраженность проявлений кататонии. Переведена на домашнее обучение, программу усваивала удовлетворительно. Оформлена инвалидность. Оставалась в состоянии частичной ремиссии около 3-х месяцев, с августа 2014г. вновь стала тревожной, двигательнo расторможенной, многословной, часто стереотипно раскачивалась, повторяла одни и те же слова и фразы. При осмотре жаловалась на слабость, «плохое настроение», наплывы мыслей, «путаницу в голове», «навязчивые мысли»; выявлялись расстройства мышления в виде соскальзываний, эхолалии, персеверации, а также эмоционально-волевые расстройства. Дома периодически возникали периоды психомоторного возбуждения: начинала стереотипно повторять одни и те же фразы, при этом не реагировала на замечания, просьбы, затем начинала кричать.

1. Определить диагноз, ведущий синдром.
2. Определить препарат выбора для дальнейшей терапии.
3. Определить прогноз заболевания.

Задача 4.

Мальчик, 10 лет. Ребенок от 3 беременности на фоне анемии 1 степени, токсикоза в первом триместре, 3-х самостоятельных родов на 38 неделе с длительным безводным периодом. Два старших брата обучаются в коррекционной школе VIII вида.

На первом году жизни в моторном развитии не отставал. Был беспокойным, плаксивым, капризным ребенком. Первые слова произнес к 1,5 годам, к 3-м годам – ечь короткими фразами по 2-3 слова, небольшой словарный запас. Простые инструкции понимал хорошо, но редко выполнял их, с

раннего возраста преобладали отказные и протестные реакции. Начал посещать ДДУ с 3-х лет, быстро адаптировался, много контактировал с другими детьми, при этом часто забирал игрушки, бил других детей, обзывал их в случае, если ему не отдавали желаемую вещь. Также вел себя по отношению к воспитателям: в случае замечаний или отказа выкрикивал нецензурные слова, пинал и бил кулаком мебель. Несколько раз совершал попытки убежать из детского сада. В возрасте 5-ти лет переведен в коррекционную группу ДДУ в связи с отставанием в нервно-психическом развитии. С 8 лет посещает коррекционную школу VIII вида. С программой справляется крайне слабо, часто пропускает занятия по несколько дней подряд, в учебное время бродит по улице в компании сверстников или один, попрошайничает, в случае отказа начинает нецензурно браниться, плевать, может ударить прохожего и убежать. В школе не соблюдает правил поведения, часто грубит педагогам и одноклассникам, может выйти из класса во время урока, на замечания часто реагирует агрессией (разбрасывает вещи, бранится). С 2 класса выведен на индивидуальное обучение на дому в связи с нарушениями поведения. На данный момент обучается в 3 классе (9 лет). Домой часто приходит только на ночь, в остальное время бродяжничает. При попытке матери удержать ребенка дома вылезает через окно (2-й этаж). Часто отказывается мыться, меняет одежду только по принуждению. Навыки самообслуживания на низком уровне.

Психический статус: доступен контакту. Называет имя, фамилию, возраст называет ошибочно, дату рождения не знает. Внимание неустойчивое, легко отвлекается на посторонние раздражители, часто требуется повторение вопроса. Путает последовательность времен года, может назвать только 4 месяца. Счет до 100 механический, операции сложения и вычитания недоступны. Запас знаний о себе и окружающем мире крайне мал. На приеме держится без дистанции, обращается к врачу на «ты», берет со стола интересующие предметы, не реагирует на замечания матери, но неохотно исправляется в ответ на замечание врача на короткий промежуток времени, затем возвращается к прежнему поведению. Интеллект низкий, мышление конкретное.

МРТ (7 лет): очагов патологической интенсивности сигнала в структурах головного мозга не выявляется. Нерезкое расширение отдельных кортикальных борозд заместительного характера.

Из педагогической характеристики: охотно общается со взрослыми и детьми, но поведение не всегда адекватно ситуации. Представления об окружающем ограничены конкретными бытовыми ситуациями. Запас знаний крайне мал. Соотносит названия знакомых предметов с их изображением слабо. Называет на картинках знакомые действия нечетко. Внимание неустойчивое, быстро истощается. Объем внимания мал, концентрация слабая. Память механическая слабая. Для запоминания нуждается в многократных повторениях, быстро забывает. Мышление носит наглядно-действенный характер. Интересы к заданиям не проявляет. Безразличен к результатам деятельности, легко бросает незаконченную работу. Величины «большой - маленький» различает, цвета, формы предметов не называет. Временные понятия не сформированы. Стороны путает. На тетрадном листе не ориентируется. Мелкая моторика развита слабо, графические навыки не сформированы. Писать по образцу не может. Буквы запоминает слабо, в слоги не складывает. Склонен к агрессивным реакциям, неадекватно реагирует на замечания, дистанции в общении с педагогами не соблюдает. Целенаправленная деятельность не сформирована, работоспособность на низком уровне. Волевые усилия не прикладывает.

1. Определить диагноз.
2. Тактика лечения.
3. Показания для стационарного лечения при данной патологии.

Задача 5.

Девочка, 6 лет. Ребенок от 1 беременности с угрозой прерывания на сроке 16 недель. Роды срочные без осложнений, масса 3250, длина 51 см, оценка по Апгар 9/9 баллов. Период новорожденности без особенностей. Сидеть начала с 6 мес., ходить – с 11. С рождения была мало эмоциональной, редко плакала, могла долго лежать в кроватке одна, слабо реагировала на физический дискомфорт, практически не гулила и не лепетала, не реагировала на имя, не обращалась с просьбами. Игрушками интересовалась мало, предпочитала играть мелкими предметами, нитками, подолгу переливала воду из стакана в стакан. Посещала ДДУ с 2-х лет, не обращала внимания на сверстников, не участвовала в общих играх. Первые слова произнесла в 2,5 года, в это же время стала отзываться на имя. С 4-х лет – речь короткими предложениями, но диалог

поддерживать не могла, говорила много, но не по существу, давала мимо-ответы. В этот период стала охотно вступать в контакт с детьми и взрослыми, в т.ч. по собственной инициативе, при этом не понимала, что допустимо говорить, легко могла сказать что-то неприятное, не пытаясь обидеть. Также нередко в транспорте или на улице без стеснения подходила к незнакомым людям и заговаривала с ними, рассказывала, где живет, куда идет вместе с мамой и т.п. Обращалась к взрослым на «ты», не смотря на постоянные замечания матери. В возрасте 5 лет стала интересоваться мультфильмом о пони, смотрела только его, изображала пони на всех рисунках, при этом пользовалась только черным фломастером или карандашом, отказывалась от других цветов. В течение месяца представляла себя пони, требовала, чтобы и дома, и в детском саду ее называли Искоркой, отзывалась только на это имя.

Психический статус: охотно вступает в контакт, отвечает на вопросы. Внимание неустойчивое. Многословна, часто начинает отвечать на вопрос, но соскальзывает на другую тему, в дальнейшем к ответу не возвращается. Речь развернутыми предложениями, с нарушениями звукопроизношения. В беседе часто обращается к врачу на «ты», после замечания матери исправляется. Запас знаний соответствует возрасту. Считает до 15 в прямом и обратном порядке, владеет сложением и вычитанием в пределах 10. Знает алфавит, складывает слоги, читает простые слова. Исключает четвертый лишний правильно, но часто дает непоследовательные объяснения. Мимические реакции однообразны.

1. Определить диагноз.
2. Определить тактику лечения: необходимость медикаментозной терапии, препараты первого выбора.

Задача 6.

Девочка, 15 лет.

Наследственность формально психическими расстройствами не отягощена. Мать по характеру «спокойная, общительная, добрая». Отец – вспыльчивый, конфликтный, злоупотребляет алкоголем, в опьянении агрессивен, может ударить жену, дочь. Родители развелись, когда девочке было 4 года, отец отношения с дочерью не поддерживает. Мать вышла замуж во второй раз 2года назад. Ребенок от первой беременности на фоне токсикоза в первом триместре, анемии легкой степени. Роды физиологические. Моторное развитие без отставания. Нервно-психическое развитие: первые слова произнесла в 11 месяцев, в 1 год 8 мес. – речь короткими фразами, к 3-м годам говорила предложениями. Посещала ДДУ с 2,5 лет, адаптировалась хорошо, участвовала в утренниках, общих играх. С 7 лет посещала школу, училась хорошо, в свободное время посещала секцию танцев, музыкальную школу, с 1 класса появились близкие подруги среди одноклассниц. С 14 лет изменилась в поведении: снизилась успеваемость, стала раздражительной, плаксивой. Состояние постепенно ухудшалось: начала пропускать уроки втайне от матери без уважительных причин, практически перестала общаться с подругами, перестала посещать секцию, иногда приходила домой в состоянии алкогольного опьянения. Не смотря на настойчивые попытки матери поговорить с девочкой, избегала беседы или конфликтовала с ней. В 14,5 лет призналась матери, что уже в течение полугода подвергается сексуальному насилию со стороны отчима. В этот же день мать заявила в полицию о произошедшем, заведено уголовное дело, отчим помещен в следственный изолятор. В дальнейшем была вынуждена давать свидетельские показания следователю. Настроение оставалось сниженным, сон поверхностный с пробуждениями, не хотела общаться со сверстниками, не интересовалась учебой, хотя и посещала школу, все свободное время проводила дома, преимущественно лежала в постели, смотрела телевизор. Через месяц после начала следствия стало известно, что отчим совершил суицид в камере СИЗО. Узнав об этом, ежедневно подолгу плакала, не могла посещать школу.

Психический статус: доступна продуктивному контакту. Отвечает на вопросы по существу, часто после небольшой паузы. Настроение снижено. Жалуется на то, что «постоянно плачу», «ничего не хочется делать», «не могу делать уроки, ничего не запоминаю». При расспросе сообщает, что сон поверхностный, часто просыпается, часто «снится отчим...эта ситуация». Избегает говорить о произошедшем, при упоминании об этом ограничивается короткими фразами. Говорит, что не «трудно заходить в ванную, потому что там...», в этот момент на глаза наворачиваются слезы. Сказала, что не говорила матери, т.к. боялась, что ей не поверят, «он так говорил». Жалуется на

воспоминания, «от которых не могу отделаться...не хочу думать об этом, но не получается». При расспросе сообщила, что узнав о самоубийстве отца, появилось чувство вины: «знаю, что не виновата, но бывает думаю, что это из-за меня». Мышление последовательное. Психотических расстройств не выявляется. Суицидальные мысли отрицает, но говорит, что в последнее время стали появляться мысли «зачем жить? Что дальше?». Планов на будущее не строит, говорит «не знаю, не думаю об этом, ничего не хочу».

1. Определить диагноз.
2. Тактика лечения.
3. Показания для госпитализации.

Задача 7.

Мальчик, 7 лет.

Наследственность формально неотягощена. Отец по характеру спокойный, уравновешенный, рассудительный. Мать импульсивная, вспыльчивая. Ребенок от 2 беременности (1-я беременность – самопроизвольный выкидыш на сроке 8 недель) на фоне угрозы прерывания на всем протяжении, хронического пиелонефрита, гестоза, ХВГП. Роды стремительные, тугое обвитие пуповиной вокруг шеи плода, закричал после стимуляции, оценка по Апгар 7/8 баллов. До года наблюдался неврологом с диагнозом «Перинатальное поражение центральной нервной системы. Синдром мышечной дистонии», получал лечение (элькар, кортексин, пантогам). Моторное развитие: сидел с 9 мес., стоял у опоры в 1 год, ходил с 1 года 3 мес. Нервно-психическое развитие: гуление, лепет активные, первые слова в 1 год 3 мес., к 3-м годам речь короткими фразами по 2 слова, к 4-м годам речь предложениями с нарушениями звукопроизношения, которые компенсировались на фоне занятий с логопедом к 6-ти годам. Всегда был беспокойным, неусидчивым, капризным ребенком, постоянно находился в движении, не мог долго заниматься чем-либо, постоянно отвлекался, менял занятие. ДДУ не посещал, находился дома с матерью. С 6 лет посещал подготовительные курсы, с программой в целом справлялся, но, со слов педагога, постоянно вертелся, отвлекался сам и отвлекал других детей, часто не дослушивал вопрос до конца, давал нелепый ответ. В остальном поведение было удовлетворительным: слушался педагога, соблюдал основные правила поведения, реагировал на замечания. Дома был непослушным, часто отказывался выполнять просьбы и требования родителей, на отказ реагировал истерикой, падал на пол, кричал. Направлены к психиатру перед началом обучения в 1-м классе.

Психический статус: охотно вступает в контакт с врачом, отвечает на вопросы. Называет свое имя, отчество и фамилию, дату рождения. Знает времена года, дни недели, месяцы. Владеет основными обобщающими понятиями: животные, овощи, фрукты, обувь, одежда и т.п. Считает до 15, обратный счет от 10. Складывает на наглядном материале. Исключает четвертый лишний. При этом во время беседы постоянно отвлекается, смотрит по сторонам, встает со стула и снова садится. Часто отвечает невпопад, но при настойчивом привлечении внимания и повторении вопроса отвечает правильно. Предоставленный себе разглядывает предметы на столе, берет бумагу и руку не спрашивая разрешения, замечание матери игнорирует, но реагирует на замечание врача.

1. Определить диагноз.
2. Тактика лечения.
3. Показания для госпитализации.

1.1.6. Контролируемый раздел дисциплины «Терапия психических расстройств».

Собеседование (вопросы по темам):

- 1) Основные принципы и виды терапии психических расстройств. Методы купирования обострений. Поддерживающая терапия. Преодоление резистентности больного к терапевтическим воздействиям. Формы и методы биологической терапии психических расстройств. Формы и методы психотерапии. Антипсихиатрические концепции и методы лечения. Место трудотерапии.
- 2) Психофармакотерапия. Классификация психофармакологических средств. Механизмы действия. Фармакокинетика психофармакологических средств. Понятие о спектре психотропной активности. Понятие об общем и избирательном действии

- психофармакологических средств. Унифицированная оценка эффективности психофармакотерапии. Механизмы действия. Показания и противопоказания. Побочные действия и осложнения терапии.
- 3) Нейролептический синдром. Диагностика. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Лечение. Злокачественный нейролептический синдром. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
 - 4) Серотониновый синдром. Диагностика. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Лечение.
 - 5) Вопросы привыкания и злоупотребления психотропными препаратами. Правила назначения психотропных препаратов. Клиника синдрома отмены. Лечение при привыкании и злоупотреблении психотропными средствами.
 - 6) Коматозная терапия. История вопроса. Патогенетические механизмы воздействия. Показания и противопоказания к применению. Методы коматозной терапии. Обоснование метода лечения.
 - 7) Инсулиноterapia. Показания и противопоказания к применению. Методики применения инсулина. Резистентность к инсулинотерапии и методы ее преодоления. Осложнения инсулинотерапии. Клиника. Лечение. Профилактика.
 - 8) Электросудорожная терапия. Показания и противопоказания к применению. Методика проведения. Клиника электросудорожного припадка. Осложнения ЭСТ. Клиника. Лечение. Профилактика.
 - 9) Атропинокоматозная терапия. Показания и противопоказания к применению. Методика проведения. Клиника атропиновой комы. Осложнения. Клиника. Лечение. Профилактика.
 - 10) Немедикаментозные методы лечения в психиатрии. Методы. Показания и противопоказания.
 - 11) Основы психотерапии. Классификация психотерапевтических методов. Общие факторы лечебного воздействия. Теории личности. Основные направления в психологии и психотерапии.
 - 12) Неотложная помощь при психических расстройствах. Неотложная помощь при различных психических расстройствах.
 - 13) Фебрильный приступ шизофрении. Патогенез. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
 - 14) Эпилептический статус. Патогенез. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
 - 15) Реабилитация психически больных. Теоретические основы реабилитации. Виды реабилитации. Принципы и этапы. Реабилитационные мероприятия в психиатрическом стационаре. Реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях.
 - 16) Принципы организации и условия работы отделения первого психотического эпизода.
 - 17) Образовательные программы для пациентов и их родственников.
 - 18) Общества самопомощи больных с психическими и наркологическими расстройствами.

Тестовые задания (письменно):

1. Лечение невротических и соматоформных расстройств включает
 - а) медикаментозное лечение
 - б) психотерапию
 - в) общеукрепляющее лечение, физиотерапию, санаторно-курортное лечение
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
2. Медикаментозная терапия невротических расстройств включает

- а) при острых невротических реакциях - эффективно внутривенное капельное введение производных бензодиазепина и применение нейролептиков
 - б) при затяжных невротических состояниях - выбор препарата определяется индивидуальной чувствительностью пациента
 - в) при невротических депрессиях - антидепрессанты мягкого сбалансированного действия
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
3. Психотерапия тревожных, невротических и соматоформных расстройств
- а) определяется особенностями клинической картины и течения расстройства, а также содержанием психотравмирующей ситуации
 - б) в остром состоянии способствует успокоению, уменьшению внутренней напряженности и тревожных опасений
 - в) при снижении остроты состояния - внушение, направленное на перестройку нарушенных отношений личности, активизирующая психотерапия
 - г) верно а) и в)
 - д) **верно все перечисленное**
4. Общеукрепляющая терапия тревожных, невротических и соматоформных расстройств предусматривает
- а) применение ноотропов, мягко действующих психоактивирующих препаратов
 - б) витаминотерапию
 - в) физиотерапевтические методы лечения - гидропроцедуры, дарсонвализация, электрофорез, электросон
 - г) **все перечисленное**
 - д) верно а) и в)
5. В вопросах реабилитации при тревожных, невротических и соматоформных расстройствах следует иметь в виду
- а) в целом благоприятный прогноз, так как состояние обратимое
 - б) необходимость улучшить социализацию и включить в трудовую жизнь при затяжном течении
 - в) сочетание адекватной, медикаментозной психотерапии и социотерапии
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
6. Медикаментозная терапия при расстройствах личности показана
- а) в периоды острых и затяжных реакций и фаз
 - б) при выраженных личностных аномалиях и в случаях с частыми декомпенсациями
 - в) при наличии показаний для применения транквилизаторов, нейролептиков, антидепрессантов, нормотимиков и ноотропов
 - г) **верно все перечисленное**
 - д) верно б) и в)
7. При медикаментозном лечении расстройств личности (психопатий) и патохарактерологических развитий следует
- а) применять нейролептики у пациентов с расстройствами личности с возбудимыми чертами
 - б) применять нейролептики при декомпенсации параноидного расстройства личности
 - в) применять транквилизаторы и ноотропы у пациентов с расстройствами личности с тормозимыми чертами
 - г) **верно все перечисленное**
 - д) верно а) и б)
8. При лечении депрессивных эпизодов биполярного аффективного расстройства и циклотимии
- а) имеет значение структура фазы
 - б) учитывается характер аффекта
 - в) учитывается простота или сложность структуры
 - г) **верно все перечисленное**

- д) ничего из перечисленного
9. При сложных депрессиях
- а) большие антидепрессанты назначаются осторожно
 - б) антидепрессанты комбинируются с нейролептиками в средних дозах
 - в) может быть показана инсулинокоматозная терапия
 - г) **верно все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
10. Мерами неотложной терапии острых депрессивных состояний являются все перечисленные, кроме
- а) срочного парентерального введения транквилизаторов или нейролептиков
 - б) ограничения подвижности больного
 - в) неотложной госпитализации
 - г) неотлучного строгого надзора (возможность суицида)
 - д) **амбулаторного лечения**
11. Особые формы депрессий лечатся
- а) с учетом их психопатологической структуры
 - б) с учетом их психопатологической динамики
 - в) с учетом длительности предыдущих состояний
 - г) сочетанием препаратов различных классов
 - д) **верно все перечисленное**
12. При острых маниакальных состояниях мерами неотложной помощи являются все перечисленные, кроме
- а) ограничения подвижности больного
 - б) срочного парентерального введения больших доз нейролептиков
 - в) неотложной госпитализации
 - г) неотлучного строгого надзора (возможность неожиданных поступков, агрессии)
 - д) **амбулаторного лечения**
13. К реабилитационным мероприятиям при биполярном аффективном расстройстве относится все перечисленное, кроме
- а) индивидуальной психотерапии
 - б) групповой (семейной) психотерапии
 - в) трудотерапии
 - г) постепенного перевода на более свободный режим
 - д) **обязательного направления в стационар**
14. Для лечения инволюционной меланхолии в период ажитации применяют
- а) транквилизаторы
 - б) психотерапевтические меры воздействия
 - в) трудотерапию
 - г) все перечисленное
 - д) **ничего из перечисленного**
15. Для лечения поздних стадий инволюционной меланхолии необходимо
- а) надзор - возможно внезапное изменение состояния
 - б) наблюдение за питанием, соматическим состоянием
 - в) по возможности занятие посильным трудом
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
16. Для профилактики инволюционных меланхолий имеет значение
- а) предотвращение наступления одиночества
 - б) профилактика стрессовых психогенных воздействий
 - в) профилактика соматогенных вредностей
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
17. Реабилитация при инволюционной меланхолии

- а) проводится в периоде стабилизации
 - б) сочетается с психотерапевтическим воздействием
 - в) заключается в повышении активности
 - г) **включает все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
18. Неотложная помощь при эпилептическом состоянии включает
- а) очистительную клизму
 - б) ректальное введение 20-30 мл 2% раствора барбитала натрия
 - в) ректальное введение 15-20 мл 6% раствора хлоралгидрата
 - г) ничего из перечисленного
 - д) **все перечисленное**
19. Неотложная помощь при эпилептическом состоянии предусматривает
- а) внутримышечное введение 10% гексенала - 1 грамм
 - б) внутривенное медленное введение 10% гексенала - 1 грамм
 - в) внутривенное введение 10 мл 25% раствора сульфата магния на глюкозе
 - г) **все перечисленное**
 - д) верно б) и в)
20. Неотложная помощь при эпилептическом состоянии включает
- а) внутримышечное введение 50 мг амиазина
 - б) внутримышечное введение 100-150 мг амиазина при резком возбуждении
 - в) спинномозговую пункцию
 - г) **все перечисленное**
 - д) верно а) и б)
21. Неотложная помощь при сумеречном помрачении сознания, не связанном с пароксизмами, включает
- а) внутримышечно или внутривенно диазепам в возрастающих дозах
 - б) фенотиазиновые производные (амиазин, тизерцин)
 - в) люминал
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
22. Неотложная помощь при сумеречном помрачении сознания, развившемся после пароксизма, включает
- а) лечение пароксизмов
 - б) внутримышечно или внутривенно диазепам в возрастающих дозах
 - в) фенотиазиновые производные - амиазин, тизерцин
 - г) **все перечисленное**
 - д) верно а) и б)
23. Финлепсин показан при лечении
- а) височной эпилепсии
 - б) генерализованных судорожных припадков (с различными психическими аурами)
 - в) сложных абсансов
 - г) **всего перечисленного**
 - д) верно а) и в)
24. В действии финлепсина различают
- а) слабое антисудорожное действие
 - б) успокаивающее действие
 - в) антидепрессивное (тонизирующее) действие
 - г) **все перечисленное**
 - д) верно б) и в)
25. Вальпроат натрия (конвулекс) показан при лечении всех перечисленных состояний, кроме
- а) больших судорожных припадков
 - б) **острого эпилептического психоза**
 - в) малых припадков

- г) смешанных припадков
 - д) фокальных припадков
26. Лечение эпилептических дисфорий показано следующими препаратами и их сочетаниями
- а) финлепсином
 - б) неуплептилом
 - в) сочетанием финлепсина и неуплептила
 - г) **все перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
27. Лечение эпилептических дисфорий показано всеми следующими препаратами и их сочетаниями, кроме
- а) финлепсина
 - б) аминазина
 - в) **ингибиторов МАО**
 - г) сочетаний финлепсина и аминазина
 - д) транквилизаторов - диазепам и др.
28. Принципы лечения эпилептических психозов характеризуются следующими признаками
- а) лечение эпилептических психозов определяется их психопатологической структурой
 - б) многие психотропные средства потенцируют антипароксизмальную активность, поэтому их сочетание с антисудорожными препаратами позволяет применять меньшие дозы последних
 - в) ряд психотропных средств обладает собственно антисудорожной активностью (хлорзепид, сибазон)
 - г) **всеми перечисленными**
 - д) ни одним из перечисленных
29. Лечение затяжных эпилептических психозов показано следующими препаратами или их сочетаниями
- а) аминазином
 - б) галоперидолом
 - в) сочетанием триптизола и галоперидола
 - г) **всеми перечисленными**
 - д) верно б) и в)
30. Реабилитационные меры при эпилептической болезни включают
- а) правильный выбор профессии и рода занятий с учетом индивидуальных особенностей
 - б) создание благоприятного психологического климата в семье, коллективе
 - в) занятия доступными для больного видами спорта
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
31. При лечении психических расстройств в группе мозговых атрофий применяется все перечисленное, кроме:
- а) средних доз малых нейролептиков
 - б) средних доз антидепрессантов
 - в) транквилизаторов
 - г) осторожно ноотропов
 - д) **ЭСТ**
32. Психические расстройства на начальных стадиях атрофических заболеваний лечатся:
- а) транквилизаторами
 - б) малыми нейролептиками
 - в) малыми антидепрессантами
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
33. На исходных стадиях атрофических процессов лечение сводится:
- а) к общему уходу
 - б) к организации питания

- в) к симптоматической терапии
 - г) **ко всему перечисленному**
 - д) ни к чему из перечисленного
34. К основным группам психофармакологических средств относят:
- а) антипсихотики (нейролептики)
 - б) анксиолитики (транквилизаторы)
 - в) антидепрессанты (тимоаналептики)
 - г) нормотимики
 - д) **верно всё вышеперечисленное**
35. К основным группам психофармакологических средств относят:
- а) ноотропы и вещества с ноотропным компонентом действия
 - б) психостимуляторы
 - в) нормотимики (тимоизолептики)
 - г) антипсихотики (нейролептики)
 - д) **верно всё вышеперечисленное**
36. К основным группам психофармакологических средств НЕ относят:
- а) нормотимики (тимоизолептики)
 - б) ноотропы и вещества с ноотропным компонентом действия
 - в) **седативные средства растительного происхождения**
 - г) транквилизаторы (анксиолитики)
 - д) верно всё вышеперечисленное
37. К основным группам психофармакологических средств НЕ относят:
- а) анксиолитики (транквилизаторы)
 - б) антидепрессанты (тимоаналептики)
 - в) **седативные средства растительного происхождения**
 - г) нормотимики (тимоизолептики)
 - д) верный ответ не представлен
38. К основным методам биологической терапии психических расстройств относятся:
- а) психофармакотерапия
 - б) электросудорожная терапия
 - в) инсулино-коматозная терапия
 - г) **все варианты верные**
 - д) все варианты не верны
39. К основным методам биологической терапии психических расстройств НЕ относятся:
- а) электросудорожная терапия
 - б) инсулино-коматозная терапия
 - в) **телесно-ориентированная психотерапия**
 - г) психхирургия
 - д) верный ответ не представлен
40. Основная группа препаратов при лечении униполярных депрессивных состояний
- а) анксиолитики (транквилизаторы)
 - б) **антидепрессанты (тимоаналептики)**
 - в) седативные средства растительного происхождения
 - г) нормотимики (тимоизолептики)
 - д) верный ответ не представлен

1.1.7. Контролируемый раздел дисциплины «Психическое здоровье населения».

Сообщение, доклад на тему:

- 1) Методы исследования психического здоровья.
- 2) Медицинские, социальные и психологические критерии психического здоровья. Определение «психического здоровья». Уровни адаптации. Уровни психического здоровья.

- 3) Оценочные шкалы в исследовании психического здоровья. Стандартизированные и нестандартизированные методы. Цели, показания, сферы применения, оценка данных, формулировка выводов.
- 4) Метод структурированного интервью. Опыт применения в научных исследованиях.
- 5) Описательная, аналитическая, экспериментальная эпидемиология. Этапы и методы эпидемиологических исследований в психиатрии.
- 6) Нозологический и синдромальный подход в изучении распространенности психической патологии. Существующие международные классификации психических расстройств и их соотношение. Проблемы пересмотра МКБ-10.
- 7) Культуральные и социальные особенности распространенности и клиники психических расстройств.
- 8) Социальные и биологические факторы, влияющие на состояние психического здоровья: пол, возраст, образование, финансовые затруднения, социальная изоляция, ограничение социальных контактов, одиночество, особенности отношения к труду, доступность и эффективность систем социальной поддержки. Связь психического здоровья с неадекватной трудовой занятостью. Роль производственных факторов в генезе невротических расстройств. Урбанизация населения, коррелирующая с величиной города.
- 9) Проблемы экологической, в том числе, промышленной психиатрии.
- 10) Семейные отношения и психическое здоровье ее членов.
- 11) Возрастная динамика психических расстройств.
- 12) Проблемы геронтопсихиатрии.
- 13) Воздействие войн, катастроф, стихийных бедствий, тяжелых аварийных ситуаций на психическое здоровье населения.
- 14) Спектр влияния религиозного фактора на психику, деструктивное воздействие различных сект.
- 15) Основы теории кризиса и кризисной интервенции, критерии пролонгированного кризисного состояния.
- 16) Распространенность отдельных психических расстройств.
- 17) Профилактические мероприятия в области психического здоровья. Признание важности укрепления психического здоровья как превентивного мероприятия. Связь профилактики с идеями социального изменения общества.
- 18) Определение факторов и групп высокого риска психических расстройств и работы с ними. История изучения вопроса. Различный подход в определении степени риска. Соотношение степени риска и прогноза.
- 19) Значение первичной, вторичной и третичной профилактики, как последовательной цели превентивных воздействий, направленных на единый динамический психический процесс от начала развития до его завершения.

Разноуровневые задачи и задания:

Задача 1.

Больная О. 32 года, банкир. Заболела остро. Стала тревожной, раздражительной. Перестала ходить на работу, время проводила в интернете за просмотром документальных фильмов, читала исторические книги делала заметки в блокноте. Со слов мужа начала запирается в своей комнате, сменила замки в квартире. Говорила, что за ней "подглядывают" из соседнего дома. Накануне госпитализации собрала вещи, пыталась уйти из квартиры. Говорила что за ней скоро придут сотрудники ФСБ и увезут. На попытки мужа остановить, реагировала агрессивно, кричала, разбрасывала вещи, пыталась прорваться к выходу. При беседе с врачом напряжена, испытывает страх, спрашивает "Что теперь со мной будет?". Заявляет что разгадала страшную тайну и теперь ее хотят убить. Врача считает агентом спецслужб, в своих переживаниях не раскрывается.

Вопросы:

1. определите ведущий синдром

2. определите наиболее вероятный диагноз
3. укажите факторы, влияющие на развитие этого расстройства
4. составьте план обследования
5. препараты какой группы рекомендованы для лечения данных состояний

Задача 2.

Больной М. 20 лет студент. Проходит лечение в стационаре с диагнозом острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении. В клинической картине определяются сниженный фон настроения, бредовые идеи параноидного содержания, выраженные явления сомато-психической деперсонализации.

Вопросы:

1. определите ведущий синдром
2. определите наиболее вероятный диагноз
3. укажите факторы, влияющие на развитие этого расстройства
4. составьте план обследования
5. Ваша тактика терапии данного пациента

Задача 3.

Больная К., 25 лет. Раннее развитие без особенностей. По характеру спокойная. Впервые заболела в 19 лет. Отмечались тоска, бессонница, повышенная усталость, выраженное чувство вины, пыталась покончить с собой. Прошла лечение в психиатрическом стационаре. По выздоровлении чувствовала себя хорошо, в течение 5 лет, училась, работала, вышла замуж. через 6 месяцев после замужества без видимой причины стала подавленной, грустной, молчаливой, нарушился цикл сон-бодрствование - выраженная дневная сонливость и трудности при засыпании ночью, перестала испытывать желание близости с мужем, перестала справляться с работой, уволилась. В клинике: подавлена, сообщает, что чувствует за собой вину перед мужем, плачет. ночной сон поверхностный, с частыми пробуждениями. Выражение лица скорбное. по долгу сидит в одной позе и вздыхает. на вопросы отвечает медленно, после паузы.

Вопросы:

1. определите ведущий синдром
2. определите наиболее вероятный диагноз
3. укажите факторы, влияющие на развитие этого расстройства
4. составьте план обследования
5. Ваша тактика терапии данного пациента

Задача 4.

Больной Ч. 42 года педагог, проходит лечение в дневном стационаре с диагнозом Биполярное аффективное расстройство. Текущий депрессивный эпизод средней тяжести. Болен 22 года. Наблюдались периодические смены депрессивных и маниакальных состояний с интермиссиями. первый эпизод депрессии - с суицидальной попыткой. 2 года назад при лечении в стационаре наблюдалась инверсия аффекта. В настоящее время суицидальные мысли отрицает, в поведении упорядочен.

1. какие группы препаратов показаны для терапии данного состояния
2. с какими нейромедиаторными системами связан терапевтический эффект препаратов вальпроевой кислоты.
3. перечислите основные побочные эффекты от приема трициклических антидепрессантов.
4. можно ли данному пациенту назначить только антидепрессанты? почему?

Задача 5.

Больной А. 55 лет. женат в течение 30 лет, часто ревновал свою жену, устраивал скандалы, которые в итоге заканчивались полным примирением. Последние 3 года отмечает ухудшение памяти, чрезмерную эмоциональность, сентиментальность (иногда при волнении не может сдержать слез). диагностирован церебральный атеросклероз. 2 недели назад приехал забрать жену с работы и увидел что она вышла из кабинета начальника "в необычно хорошем настроении и радостно смеялась". Появилась мысль о неверности жены, которая в дальнейшем не давала покоя. неоднократно устраивал сцены ревности жене, требовал признания, оскорблял и унижал при детях, затем раскаивался, плакал, просил не оставлять его. Идеи ревности усиливались при приеме

алкоголя. В стационаре взволнован, активно высказывает мысли об измене жены, приводит малозначительные и неубедительные доказательства. на свиданиях с женой то уверяет ее в своей любви, то осыпает оскорблениями.

Вопросы:

1. определите ведущий синдром
2. определите наиболее вероятный диагноз
3. укажите факторы, влияющие на развитие этого расстройства
4. составьте план обследования
5. Ваша тактика терапии данного пациента

Задача 6.

Больной р. 40 лет. перенес черепно-мозговую травму (попал в ДТП). находился в коме около 2 дней. После выхода из комы был сонлив, заторможен, дезориентирован. спустя некоторое время стал более активным, но сохраняется нарушение ориентировки в окружающем, не понимает где находится, путает палаты, не может найти туалет. не узнает лечащего врача, не может определить время суток и продолжительность прошедшей беседы с врачом. Момент ДТП не помнит, говорит, что его по голове ударили на улице хулиганы. Сообщает что работает охранником, хотя по словам родственников уволился с этой должности 2 года назад.

1. определите ведущий синдром
2. определите наиболее вероятный диагноз
3. укажите факторы, влияющие на развитие этого расстройства
4. составьте план обследования
5. Ваша тактика терапии данного пациента

Задача 7.

Больная С. 23 года. двоюродный брат по линии матери страдает эпилептическими припадками. с 20 лет периодически случаются судорожные припадки с потерей сознания и неконтролируемым мочеиспусканием. Частота припадков 1 раз в 6 месяцев. В начале припадка испытывает ощущение жара, головокружение, теряет сознание, приходит в себя уже после окончания пароксизма. Клиника припадков стереотипная. Со слов матери припадок длится несколько минут, сначала происходит падение с громким криком, затем "все тело начинает трясти", у рта появляется розовая пена. Какое-то время после припадков больная остается растерянной, заторможенной, затем постепенно сознание восстанавливается.

Вопросы:

1. определите ведущий синдром
2. определите наиболее вероятный диагноз
3. укажите факторы, влияющие на развитие этого расстройства
4. составьте план обследования
5. Ваша тактика терапии данного пациента

Задача 8.

Больной О. 35 лет, год назад прооперирован по поводу опухоли головного мозга. после этого появились частые ощущения "уже виденного". Явления дереализации "вечером стоял около подъезда вдруг перестал узнавать свой дом, он как будто изменился, но в чем, не могу понять". иногда "слышал музыку в голове. Она резко начиналась и резко заканчивалась". судорожных припадков не наблюдалось.

Вопросы:

1. определите ведущий синдром
2. определите наиболее вероятный диагноз
3. укажите факторы, влияющие на развитие этого расстройства
4. составьте план обследования
5. Ваша тактика терапии данного пациента

Задача 9.

Больной Н. 65 лет. Направлен в стационар с диагнозом : органическое заболевание головного мозга атрофического генеза, деменция легкой степени.

Вопросы:

1. Ваша тактика лечения и наблюдения пациента?
2. препараты какой группы рекомендованы для лечения данных состояний
3. кратко опишите механизм действия этих препаратов
4. рекомендованные сроки лечения данными препаратами?

Задача 10.

Больная М. 27 года. Госпитализирована в стационар. Дезориентирована, не может назвать текущую дату, город и место нахождения. Не помнит имя лечащего врача, не узнает проходящих к ней родственников. Внешний вид неопрятный, не может самостоятельно одеться, собирает мелкие предметы (бумажки, фантики от конфет, пакетики с чаем) прячет их в карманы одежды, под матрасы других пациентов. Жалуется, что крадут ее одежду и еду. Путает палаты, ложится на чужую постель рядом с другой пациенткой. Временами становится раздражительной, кричит, отталкивает других больных и персонал, кусается. Соматическое состояние соответствует возрасту, на МРТ признаки выраженной атрофии коры.

Вопросы:

1. определите ведущий синдром
2. определите наиболее вероятный диагноз
3. укажите факторы, влияющие на развитие этого расстройства
4. составьте план обследования
5. Ваша тактика терапии данного пациента

Задача 11.

Больной Р. 24 года. Госпитализируется впервые. 2 недели назад начал слышать "голос ангела" внутри головы, который подсказывал что делать, "какой выбор будет правильным". Называет голос по имени "Константин". Сообщает что 2 дня назад по приказу "ангела Константина" совершил суицидальную попытку "он звал меня к себе в рай". В отделении постоянно прислушивается, что-то шепчет. На вопросы врача отвечает, что ведет диалог с "голосом ангела внутри". больным себя не считает, говорит что ангелы общаются с каждым "просто не все умеют слушать".

Вопросы:

1. определите ведущий синдром
2. определите наиболее вероятный диагноз
3. укажите факторы, влияющие на развитие этого расстройства
4. составьте план обследования
5. Ваша тактика терапии данного пациента

Задача 12.

Больной М. 27 лет. болен около 10 лет. Периодически проходит лечение в круглосуточном стационаре. Частота госпитализации 2 раза в год. В клинической картине определяются стойкие явления дереализации и деперсонализации, вербальные псевдогаллюцинации императивного характера. Нарушения мышления по типу соскальзываний и разорванности. В аффективной сфере наблюдается сглаженность эмоциональных реакций. Медикаментозное лечение неэффективно. Диагностировано состояние терапевтической резистентности.

Вопросы:

1. определите ведущий синдром
2. определите наиболее вероятный диагноз
3. укажите факторы, влияющие на развитие этого расстройства
4. составьте план обследования
5. Ваша тактика терапии данного пациента

Задача 13.

Пациентка Н. 36 лет. Госпитализирована по направлению из ПНД. Около 7 лет наблюдается участковым психиатром. Периодически проходит стационарное лечение. В клинической картине наблюдается нарушение сна, снижение аппетита вплоть до отказа в приеме пищи. большую часть времени проводит в постели. На вопросы врача не отвечает, зрительного контакта не устанавливает. Выражение лица скорбное. Со слов мед. персонала встает с постели только по настоянию медсестры, передвигается по отделению медленно, взгляд устремлен в одну точку, с другими пациентами не контактирует. После 2 недель лечения начала разговаривать с врачом, предъявляет

жалобы на мучительную душевную тоску, "отсутствие настроения", мучительное ощущение утраты эмоций, выраженную слабость, особенно в утренние часы, бессонницу.

Вопросы:

1. определите ведущий синдром
2. определите наиболее вероятный диагноз
3. укажите факторы, влияющие на развитие этого расстройства
4. составьте план обследования
5. Ваша тактика терапии данного пациентки

Задача 14.

Пациент К. 54 года. Предъявляет жалобы на сниженное настроение, раздражительность, повышенную усталость, трудности при засыпании. Сообщает, что болен около 10 лет при этом 2-3 раза в год госпитализируется в дневной стационар. После лечения чувствует себя лучше "но не до конца". лечение принимает в соответствии с рекомендациями врача. во время общения с врачом предъявляет жалобы на выраженную внутреннюю тоску, печаль, ощущение давящей боли за грудиной, сниженную работоспособность, чувство "разбитости" по утрам. Причины такого самочувствия определить не может. Фон настроения снижен, при беседе сидит склонив голову, смотрит в пол. Речь замедленная тихим голосом, в своих переживаниях не раскрывается, ответы на вопросы после паузы - "не знаю", "не могу объяснить", "мне все равно".

Вопросы:

1. определите ведущий синдром
2. определите наиболее вероятный диагноз
3. укажите факторы, влияющие на развитие этого расстройства
4. составьте план обследования
5. Ваша тактика терапии данного пациента

Задача 15.

Пациентка О. 19 лет. Госпитализирована в недобровольном порядке после попытки суицида. Проходит лечение в круглосуточном стационаре в течение 6 месяцев. Жалоб не предъявляет, считает себя здоровой. Объяснений причин суицидального поведения не дает. в своих переживаниях не раскрывается подозрительно относится к персоналу больницы. со слов персонала, постоянно к чему-то прислушивается, стереотипно перебирает волосы, то улыбается, то становится раздражительной, злой, лекарства принимает только под строгим надзором. периодически наблюдаются вспышки психомоторного возбуждения, во время которых плачет, кричит "они все умерли! мне показали! ужасно!", разбрасывает вещи, бьет себя по голове.

Вопросы:

1. определите ведущий синдром
2. определите наиболее вероятный диагноз
3. укажите факторы, влияющие на развитие этого расстройства
4. составьте план обследования
5. Ваша тактика терапии данного пациента

Задача 16.

Больной С. 45 лет. Моряк. Повторно проходит лечение в круглосуточном стационаре с диагнозом биполярное аффективное расстройство. Текущий депрессивный эпизод средней тяжести. В клинической картине депрессивной фазы наблюдаются, сниженное настроение с явлениями витальной тоски и ангедонии. поверхностный ночной сон с частыми пробуждениями. выраженные идеи самообвинения. суицидальные идеи и тенденции отрицает. состояние длится несколько месяцев. затем длительный промежуток интермиссии после которого фаза меняется. во время маниакальной фазы резко повышается настроение, становится активным, ведет разгульный образ жизни, злоупотребляет алкоголем "в плавании копится много денег, так как их некуда тратить, как возвращаюсь и резко повышается настроение - все спускаю по ветру, не могу себя контролировать". такое состояние длится до двух недель, затем наступает депрессивная фаза.

Вопросы:

1. определите ведущий синдром
2. определите наиболее вероятный диагноз

3. укажите факторы, влияющие на развитие этого расстройства
4. составьте план обследования
5. Ваша тактика терапии данного пациента

Задача 17.

Больная Е. 55 лет. Библиотекарь. Поступила в отделение в сопровождении родственников. на приеме улыбается, громко смеется, не слушает и перебивает врача, задает много уточняющих вопросов. на комментарии родственников, реагирует резко, грубит, злится, требует чтобы их тоже госпитализировали "вас самих лечить нужно, доктор уколите их чем-нибудь". Со слов родных 4 дня назад получила выговор на работе так как раздавала, редкие и коллекционные книжные издания посетителям библиотеки в подарок, "для привлечения новых читателей, хотела сделать увлечение литературой популярным среди молодежи", сократился ночной сон - вставала в 2 часа ночи читала книги вслух или начинала убирать квартиру. по настоянию родственников обратилась к психиатру. известно что 2 месяца назад проходила лечение в дневном стационаре с диагнозом депрессивный эпизод средней степени тяжести без соматических симптомов.

Вопросы:

1. определите ведущий синдром
2. определите наиболее вероятный диагноз
3. укажите факторы, влияющие на развитие этого расстройства
4. составьте план обследования
5. Ваша тактика терапии данного пациента

Задача 18.

Больной М. 34 года, безработный. Под наблюдением психиатров 10 лет, ежегодно госпитализируется в круглосуточный стационар. В клинической картине определяются бредовые идеи фантастического содержания - считает что провалил "космическую миссию", чем спровоцировал скорую гибель вселенной. сообщает что находится в контакте с инопланетным разумом, который общается с ним посредством "внутреннего голоса". эмоционально выхолощен, пассивен, в отделении не взаимодействует с другими больными, старается от них отгородиться. на фоне медикаментозной терапии галлюцинаторные проявления купированы, однако, сохраняются резидуальные бредовые идеи, фон настроения несколько снижен, сообщает что переживет по поводу прекращения контакта с "инопланетянами", считает это подтверждением своего "провала". Эмоционально-волевые расстройства сохраняются.

1. определите ведущий синдром
2. определите наиболее вероятный диагноз
3. укажите факторы, влияющие на развитие этого расстройства
4. составьте план обследования
5. Ваша тактика терапии данного пациента

Задача 19.

Больная О. 30 лет. страдает эпилептическими припадками в течение 10 лет, наблюдается эпилептологом. Последние 2 года пароксизмы по типу grand mal без ауры каждые 4 месяца. диагностировано состояние фармакорезистентности.

1. определите ведущий синдром, наиболее вероятный диагноз
2. укажите факторы, влияющие на развитие этого расстройства
3. составьте план обследования
4. Ваша тактика терапии данного пациентки
5. Возможно ли применение VNS-терапии (vagus nerve stimulation) у данной больной при условии установления фармакорезистентности?

Задача 20.

Больная Ж. 25 лет. предъявляет жалобы на сниженное настроение, повышенную усталость и раздражительность, нарушение сна. известно что с частотой 1 раз в 3 месяца возникают эпизоды потери сознания, по поводу которых проходит лечение у эпилептолога. приступы кратковременные, сопровождаются тонико-клоническими судорогами с непроизвольным мочеиспусканием, постепенным возвращением сознания и полной амнезией. сообщает что перед потерей сознания резко возникает ощущение измененности окружающего мира "все становится плоским как на

фотографии, время как-будто останавливается, это длится буквально пару секунд дальше я ничего не помню".

1. определите ведущий синдром, наиболее вероятный диагноз
2. укажите факторы, влияющие на развитие этого расстройства
3. составьте план обследования
4. Ваша тактика терапии данного пациентки
5. Возможно ли применение VNS-терапии (vagus nerve stimulation) у данной больной при условии установления фармакорезистентности?

1.1.8. *Контролируемый раздел дисциплины «Психосоматика».*

Сообщение, доклад на тему:

- 1) Вклад отечественных и зарубежных ученых в разработку проблем психосоматической медицины.
- 2) Характеристика основных понятий психосоматики.
- 3) Психоаналитическое направление в психосоматике.
- 4) Конверсионная модель З.Фрейда, истерическая конверсия.
- 5) Представления о вегетативном неврозе Ф.Александера.
- 6) Гипотеза психосоматической специфичности.
- 7) Роль эмоций и психологических защит в возникновении дисфункции внутренних органов.
- 8) Поведенческое направление, концепция типов поведения.
- 9) Теория профилей личности Ф.Данбар. Нозотипический характер профилей, их предполагаемое диагностическое и прогностическое значение, роль личностного фактора в симптомогенезе.
- 10) Проблема надежности ориентации на личностный профиль.
- 11) Место феноменов десоматизации и ресоматизации М.Шура в психосоматическом симптомогенезе.
- 12) Концепция двухфазного вытеснения А.Митчерлиха.
- 13) Роль кортико-висцеральных связей в происхождении психосоматических расстройств. Учение И.П.Павлова об условных рефлексах. Гипотеза о кортико-висцеральном происхождении психосоматических заболеваний К.М.Быкова, И.Т.Курцина.
- 14) Концепция алекситимии и её роль в происхождении психосоматического симптома. Определение, основные признаки, происхождение, структура, концепция Р.Сифнеоса. Диагностика и возможность психокоррекции алекситимии.
- 15) Современный интегративный подход в психосоматике. Интегративная модель здоровья, болезни, болезненного состояния по Г.Вайнеру.
- 16) Биопсихосоциальная модель психосоматического симптомогенеза. Факторы, влияющие на состояние здоровья и состояние болезни: экзогенные и эндогенные биологические, социальные, психологические.
- 17) Принципы психотерапии психосоматических расстройств.
- 18) Теория стресса и её роль в разработке проблем психосоматики. Теория стресса Г.Селье, ее истоки, развитие. Разные представления о сущности стресса. Физиологический и патологический компоненты стресса. Стресс физиологический, психологический и эмоциональный. Виды стресса. Фазы развития.
- 19) Закономерности психической адаптации.
- 20) Теория совладающего со стрессом поведения. Копинг – стратегии как психологический фактор здоровья. Активные и пассивные стратегии копинг – поведения. Ресурсы совладающего поведения. Применение копинг – стратегий в психотерапии пациентов, страдающих психосоматическими расстройствами.
- 21) Возможности эффективной терапии, реабилитации и профилактики при различных психосоматических расстройствах.

- 22) Психология телесности как альтернатива традиционной психосоматике. Понятия «организм», «индивид», «тело», «телесность», «психосоматический феномен нормы», «психосоматическое развитие», «психосоматический симптом». Психосоматический симптом как следствие отклонения телесных функций в онтогенезе в ходе социализации.
- 23) Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен. Модели ВКБ. Структура ВКБ и факторы, влияющие на ее формирование и динамику. Возрастные аспекты ВКБ. Динамика ВКБ в процессе терапии. Понятие о ятрогениях. ВКБ как сложный психосоматический феномен.
- 24) Экспериментально-психологические методы исследования в клинике внутренних болезней. Условия проведения ЭПИ. Определение цели и основных задач ЭПИ. Формулирование выводов. Использование результатов ЭПИ для диагностики и терапии психосоматических расстройств.
- 25) Проблема ипохондрии и сенестопатии.
- 26) Диссоциативные, соматизированное и конверсионное расстройства.
- 27) Дифференциальная диагностика психосоматических расстройств.
- 28) Принципы диагностики симптомов и синдромов психосоматических расстройств в различных диагностических системах. Основные рубрики МКБ-10 для классификации психосоматических расстройств.
- 29) Проблема комплаентности в терапии психосоматических расстройств. Приверженность терапии как один из основных прогностических факторов терапии при различных психосоматических заболеваниях. Факторы, определяющие на приверженность терапии. Диагностика комплаентности.
- 30) Особенности патогенетической терапии психосоматических расстройств. Терапевтическая тактика, выбор целей, задач, психотерапевтического направления, методов психотерапии в зависимости от этапа формирования психосоматического заболевания.

Тестовые задания (письменно):

1. Истерический припадок проявляется всем перечисленным, кроме
 - а) припадка с клонической и тонической фазой
 - б) разнообразных сложных, выразительных движений
 - в) помрачения сознания
 - г) психогенной обусловленности
 - д) усиления и затягивания при скоплении людей вокруг
2. Малые истерические припадки проявляются всем перечисленным, исключая
 - а) приступы рыдания и хохота
 - б) патетическую жестикуляцию
 - в) кратковременную потерю сознания с подергиванием тела и группы мышц
 - г) чувство дурноты, учащенное дыхание
 - д) беспорядочные движения конечностями
3. Истерические нарушения моторики проявляются всем перечисленным, исключая
 - а) функциональные парезы и параличи
 - б) явления астазии-абазии
 - в) различные гиперкинезы и тики
 - г) психогенную слепоту
 - д) афонию и мутизм
4. Истерические сенсорные нарушения и расстройства чувствительности проявляются всем перечисленным, кроме
 - а) концентрического сужения полей зрения
 - б) психогенной слепоты
 - в) утраты слуха
 - г) гипестезии и анестезии участков тела

- д) **наличия характера сделанности этих расстройств**
5. Истерические нарушения зрения характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) острого возникновения
 - б) наличия явной или скрытой связи с психогенией
 - в) **изменений на глазном дне**
 - г) сохранения реакции на свет
 - д) отсутствия нарушения пространственной ориентировки
6. При истерической полной утрате слуха наблюдается все перечисленное, кроме
- а) **нарушения барабанной перепонки**
 - б) наличия замыкания глазных щелей при интенсивном внезапном звуке
 - в) сохранения реакции на невербальные звуки и шумы
 - г) сужения зрачков при громких звуках
 - д) наличия гипостезии (анестезии) ушных раковин
7. Истерические сумеречные состояния характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) **сохранения в памяти всего периода истерического сумеречного нарушения сознания**
 - б) расстройства сознания с наплывом ярких галлюцинаций, полностью замещающих реальную обстановку
 - в) чрезвычайно выразительного, театрального поведения больных
 - г) звучания психотравмирующей ситуации
 - д) возможности возникновения нестойких бредоподобных идей
8. Астазия – абазия это
- а) утрата способности к образованию ассоциативных связей
 - б) **расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки**
 - в) замедление всех психических процессов
 - г) замедление речи, наступающее во всех случаях заторможенного мышления
 - д) бессвязность речи, сопровождающаяся повторением одних и тех же фраз и слов
9. Аггравация это
- а) умышленное изображение уже исчезнувших симптомов психической болезни
 - б) умышленное сокрытие имеющихся психических расстройств в виде "формальной критики"
 - в) умышленное изображение психопатологических симптомов, не свойственных имеющемуся психическому заболеванию
 - г) умышленное изображение психической болезни психически здоровым лицом
 - д) **умышленное преувеличение симптомов имеющегося в настоящее время заболевания или остаточных явлений после перенесенной психической болезни**
10. Сенестопатии это
- а) усиление ощущений кожного чувства
 - б) разнообразные нарушения со стороны моторной сферы, имеющие субъективный характер и не получающие отражения в данных объективного исследования (чувство потери равновесия, шаткость походки и т.д.)
 - в) нарушение восприятия "схемы тела" - искаженное восприятие собственного тела, физического (телесного) "Я"
 - г) **разнообразные, крайне неприятные тягостные ощущения, исходящие из разных областей тела, отдельных внутренних органов, без реальных соматических причин**
 - д) ощущения ползания по телу насекомых, появления на поверхности тела или под кожей посторонних предметов
11. Состояния, возникшие в связи с тяжелым соматическим заболеванием, ставшим для пациента психотравмирующим событием это
- а) **нозогенные реакции**
 - б) психогенные реакции
 - в) соматизированные реакции
 - г) расстройства адаптации

- д) острая реакция на стресс
12. Синдром патологического отрицания болезни относится к
- а) нозогениям
 - б) психогениям
 - в) соматизированным реакциям
 - г) расстройствам адаптации
 - д) острой реакции на стресс
13. Невротический астенический синдром проявляется всем перечисленным, кроме
- а) собственно астенических расстройств с наличием гиперстенической, гипостенической формы и раздражительной слабости
 - б) легких нарушений сознания
 - в) вегетативных расстройств
 - г) сенсомоторных и аффективных расстройств
 - д) нарушений сна и мышления
14. Невротическая ипохондрия проявляется всем перечисленным, исключая
- а) чрезмерную заботу и беспокойство о своем здоровье в целом и о работе систем организма
 - б) возникновение неприятных ощущений, источником которых являются физиологические изменения соматических функций
 - в) наличие характера сделанности неприятных ощущений
 - г) эмоционально-аффективные нарушения
 - д) тревожную мнительность, тенденцию к постоянному контролю внутренних органов
15. Нервная анорексия - это
- а) патологическое состояние, возникающее преимущественно в подростковом возрасте
 - б) состояние, проявляющееся в сознательном упорном ограничении приема пищи вплоть до отказа с целью похудения
 - в) девушки заболевают чаще мужчин
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
16. Невротические вегетативные кризы характеризуются
- а) связанностью с эмоциональным напряжением
 - б) различной продолжительностью, отсутствием стереотипности построения
 - в) преобладанием симпатoadреналового, вагоинсулярного или смешанного характера
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного
17. Невротические симпатoadреналовые кризы характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) учащения пульса и подъема артериального давления
 - б) болей и неприятных ощущений в сердце
 - в) утраты сознания и судорог
 - г) бледности кожных покровов
 - д) озноба, онемения и похолодания конечностей
18. Невротические вагоинсулярные кризы проявляются всем перечисленным, кроме
- а) "замираний" в области сердца, ощущения "перебоев", давления в грудной клетке
 - б) стереотипного построения припадка с определенной периодичностью, постприпадочной декомпенсацией
 - в) ощущения недостатка воздуха, иногда удушья
 - г) неприятных ощущений в эпигастрии, усиления перистальтики
 - д) гиперемии кожных покровов, ощущения жара, потливости
19. Невротические нарушения сна проявляются всем перечисленным, кроме
- а) нарушения засыпания (пресомнической стадии)
 - б) неглубокого сна с пробуждением
 - в) укорочения сна из-за раннего пробуждения
 - г) обильных сновидений

- д) **ощущения сделанного сна**
20. Для невротической головной боли с преимущественным участием нервно-мышечных нарушений характерно все перечисленное, кроме
- а) ощущения внешнего давления, стягивания, натяжения, ощущения "каска"
 - б) болезненности кожи головы, ощущения онемения
 - в) **ощущения переливания, шевеления в голове**
 - г) постоянства головной боли с периодическим усилением, усилением боли от охлаждения
 - д) частого сочетания с тревогой и ипохондричностью
21. Для невротической головной боли с преимущественным участием нервно-сосудистых нарушений характерно все перечисленное, кроме
- а) пульсирующего характера
 - б) сопровождения вегетативными нарушениями: тошнотой, головокружениями, небольшой отечностью в месте пульсирующей боли
 - в) связи с эмоциональными расстройствами
 - г) **возникновения в определенное время суток по типу пароксизма**
 - д) сочетания с шумом в ушах
22. Невротические сексуальные нарушения это
- а) психогенные нарушения половой функции часты при различных формах невротозов
 - б) у мужчин - нарушения эрекции, эякуляции и снижение полового влечения
 - в) у женщин - снижение полового влечения, аноргазмия, дискомфорт оргазма и вагинизм
 - г) **верно все перечисленное**
 - д) все перечисленное неверно
23. Для неврастенических нарушений сердечной деятельности характерно все перечисленное, кроме
- а) проявления в виде кардиологического синдрома и в виде синдрома нарушения сердечного ритма
 - б) **характера сделанности ощущений**
 - в) частоты распространения как формы системных психогенных висцеральных нарушений
 - г) легкости возникновения характерных фобий
 - д) трудности дифференцирования от соматических заболеваний
24. Для невротического кардиологического синдрома характерно все перечисленное, кроме
- а) **появления резкой за грудиной боли с проводимостью в левую лопатку при физических нагрузках**
 - б) разнообразных болевых ощущений в сердце, чаще с локализацией в верхушке
 - в) постоянных либо продолжающихся часами
 - г) связанных с эмоциональным напряжением
 - д) большей эффективности седатиков и психотерапии, чем спазмолитиков
25. Для невротического синдрома нарушения сердечного ритма характерно все перечисленное, кроме
- а) субъективных ощущений ударов сердца о грудную клетку без истинной тахикардии
 - б) возникновения брадикардии или тахикардии
 - в) связанности с эмоциональным напряжением с нередким усилением при физическом покое в условиях возможности сосредоточения на своих ощущениях
 - г) **возникновения пароксизмальной тахикардии**
 - д) возникновения экстрасистолической аритмии с ощущением "замирания", перебоев
26. Невротические нарушения ритма дыхания проявляются всем перечисленным, кроме
- а) утраты полноценности вдоха, для преодоления чего форсируются дыхательные движения
 - б) **появления ощущения сделанности дыхания**
 - в) возникновения из-за гипервентиляции комплекса ощущений: легкое головокружение, подташнивание, отсутствие потребности во вдохе
 - г) появления задержки дыхания, утраты произвольного дыхания
 - д) постоянного контроля за дыханием с ощущением неправильности ритма и тревогой
27. Невротические нарушения ритма дыхания в виде "собачьего дыхания" проявляются всем перечисленным, исключая

- а) частое поверхностное дыхание
 - б) возникновение в момент психического напряжения
 - в) имитацию бронхиальной астмы
 - г) наличие сухих дискантовых хрипов, острого вздутия легких
 - д) отсутствие объективных признаков приступа бронхиальной астмы
28. Невротический ларингоспазм характеризуется всем перечисленным, исключая
- а) статические сокращения мышц гортани, препятствующие свободному прохождению воздуха в дыхательные пути
 - б) острое начало, чаще после психотравм, при прохождении пищи в дыхательное горло, при внезапном испуге, неприятном разговоре
 - в) восприятие как приступа удушья, сопровождающегося страхом
 - г) повторяемость при еде (стремятся ограничить себя в еде, принимает пищу с особым ритуалом)
 - д) ощущение чужой воли, вызвавшей приступ
29. Невротические нарушения функций пищевода проявляются всем перечисленным, кроме
- а) спазма пищевода с задержкой пищевой массы и неприятным ощущением за грудиной
 - б) ощущения сжатия, инородного тела в пищеводе перед приемом пищи
 - в) присоединения полиморфных ощущений (легкого давления, жжения, боли за грудиной, особенно при острых, пряных, чрезмерно горячих блюдах)
 - г) присоединения мыслей об отравлении и порче
 - д) присоединения тревоги, страха перед едой, ипохондричности
30. Невротические нарушения функций желудка проявляются всем перечисленным, кроме
- а) анорексии с аппетитом перед началом еды, но с быстрым появлением чувства частичного или полного насыщения
 - б) аэрофагии - заглатывания воздуха при еде, с болью в эпигастрии, за грудиной и отрыжкой
 - в) ощущения постороннего тела в желудке ("черви" и т.д.)
 - г) "произвольной" рвоты в форме отрыгивания после еды
 - д) невротической рвоты большим количеством еды
31. Для неврастенической гастралгии характерно все перечисленное, исключая
- а) возникновение неприятных ощущений в эпигастрии (тяжести, распираания, переполнения желудка, болей)
 - б) зависимость от времени приема пищи
 - в) полиморфность, неопределенность ощущений
 - г) роль в их возникновении ятрогений
 - д) роль психогенно-эмоционального фактора
32. Для невротических нарушений функции кишечника характерно все перечисленное, кроме
- а) ощущения насмешки со стороны окружающих в связи с неправильной работой кишечника
 - б) разнообразных различных сочетаний разной степени нарушений секреторной, моторной и сенсорной функции
 - в) возникновения психогенных диарей при остром эмоциональном напряжении
 - г) возникновения "кишечных кризов", "перистальтических бурь" кишечника, усиления перистальтики в стрессовом состоянии
 - д) неприятных ощущений со стороны кишечника (простейшие сенестопатии)
33. К психогенным двигательным нарушениям относятся
- а) истерические судорожные припадки
 - б) парезы и параличи
 - в) гиперкинезы, афония и мутизм
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
34. К психогенным сенсорным нарушениям и расстройствам чувствительности относятся

- а) нарушения зрения (концентрическое сужение поля зрения, диплопии и полиопии, макропсии и микропсии и т.д.)
 - б) утрата слуха, психогенная глухота и сурдомутизм
 - в) расстройства чувствительности (гипестезии, анестезии, гиперестезии и парестезии)
 - г) **все перечисленные**
 - д) ничего из перечисленного
35. Соматоформные расстройства проявляются
- а) полиморфной симптоматикой, часто имитирующей различные соматические заболевания
 - б) вегето-соматическими, общеневротическими, эмоционально-аффективными нарушениями
 - в) моторными расстройствами (судорожными припадками, астазией-абазией, тиками, афонией и т.д.)
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
36. Для соматоформных соматизированных и конверсионных расстройств характерно
- а) личностный склад художественного типа с образными восприятиями, повышенной чувствительностью
 - б) акцентуации демонстративного типа, воспитание по типу "кумира семьи"
 - в) тип ключевого конфликта - чрезмерная завышенность претензий с недооценкой или полным игнорированием объективной реальности
 - г) **все перечисленное**
 - д) верно а) и в)
37. Астенический синдром при соматоформных расстройствах характеризуется
- а) диссоциацией между предъявляемой и истинной выраженностью астении
 - б) ситуационной обусловленностью, зависимостью от установок больного
 - в) демонстрацией тяжелой астении, но много часов могут делать то, что их занимает
 - г) верно а) и б)
 - д) **всем перечисленным**
38. Для припадков при конверсионном расстройстве характерно все перечисленное, кроме
- а) падения без ушибов
 - б) **наличия тонических судорог и послеприпадочного оглушения**
 - в) стадии больших движений и клоунизма
 - г) стадии страстных поз и жестов
 - д) галлюцинаторной фазы
39. Для малых истерических припадков характерно все перечисленное, кроме
- а) **абсансов**
 - б) приступов рыданий и хохота, патетических театральных жестов
 - в) чувства дурноты, учащенного дыхания, дрожания тела
 - г) покраснения и побледнения, затруднения дыхания, необходимости лечь или сесть
 - д) обморочных состояний
40. Лечение невротических и соматоформных расстройств включает
- а) медикаментозное лечение
 - б) психотерапию
 - в) общеукрепляющее лечение, физиотерапию, санаторно-курортное лечение
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
41. Психотерапия тревожных, невротических и соматоформных расстройств
- а) определяется особенностями клинической картины и течения расстройства, а также содержанием психотравмирующей ситуации
 - б) в остром состоянии способствует успокоению, уменьшению внутренней напряженности и тревожных опасений
 - в) при снижении остроты состояния - внушение, направленное на перестройку нарушенных отношений личности, активизирующая психотерапия

- г) верно а) и в)
д) **верно все перечисленное**
42. В вопросах реабилитации при тревожных, невротических и соматоформных расстройствах следует иметь в виду
- а) в целом благоприятный прогноз, так как состояние обратимое
 - б) необходимость улучшить социализацию и включить в трудовую жизнь при затяжном течении
 - в) сочетание адекватной, медикаментозной психотерапии и социотерапии
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
43. При каком соматоформном расстройстве по МКБ-10 неприятный аффект, порожденный конфликтной ситуацией или проблемами, которые пациент не в состоянии разрешить, трансформируется в соматические симптомы
- а) **диссоциативном**
 - б) ипохондрическом
 - в) депрессивном
 - г) деперсонализационном
 - д) остром психотическом
44. При каком соматоформном расстройстве по МКБ-10 пациент озабочен возможностью или наличием тяжелого прогрессирующего заболевания физической природы или уродства
- а) **ипохондрическом**
 - б) конверсионном
 - в) депрессивном
 - г) деперсонализационном
 - д) устойчивом соматоформном болевом
45. При каком соматоформном расстройстве по МКБ-10 пациент испытывает постоянную, тяжелую и психически угнетающую боль не связанную с соматическими и неврологическими заболеваниями, при отсутствии двух первичных психических расстройств, обуславливающих боль
- а) **устойчивом соматоформном болевом**
 - б) конверсионном
 - в) депрессивном
 - г) соматизированном
 - д) ипохондрическом
46. Какие расстройства относятся к психосоматическим
- а) **реакции по типу симптоматической лабильности**
 - б) инфекционные
 - в) расстройства биполярного спектра
 - г) инволюционные
 - д) интеллектуальные
47. К психосоматическим расстройствам относятся все нижеперчисленные, кроме
- а) **эндогенных**
 - б) соматоформных
 - в) нозогений
 - г) соматогений
 - д) реакций по типу симптоматической лабильности
48. Психосоматика включает клинические, психологические, эпидемиологические и лабораторные исследования, которые освещают
- а) роль стресса в этиопатогенезе соматических заболеваний
 - б) связь патохарактерологических и поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям
 - в) зависимость реакции на болезнь («поведения» в болезни) от типа личностного склада
 - г) влияние некоторых методов лечения (хирургические вмешательства, гемодиализ и т.п.) на психическое состояние

д) **все перечисленное**

1.1.9. *Контролируемый раздел дисциплины «Наркология».*

Собеседование (вопросы по темам):

- 1) Этиология и патогенез синдрома зависимости от ПАВ. Основные теории. Факторы риска и факторы защиты.
- 2) Биологические механизмы зависимости. Генетика синдрома зависимости.
- 3) Социально-психологические факторы развития синдрома зависимости от ПАВ.
- 4) Метаболизм этанола. Биохимия. Механизмы токсического действия. Факторы, влияющие на последствия. Возрастные особенности.
- 5) Патологическое влечение к алкоголю. Общая характеристика. Патологическое влечение к алкоголю и утрата контролю. Первичное и вторичное патологическое влечение. Феноменология и компоненты патологического влечения: идеаторные, поведенческие проявления, эмоциональная оставляющая, вегетативное сопровождение, сенсорный компонент. Психопатология влечения к алкоголю. Тотальная и парциальная формы патологического влечения к алкоголю.
- 6) Стадии синдрома зависимости от ПАВ. Изменение толерантности к алкоголю. Характеристика первой, второй и третьей стадии алкоголизма. Понятие о запоях. Соматовегетативные нарушения. Прогрессиентность алкоголизма.
- 7) Металкогольные психозы.
- 8) Наркомании и токсикомании. Критерии диагностики. Клиника. Диф.диагностика. терапия.
- 9) Терапия синдрома зависимости. Основные принципы терапии наркологических заболеваний. Порядок и стандарты оказания наркологической помощи. Мишени и уровни терапевтического воздействия. Типы, методы и средства лечения наркологических заболеваний.
- 10) Детоксикационные мероприятия, купирование абстинентного синдрома, нормализация соматоневрологических нарушений, коррекция психопатоподобных расстройств, купирование нарушений метаболизма, купирование поведенческих расстройств и нормализация психического состояния. Целенаправленная терапия патологического влечения к наркотикам. Противорецидивная терапия.
- 11) Место психотерапии в лечении наркологических больных.
- 12) Реабилитация в наркологии.

Тестовые задания (письменно):

1. Понятие "первичное патологическое влечение к алкоголю" соответствует утверждению
 - а) **активное стремление больных алкоголизмом к употреблению алкоголя вне интоксикации**
 - б) неспособность больного прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса, независимо от изначально выпитой дозы и ситуации
 - в) неодолимое стремление больных продолжить выпивку после определенной дозы
 - г) стремление к употреблению алкоголя на фоне психических расстройств после абзуса
 - д) **все перечисленное**
2. Для синдрома физической зависимости от алкоголя характерно все перечисленное, кроме
 - а) интенсивного влечения к опохмелению
 - б) употребления алкоголя с целью устранения тяжелого физического состояния после предыдущего алкогольного эксцесса
 - в) **желания вернуть "привычную работоспособность"**
 - г) стремления снять аффективную напряженность
 - д) употребления алкоголя с целью устранения психотических расстройств (влечение к алкоголю в состоянии похмелья)

3. В динамике синдрома зависимости от алкоголя формирование абстинентного синдрома происходит на этапе
- а) систематического употребления алкоголя
 - б) в I стадии заболевания
 - в) при переходе во II стадию
 - г) во II стадии заболевания
 - д) в III стадии заболевания
4. В структуре формирующегося алкогольного абстинентного синдрома преобладает группа расстройств
- а) психических
 - б) вегетативно-астенических
 - в) психоорганических
 - г) неврологических
 - д) соматических
5. Для развернутого алкогольного абстинентного синдрома характерно все перечисленное, кроме
- а) выраженного гипергидроза
 - б) генерализованного тремора
 - в) тревожно-параноидной установки
 - г) гипертензии, болей в сердце
 - д) менингеальных симптомов
6. Боли в крупных суставах и желудке в структуре абстинентного синдрома характерны для хронической интоксикации
- а) барбитуратами
 - б) алкоголем
 - в) препаратами конопли
 - г) опиатами
 - д) кокаином
7. Изменения личности при синдроме зависимости от алкоголя обусловлены
- а) токсическим действием алкоголя и его метаболитов
 - б) преморбидными характерологическими особенностями индивидуума
 - в) психореактивными моментами
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного
8. Для алкогольной деградации характерно все перечисленное, кроме
- а) эмоционального огрубения с исчезновением семейных и общественных привязанностей
 - б) заострения преморбидных личностных особенностей
 - в) упадка инициативы и работоспособности с невозможностью систематически трудиться, снижения и поверхностности критики
 - г) утраты морально-нравственных ценностей
 - д) интеллектуально - мнестического снижения
9. Соматоневрологическая патология при хронической интоксикации алкоголем обусловлена всем перечисленным, кроме
- а) преморбидного состояния органов и систем индивидуума
 - б) гистотоксического действия алкоголя и его метаболитов
 - в) ферментных нарушений в тканях
 - г) нарушения обмена ацетилхолина
 - д) нарушения обмена катехоламинов
10. К основным критериям, определяющим состояние простого алкогольного опьянения, относятся все перечисленные, кроме
- а) изменения в эмоциональной сфере
 - б) функциональных изменений моторики
 - в) изменения ассоциативного процесса и характера восприятия окружающего
 - г) запаха алкоголя изо рта

- д) **миоза**
11. Для признаков средней степени простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме
- а) функциональных нарушений моторики
 - б) замедления и затруднения ассоциативного процесса
 - в) **непроизвольного мочеиспускания**
 - г) дизартричности речи
 - д) однообразности представлений, трудности в переключении внимания, застреваемости
12. В отношении патологического опьянения верно все перечисленное, кроме
- а) внезапности, остроты и транзиторности психотического эпизода
 - б) сумеречного состояния сознания
 - в) импульсивности и целенаправленного характера разрушительных, нередко криминальных действий
 - г) кризисного разрешения глубоким сном и астенией, амнезии
 - д) **высокого риска возникновения повторных состояний патологического опьянения**
13. Первичное патологическое влечение к алкоголю в I стадии, как правило
- а) **ситуационно обусловлено**
 - б) возникает спонтанно с борьбой мотивов
 - в) возникает спонтанно без борьбы мотивов
 - г) носит неодолимый характер
 - д) верно все перечисленное
14. Для II стадии синдрома зависимости от алкоголя характерно все перечисленное, исключая
- а) спонтанно возникающее влечение к алкоголю
 - б) абстинентный синдром
 - в) **тотальные амнезии состояния опьянения**
 - г) псевдозапой
 - д) палимпсесты
15. Для II стадии синдрома зависимости от алкоголя наиболее характерны
- а) истинные запои
 - б) **псевдозапой**
 - в) постоянное пьянство
 - г) частые однократные тяжелые абзусы
 - д) низкая толерантность
16. Для псевдозапоев характерно все перечисленное, кроме
- а) употребления алкоголя от 2-3 до 7-12 дней
 - б) связи начала и окончания алкогольного эксцесса с внешними факторами
 - в) сохранения толерантности в течение всего периода употребления алкоголя
 - г) сохранности влечения к алкоголю после запоя в течение некоторого времени
 - д) **отчетливого изменения психического и физического состояния больного за несколько дней до псевдозапоя**
17. Для симптома "плато" толерантности характерно все перечисленное, кроме
- а) употребления стабильно установившейся дозы алкоголя
 - б) **возникновения на этапе I стадии болезни**
 - в) переносимости максимальных доз на протяжении отрезка времени той или иной длительности
 - г) развития состояния опьянения от приема только больших доз
 - д) употребления максимальных для данного больного доз алкоголя как одномоментно, так и на протяжении суток
18. Для снижения толерантности при синдроме зависимости от алкоголя характерно
- а) снижение одномоментной дозы, вызывающей опьянение
 - б) употребление алкоголя дробными дозами
 - в) переход на спиртные напитки с низким содержанием алкоголя
 - г) выраженная эйфория от принятого алкоголя

- д) **все перечисленное, кроме г)**
19. Для алкогольных амнезий возможно все перечисленное, кроме
- а) лакунарности, фрагментарности
 - б) достаточно правильного поведения больного в эпизодах, которые впоследствии амнезируются
 - в) возникновения на этапе алкоголизма, характеризующемся заметным ростом толерантности
 - г) **расстройства самосознания**
 - д) сохранения моторики
20. К начальным признакам морально-этического снижения личности относятся все указанные проявления, кроме
- а) цинизма
 - б) **забывчивости**
 - в) черствости
 - г) поверхностности и необязательности во взаимоотношениях
 - д) грубости
21. Для III стадии синдрома зависимости от алкоголя наиболее типичны все перечисленные признаки, исключая
- а) первичное патологическое влечение к алкоголю с характером неодолимости
 - б) утрату ситуационного контроля
 - в) снижение толерантности к алкоголю
 - г) наличие интеллектуально-мнестических нарушений
 - д) **псевдозапой**
22. Для истинных запоев характерно все перечисленное, кроме
- а) **время появления - II стадия болезни**
 - б) спонтанности возникающего интенсивного влечения к алкоголю
 - в) интолерантности с отвращением к алкоголю в конце запоя
 - г) появления соматических, аффективных расстройств перед началом запоя
 - д) цикличности возникновения
23. Алкогольный делирий возникает чаще всего
- а) в первые дни после окончания многодневного злоупотребления алкоголем
 - б) на высоте абстинентного похмельного синдрома
 - в) в период завершения абстинентного синдрома
 - г) **верно все перечисленное**
 - д) неверно все перечисленное
24. Для мусситирующего "бормочущего" делирия у больных алкоголизмом характерно все перечисленное, за исключением
- а) отрешенности от действительности
 - б) **сохранения ориентировки в окружающем**
 - в) хореиформных, атетозоподобных гиперкинезов
 - г) возбуждения в пределах постели
 - д) симптома "обирания"
25. При острой алкогольной энцефалопатии Гайе - Вернике наблюдаются все перечисленные нарушения, исключая
- а) двигательное возбуждение со стереотипными действиями
 - б) **шизофреноподобные нарушения (депрессивно-бредовые расстройства, вербальный галлюциноз)**
 - в) проявления редуцированного делирия
 - г) аментивноподобное состояние
 - д) сопор
26. Острая алкогольная энцефалопатия Гайе - Вернике сопровождается
- а) симптомами орального автоматизма
 - б) нистагмом

- в) диплопией
 - г) сужением полей зрения
 - д) **всем перечисленным**
27. При алкогольном псевдопараличе наблюдаются все перечисленные признаки, кроме
- а) резкого снижения уровня суждений
 - б) отсутствия критики к себе и своему состоянию
 - в) эйфории и беспечности
 - г) **вербального псевдогаллюциноза**
 - д) переоценки
28. В структуре развернутого классического алкогольного галлюциноза, кроме вербальных галлюцинаций можно обнаружить
- а) синдром растерянности
 - б) аффект тревоги
 - в) бредовые расстройства
 - г) глубокое помрачение сознания
 - д) **все перечисленное, кроме г)**
29. Основные особенности алкогольного бреда ревности заключаются во всем перечисленном, кроме
- а) систематизации бреда
 - б) **наличия ложных узнаваний**
 - в) наличия ретроспективного бреда
 - г) возникновения бредовых конфабуляций
 - д) появления вербальных иллюзий
30. Абстиненция это
- а) **состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема (введения) веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами**
 - б) утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, вначале на время, затем на недавние события, позднее и на давно прошедшее
 - в) потеря способности запоминать текущие события
 - г) одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
 - д) отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность
31. Начало формирования наркомании определяется всем перечисленным, кроме
- а) **абстинентного синдрома**
 - б) благоприятных сдвигов в психическом и физическом самочувствии под действием наркотика
 - в) предпочтения определенному наркотику
 - г) регулярности приема наркотика
 - д) угасания первоначального эффекта наркотика
32. Наиболее достоверными вегетативными признаками острой опийной интоксикации являются все перечисленные, кроме
- а) миоза (симптом "точки", булавочной головки) с отсутствием или крайне вялой реакцией зрачков на свет
 - б) зуда кожи лица (особенно кончика носа) и бледности
 - в) сухости кожных покровов и слизистых
 - г) отсутствия нарушений координации и артикуляции
 - д) **сохранения кашлевого рефлекса**
33. Абстинентный синдром развивается после прекращения приема опиатов в среднем через
- а) 10 ч
 - б) 20 ч
 - в) **36 ч**

- г) 48 ч
 - д) 72 ч
34. О становлении III стадии опийной наркомании свидетельствуют
- а) тонизирующее действие наркотика
 - б) появление "сбоев" в приеме наркотика
 - в) медико-социальные последствия
 - г) постоянные астении, вялость, истощаемость
 - д) **судорожные припадки**
35. Внешними проявлениями хронической интоксикации опиатами являются все перечисленные признаки, кроме
- а) преждевременного старения
 - б) поражения зубов кариесом с выпадением их без боли
 - в) утраты волосами и ногтями блеска, ломкости их
 - г) бледной, шелушащейся, нередко пигментированной кожи
 - д) **грубых, резко очерченных морщин на лице**
36. Начальными признаками острой интоксикации гашишем являются все перечисленные, кроме
- а) гиперемии лица
 - б) **сужения зрачков**
 - в) инъекирования склер
 - г) сухости во рту
 - д) парестезий
37. Характерными реакциями при острой интоксикации препаратами конопли являются все перечисленные признаки, кроме
- а) повышенного чувства голода
 - б) жажды
 - в) головной боли
 - г) **гиперсаливации**
 - д) тошноты
38. Клиника хронических гашишных психозов определяется всем перечисленным, кроме
- а) галлюцинаторно-параноидных расстройств
 - б) бреда преследования
 - в) парафренного синдрома
 - г) маниакальных расстройств
 - д) **кататонических расстройств**
39. Начальными признаками острой интоксикации барбитуратами являются все перечисленные, исключая
- а) мгновенное оглушение
 - б) ощущение "мягкого удара" в голове
 - в) **ощущение полета, чувства невесомости**
 - г) ощущение, что "все плывет перед глазами"
 - д) потемнение в глазах
40. Состояние опьянения бензодиазепинами характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) эйфории
 - б) неусидчивости
 - в) болтливости
 - г) нарушения координации движений
 - д) **гиперемии лица**
41. Наиболее характерными соматоневрологическими проявлениями состояния опьянения транквилизаторами (бензодиазепинами) являются все перечисленные, кроме
- а) дизартрии, персевераций
 - б) бледности кожных покровов
 - в) расширения зрачков и вялой реакции их на свет
 - г) **повышения мышечного тонуса**

- д) сухости слизистых
42. К симптомам интоксикации кокаином относятся все перечисленные, кроме
- а) выраженной эйфории
 - б) ощущения повышенных возможностей
 - в) гиперактивности
 - г) раздражительности, беспокойства
 - д) **агрессии**
43. В клинической картине кокаиновых психозов преобладают
- а) множественные яркие галлюцинации
 - б) острые параноидные реакции
 - в) **острые депрессивные реакции**
 - г) сенестопатии и парестезии
 - д) нарушения сознания
44. Последствия злоупотребления кокаином характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) **параноидной настроенности**
 - б) агрессивности
 - в) интеллектуально-мнестических нарушений
 - г) снижения уровня интересов
 - д) развития депрессий с высоким суицидальным риском
45. Наиболее яркими эффектами острой интоксикации галлюциногенами являются
- а) **психопатологические нарушения**
 - б) поведенческие реакции
 - в) соматические расстройства
 - г) вегетативные нарушения
 - д) неврологические нарушения
46. При систематическом приеме циклодола в токсических дозах развиваются следующие стойкие вегетоневрологические нарушения
- а) порозовение щек на фоне бледного лица, алые губы
 - б) мышечная скованность, произвольные движения и судороги отдельных мышечных групп
 - в) выпрямленная спина, ходьба на прямых ногах
 - г) **все перечисленные**
 - д) ничего из перечисленного
47. В состоянии острой интоксикации у больных эфедроновой наркоманией наблюдается все перечисленное, кроме
- а) умеренной гипертензии и тахикардии
 - б) **сужения зрачков**
 - в) бледных кожных покровов
 - г) сухости слизистых, вследствие чего опьяневшие постоянно облизывают губы
 - д) частого пульса
48. Психопатологические расстройства в абстиненции у больных эфедроновой наркоманией характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) вялости и слабости
 - б) раздражительности
 - в) подавленного настроения с витальной тоской
 - г) обостренной чувствительности к незначительным неприятностям
 - д) **расстройств сознания**
49. Актуализация патологического влечения к курению табака проявляется
- а) постоянным присутствием в сознании мысленного желания курения табака
 - б) появлением вкусовых и обонятельных расстройств
 - в) вегетативно-сосудистыми расстройствами
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного

50. Симптомами лишения курения табака являются все перечисленные, кроме
- а) головной боли, головокружения
 - б) подъема или падения артериального давления
 - в) **выраженной сухости слизистых**
 - г) раздражительности, внутренней напряженности
 - д) снижения работоспособности, нарушения сна

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

5.1. Вопросы к экзамену по дисциплине.

1. Этапы диагностики психических расстройств.
2. Структурные изменения головного мозга при различных психических расстройствах. Методы выявления.
3. Генетические аспекты психических расстройств.
4. Пути индивидуализации терапии психических заболеваний.
5. Теоретические аспекты психофармакологии.
6. Классификация резистентности к терапии. Методы преодоления резистентности в психиатрии.
7. Современная классификация психических заболеваний, достоинства и недостатки.
8. Основные принципы лечения эндогенных психических расстройств.
9. Психические расстройства у пациентов с соматическими заболеваниями. Психосоматические соотношения.
10. Современные взгляды на этиологию и патогенез синдрома зависимости от ПАВ.
11. Тревожные расстройства: диагностика, лечение.
12. Нарушения пищевого поведения: клинические варианты, терапия.
13. Дифференциальный диагноз пограничных расстройств невротического спектра при различных психических заболеваниях.
14. Состояния опасные для жизни в психиатрии: диагностика, лечение.
15. Психические травмы, их диагностика, коррекция, последствия.
16. Доманифестные проявления эндогенных психических заболеваний.
17. Когнитивные расстройства при шизофрении. Соотношения с дефицитарными состояниями.
18. Факторы, ухудшающие прогноз при депрессивных состояниях, методы преодоления.
19. Психические расстройства при атрофических заболеваниях головного мозга.
20. Выбор нормотимиков в терапии биполярных расстройств первого и второго типа, расстройств биполярного спектра.
21. Побочные действия лекарственной терапии, методы коррекции.
22. Расстройства узнавания в психиатрии.
23. Расстройства биологических ритмов, их клинические проявления и лечение у больных с психическими расстройствами.
24. Суицидальное поведение у пациентов, страдающих различными психическими расстройствами.
25. Принципы организация суицидологической помощи.
26. Факторы суицидального риска (биологические, социальные, психологические, психопатологические).
27. Особенности терапии пациентов с суицидальным риском.
28. Психотерапия пограничных и эндогенных психических расстройств.
29. Понятие патологической почвы в психиатрии.

30. Возрастные особенности психических нарушений и их терапии.

5.2. Тесты для промежуточной аттестации по дисциплине.

Вариант 1.

1. Сведения о состоянии психического здоровья гражданина имеют право запрашивать
 - а) никому не дано такого права
 - б) соседи
 - в) его сотрудники по работе
 - г) **судебно-следственные органы и вышестоящие органы здравоохранения**
 - д) участковые врачи территориальных поликлиник
2. Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, должно осматриваться комиссией врачей-психиатров
 - е) однократно, в течение 48 часов с момента госпитализации
 - ж) ежедневно, в течение всего периода недобровольного пребывания в стационаре
 - з) **в течение 48 часов с момента госпитализации и далее, не реже одного раза в месяц в течение первых шести месяцев**
 - и) не реже одного раза в месяц в течение первых шести месяцев
 - к) в течение 48 часов с момента госпитализации и далее ежедневно в течение всего периода недобровольного пребывания в стационаре
3. Принудительное лечение продлевается
 - е) не реже одного раза в год, по заключению комиссии врачей-психиатров
 - ж) не реже одного раза в год судом, по представлению учреждения, осуществляющего принудительное лечение
 - з) для продления амбулаторного принудительного лечения достаточно решения врачебной комиссии не реже двух раз в год, в остальных случаях - раз в год судом
 - и) не реже двух раз в год, по заключению комиссии врачей-психиатров
 - к) **первый раз по истечении шести месяцев с момента начала лечения, затем ежегодно судом, по представлению учреждения, осуществляющего принудительное лечение**
4. Содержание психотропных препаратов в крови определяется в следующих случаях
 - а) для определения наиболее эффективной суточной дозы препарата
 - б) при подозрении на отравление психотропными средствами
 - в) для исключения возможности передозировки препарата
 - г) **для всего перечисленного**
 - д) ни для чего из перечисленного
5. История болезни является
 - а) медицинским документом
 - б) научным документом
 - в) юридическим документом
 - г) **все перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
6. Астенический синдром как последствие черепно-мозговой травмы характеризуется всем перечисленным, кроме
 - а) проявлений раздражительной слабости
 - б) аффективной лабильности
 - в) явлений "усталости, не ищущей себе покоя"
 - г) **ментизма**
 - д) головных болей и вегетативных нарушений
7. К расстройству самосознания целостности относится все перечисленное, кроме
 - а) **ощущения расстройства "схемы тела" (увеличения и смещения)**
 - б) нарушения осознания себя как единого неразрывного целого
 - в) возникновения переживания внутреннего распада, раздвоения, вызывающего панический страх

- г) сосуществования двух несогласованных «Я», находящихся в постоянном противоречии
 д) возможности отчуждения частей собственного тела
8. Галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется
 а) бредом преследования, воздействия
 б) психическими автоматизмами и псевдогаллюцинациями
 в) разнообразной фабулой бреда (от идеи колдовства и гипноза до самых современных методов преследования)
 г) **всем перечисленным**
 д) ничем из перечисленного
9. Основными свойствами реактивных состояний являются
 а) временный и обратимый характер
 б) принадлежность к психогенным расстройствам
 в) отражение психотравмирующей ситуации в переживаниях
 г) **все перечисленные**
 д) ничего из перечисленного
10. Для неврастении характерно все перечисленное, кроме
 а) преобладания общевротических (астенических) расстройств
 б) наличия нарушений сна, головных болей, различных вегето-висцеральных расстройств
 в) **преобладания интеллектуальной астении**
 г) наличия астено-ипохондрических, астено-депрессивных, астено-фобических расстройств
 д) наличия гиперестезии и гиперпатичности в отношении внутренних органов
11. К "недостатку сопереживания" пациента с шизоидным расстройством личности относится
 а) неумение разделить радость и печаль другого
 б) неумение почувствовать чужую обиду и беспокойство
 в) слабость эмоционального резонанса
 г) **все перечисленное**
 д) ничего из перечисленного
12. Этиологические факторы устной отсталости (олигофрении) в зависимости от времени воздействия разделяются
 а) на наследственные
 б) на внутриутробные
 в) на перинатальные и факторы первых 3 лет жизни
 г) **на все перечисленные**
 д) все перечисленное неверно
13. Для злокачественной шизофрении характерно все перечисленное, кроме
 а) **возникновения в зрелом возрасте**
 б) начала болезни с негативной симптоматикой
 в) быстроты наступления конечного состояния с момента манифестации психоза
 г) синдромальной незавершенности позитивных расстройств, их полиморфизма
 д) тяжести конечных состояний
14. Для поздно манифестирующего шизофренического процесса (поздней шизофрении) характерны все перечисленные признаки, кроме
 а) ограниченности объема расстройств психической деятельности
 б) **преобладания неврозо- и психопатоподобных форм**
 в) незавершенности прогрессивного развития заболевания
 г) редкости развития конечных состояний, вторичной кататонии
 д) стабилизации процесса на параноидном или парафреническом этапе
15. Аффективные бессудорожные пароксизмы характеризуются всем перечисленным, кроме
 а) внезапного возникновения и исчезновения
 б) частоты депрессивных бессудорожных пароксизмов
 в) редко возникающих гипоманиакальных или маниакальных пароксизмов
 г) продолжительности от часов до нескольких дней
 д) **продолжительности от нескольких месяцев до нескольких лет**

16. Псевдопаралитический вариант болезни Пика наблюдается
- а) при локализации атрофии во фронтально-орбитальном базальном неокортексе
 - б) при поражении выпуклостей лобных долей
 - в) при поражении височных долей
 - г) при поражении теменных долей
 - д) при поражении затылочных долей
17. При средней степени тяжести черепно-мозговой травмы выявляется все перечисленное, кроме
- а) первоначального отключения сознания длительностью от нескольких минут до нескольких часов
 - б) последующей обнубленияции, сохраняющейся от 1-2 часов до 1-2 дней
 - в) ретроградной амнезии, охватывающей события нескольких дней, возможности антероградной амнезии
 - г) возможности возникновения в остром периоде только легкой астении
 - д) разнообразных церебрально-органических жалоб, снижения запоминания, трудности воспроизведения в остром периоде
18. Аффективные психозы при травматической болезни
- а) представлены чаще маниями
 - б) представлены чаще депрессиями, обычно однократными
 - в) обычно возникают неоднократно с определенной периодичностью
 - г) всегда протекают монополярно
 - д) верно а) и в)
19. При коревом энцефалите возможны все следующие психические расстройства, кроме
- а) раздражительности, капризности
 - б) делирия
 - в) аменции
 - г) эпилептиформных расстройств
 - д) Корсаковского синдрома
20. При интоксикации нейрорептиками возможны психические нарушения
- а) депрессия
 - б) апато-адинамический синдром
 - в) нарушение сна
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного

Вариант 2.

1. Амбулаторное лечение лица, страдающего психическим расстройством, в возрасте старше 15 лет, не признанного в установленном законом порядке недееспособным, проводится
- е) после получения его письменного согласия
 - ж) после получения его устного согласия
 - з) после получения согласия его ближайших родственников
 - и) без его согласия
 - к) после получения санкции судьи
2. При нахождении пациента в психиатрическом стационаре могут быть ограничены его следующие права
- е) встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине
 - ж) выписывать газеты и журналы
 - з) иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой
 - и) обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара
 - к) подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату

3. Поводом для прекращения принудительного лечения может быть
- е) отсутствие острой психотической симптоматики
 - ж) упорядоченное поведение больного
 - з) отсутствие асоциальных установок
 - и) **такое изменение психического состояния больного, при котором его общественная опасность снизилась или исчезла**
 - к) критичное отношение больного к совершенному им правонарушению
4. Бактериологическое исследование спинномозговой жидкости проводится для диагностики всех следующих заболеваний, кроме
- а) менингитов
 - б) абсцессов мозга
 - в) **опухолей мозга**
 - г) сифилиса нервной системы
 - д) токсоплазмоза
5. При описании того или иного психического нарушения в анамнезе необходимо выяснить
- а) давность его существования
 - б) особенности развития во времени
 - в) взаимоотношения данного расстройства с другими психическими расстройствами
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
6. Классическая депрессивная триада характеризуется
- а) эмоциональным торможением
 - б) двигательным торможением
 - в) идеаторным торможением
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
7. Дерезализация характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) **искажения величины и формы воспринимаемых предметов и пространства**
 - б) чувства призрачности окружающего
 - в) восприятия внешнего мира призрачным, неотчетливым
 - г) утраты чувства действительности
 - д) сомнения в реальности существования окружающих предметов, людей
8. Идеаторные (ассоциативные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме
- а) **сделанных неприятными ощущений**
 - б) мнимого воздействия на процессы мышления
 - в) ментизма, обрывов мыслей
 - г) отнятия и вкладывания мыслей, разматывания воспоминаний
 - д) симптома открытости мыслей
9. Аффективно-шоковые реакции являются
- а) наиболее острыми формами реактивных психозов, сопровождающимися резкими эндокринными и вазомоторными сдвигами
 - б) состояниями, возникающими в связи с внезапными чрезмерными по силе потрясениями
 - в) состояниями, протекающими в гипер- и гипокинетической формах
 - г) верно б) и в)
 - д) **всем перечисленным**
10. Тревожные расстройства проявляется всем перечисленным, исключая
- а) преобладание фобий, единичных либо сочетанных, либо с присоединением одних к другим
 - б) обсессивные расстройства
 - в) наличие общеневротических расстройств с характерным стереотипом развития
 - г) простоту, психологическую понятность ритуалов
 - д) **отсутствие критического отношения больного к навязчивым переживаниям**
11. Особенности параноидного расстройства личности являются

- а) малая пластичность психики
 - б) застревание на одних и тех же мыслях и аффектах
 - в) настойчивость, перерастающая в упрямство
 - г) повышенная самооценка, эгоцентризм, повышенное чувство собственного достоинства
 - д) **все перечисленные**
12. Для биполярного аффективного расстройства характерно
- а) периодичность течения
 - б) фазы в виде аффективных синдромов
 - в) отсутствие прогрессивности
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
13. Наиболее адекватно отражают принадлежность эндогенного процесса к параноидной шизофрении следующие критерии
- а) преобладание бредовых расстройств в клинической картине болезни и характерная последовательность их развития
 - б) отсутствие фазности в течении болезни
 - в) выраженные аффективные расстройства (психотические мании, депрессии)
 - г) признаки расстроенного сознания
 - д) **верно а) и б)**
14. Признание больных шизофренией вменяемыми возможно
- а) при многолетнем характере ремиссии
 - б) при отсутствии выраженных изменений личности
 - в) при полной трудовой адаптации
 - г) **при всем перечисленном**
 - д) ни при чем из перечисленного
15. Изменения личности при эпилепсии характеризуются следующими признаками
- а) речевой торпидностью (обстоятельность, застревание на деталях, трудность переключения)
 - б) двигательной торпидностью
 - в) полярностью психических нарушений (подобострастие контрастирует со злобностью и т.д.)
 - г) ни одним из перечисленных признаков
 - д) **всеми перечисленными**
16. Для болезни Пика характерно
- а) раннее поражение высших форм интеллекта
 - б) быстрое исчезновение критики
 - в) сравнительно меньше страдают "инструментальные функции" интеллекта
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
17. При черепно-мозговой травме выделяют все перечисленные этапы, кроме
- а) острейшего
 - б) острого
 - в) **подострого**
 - г) реконвалесценции
 - д) отдаленных последствий
18. Депрессии при травматической болезни
- а) **чаще развиваются постепенно, сопровождаясь дисфорией и слезливостью**
 - б) чаще развиваются остро
 - в) никогда не сопровождаются сверхценными и бредовыми ипохондрическими расстройствами
 - г) обязательно сопровождаются отчетливым органическим снижением вплоть до развития дисмнестического слабоумия с псевдопаралитическими симптомами
 - д) ничего из перечисленного

19. Смысл концепции об экзогенном типе реакций заключается в том, что
- а) различные экзогенные вредности вызывают общие типы реакций
 - б) одна и та же экзогенная вредность вызывает различные типы реакций
 - в) каждой экзогенной вредности соответствует свой тип реакции
 - г) любая экзогенная вредность вызывает психическую реакцию экзогенного типа
 - д) любая реакция экзогенного типа является проявлением скрытого эндогенного заболевания
20. Для хронической ртутной интоксикации характерно все перечисленное, кроме
- а) психопатоподобных расстройств
 - б) кататонических расстройств
 - в) дизартрии
 - г) атаксической походки
 - д) тремора

Вариант 3.

1. Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, дается
- е) самим лицом, страдающим психическим расстройством, в письменной форме
 - ж) самим лицом, страдающим психическим расстройством, в устной форме
 - з) его законным представителем в письменной форме
 - и) его законным представителем в устной форме
 - к) другими ближайшими родственниками
2. Выписка пациента, госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, производится
- е) по его личному заявлению
 - ж) по единоличному решению лечащего врача
 - з) по заключению комиссии врачей-психиатров либо по постановлению судьи об отказе в продлении недобровольной госпитализации
 - и) по просьбе родственников
 - к) по решению главного врача психиатрического стационара
3. Решение о непригодности гражданина вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности принимается
- е) врачом любой специальности единолично
 - ж) врачом-психиатром единолично
 - з) врачебной комиссией
 - и) судом
 - к) прокурором
4. Посредством церебральной ангиографии может быть выявлено
- а) усиление сосудистого рисунка
 - б) изменение конфигурации турецкого седла
 - в) пальцевые вдавления
 - г) расширение канала зрительного нерва
 - д) расширение внутреннего слухового прохода
5. Психический статус не должен содержать
- а) специальных психиатрических терминов
 - б) анамнестических сведений
 - в) оценки врачом обнаруженных у больного расстройств
 - г) верно все перечисленное
 - д) неверно все из перечисленного
6. К соматическим признакам депрессии относятся
- а) запоры

- б) дисменорея
 - в) похудание
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
7. Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений в различных частях тела
 - б) необычности, вычурности ощущений
 - в) отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин
 - г) частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами
 - д) **искаженного восприятия формы и величины своего тела**
8. Парафренный синдром проявляется всем перечисленным, кроме
- а) **правдоподобности высказываний**
 - б) сочетания фантастического бреда величия, преследования, воздействия, явлений психического автоматизма, изменениями аффекта
 - в) очевидности для больных, неоспоримости их утверждений
 - г) склонности к расширению бреда, вариантам, обогащению новыми фактами
 - д) антагонистического бреда
9. Ступор это
- а) убежденность больного в том, что окружающие его посторонние, незнакомые лица являются его родными и близкими, но заgrimированы под незнакомых
 - б) **состояние двигательной и психической заторможенности**
 - в) опознавание психически больным неизвестных лиц как своих знакомых, родных, или наоборот - знакомых как чужих людей, но принявших их облик
 - г) повторение увиденных действий
 - д) неузнавание своего отражения в зеркале
10. Депрессивные реактивные психозы
- а) наиболее часто встречающиеся проявления реактивных состояний
 - б) депрессия может колебаться от незначительно выраженной подавленности до состояний, характеризующихся гнетущей безысходной тоской
 - в) депрессивные реактивные синдромы отличаются клиническим полиморфизмом и неоднородностью
 - г) верно б) и в)
 - д) **верно все перечисленное**
11. Для неблагоприятного течения тревожных расстройств характерно
- а) генерализация расстройств, обрастание ритуалами
 - б) присоединение навязчивых контрастных влечений
 - в) присоединение обсессивных расстройств
 - г) **все перечисленное**
 - д) верно а) и б)
12. Чертами шизоидного расстройства личности являются
- а) **эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность**
 - б) чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам, постоянное недовольство кем-то, отказ прощать оскорбления, причинение ущерба и отношение свысока
 - в) грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными правилами и нормами
 - г) ярко выраженная тенденция к импульсивным действиям, без учета последствий в сочетании с неустойчивым поведением
 - д) постоянное стремление быть в центре внимания, к признанию со стороны окружающих
13. Дифференциальная диагностика биполярного аффективного расстройства и шизофрении возможна
- а) при отсутствии изменений личности после длительного течения
 - б) при развитии личностных изменений
 - в) при течении в виде психопатологических сложных состояний

- г) при усложнении структуры фаз
 д) при **всем перечисленном**
14. В наиболее типичных прогрессирующих случаях бредового варианта параноидной шизофрении наблюдается следующая последовательность смены синдромов
- а) паранойяльный синдром - конечное состояние типа дурашливого
 б) парафренный синдром - параноидный синдром - синдром Кандинского - Клерамбо
 в) **паранойяльный синдром - синдром Кандинского - Клерамбо - парафренный синдром**
 г) паранойяльный синдром - галлюцинаторно-параноидный синдром - онейроидная кататония
 д) галлюцинаторный синдром - парафренный синдром
15. Синдром, наиболее убедительно доказывающий наличие шизофрении
- а) помраченного сознания
 б) **негативных изменений личности**
 в) психоорганический
 г) психопатоподобный
 д) галлюцинаторный
16. Острые эпилептические психозы разделяются на следующие группы
- а) острые эпилептические психозы с помрачением сознания
 б) острые эпилептические психозы без помрачения сознания
 в) паранойяльные психозы
 г) галлюцинаторно-параноидные психозы
 д) **верно а) и б)**
17. В начальном периоде атеросклероза наблюдается
- а) головные боли
 б) утомляемость
 в) раздражительность
 г) **все перечисленное**
 д) ничего из перечисленного
18. На начальных этапах развития опухолей головного мозга могут наблюдаться все следующие психические расстройства, кроме
- а) замедления темпа мышления
 б) **острого вербального галлюциноза**
 в) нарушения памяти
 г) снижения внимания
 д) патологической сонливости
19. Структуру симптоматических психозов определяют перечисленные факторы, кроме
- а) конституциональных особенностей
 б) пола
 в) возраста
 г) этиологии соматического заболевания
 д) **социальной среды**
20. Для лучевых поражений наиболее характерны психические расстройства
- а) истерические
 б) **астенические**
 в) аффективные
 г) бредовые
 д) дисмнестические

Вариант 4.

1. Лечение лица, страдающего психическим расстройством, без его согласия или без согласия его законного представителя
- е) не может проводиться

- ж) может проводиться только при применении принудительных мер медицинского характера
 - з) **может проводиться при применении принудительных мер медицинского характера, а также при недобровольной госпитализации**
 - и) может проводиться всем больным, находящимся под диспансерным наблюдением
 - к) все перечисленное неверно
2. Выписка из психиатрического стационара пациента, к которому применены принудительные меры медицинского характера, производится
- е) по его личному заявлению
 - ж) по единоличному решению лечащего врача
 - з) по заключению комиссии врачей-психиатров
 - и) по решению главного врача психиатрического стационара
 - к) **только по решению суда**
3. Основаниями для помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения являются
- е) личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, в случае его дееспособности
 - ж) заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра
 - з) для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным - решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра
 - и) **все перечисленное**
 - к) ничего из перечисленного
4. Изменения на ЭЭГ характерны для всех перечисленных заболеваний, кроме
- а) органических и сосудистых поражений головного мозга
 - б) опухолей мозга
 - в) эпилепсии
 - г) атрофических заболеваний
 - д) **инволюционных психозов**
5. Выписной эпикриз отражает
- а) только состояние больного на момент выписки из стационара
 - б) только состояние больного при поступлении в стационар и при выписке оттуда
 - в) только динамику состояния больного за время наблюдения
 - г) только динамику терапии за время наблюдения
 - д) **сжатое изложение анамнеза (катамнеза), психического статуса при поступлении и в динамике, соматический и неврологический статусы, данные о проведенных исследованиях и лечении, окончательный диагноз и рекомендации по лечебно-восстановительным мероприятиям после выписки из стационара**
6. Что выходит на первый план в клиническом состоянии больных с «маскированными депрессиями»
- а) нарушения мимики и пантомимики
 - б) пониженное настроение
 - в) интеллектуально-мнестические нарушения
 - г) изменения личности
 - д) **соматовегетативные функциональные расстройства**
7. Ипохондрический синдром проявляется всем перечисленным, исключая
- а) чрезмерно утрированное внимание к здоровью
 - б) убежденность в существующем заболевании
 - в) подавленное настроение с мыслями о неизлечимой болезни
 - г) **ощущение открытости мыслей**
 - д) сенестопатии
8. Истерические сумеречные состояния характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) **сохранения в памяти всего периода истерического сумеречного нарушения сознания**

- б) расстройства сознания с наплывом ярких галлюцинаций, полностью замещающих реальную обстановку
 - в) чрезвычайно выразительного, театрального поведения больных
 - г) звучания психотравмирующей ситуации
 - д) возможности возникновения нестойких бредаподобных идей
9. Люцидная кататония проявляется
- а) кататоническим синдромом
 - б) как правило, ступором с негативизмом и оцепенением
 - в) отсутствием помрачения сознания
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
10. Реактивные (психогенные) параноиды подразделяются
- а) на реактивное паранойальное бредаобразование
 - б) на реактивные бредовые психозы
 - в) на индуцированные реактивные параноиды
 - г) верно б) и в)
 - д) **на все перечисленные**
11. Соматоформные расстройства проявляются
- а) полиморфной симптоматикой, часто имитирующей различные соматические заболевания
 - б) вегето-соматическими, общевротическими, эмоционально-аффективными нарушениями
 - в) моторными расстройствами (судорожными припадками, астазией-абазией, тиками, афонией и т.д.)
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
12. Чертами истерического расстройства личности являются
- а) **постоянное стремление быть в центре внимания, к признанию со стороны окружающих**
 - б) чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам, постоянное недовольство кем-то, отказ прощать оскорбления, причинение ущерба и отношение свысока
 - в) эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность
 - г) грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными правилами и нормами
 - д) ярко выраженная тенденция к импульсивным действиям, без учета последствий в сочетании с неустойчивым поведением
13. Для выраженного депрессивного эпизода биполярного аффективного расстройства характерно все перечисленное, исключая
- а) наличие депрессивной триады
 - б) идеи самообвинения
 - в) **идеи отношения**
 - г) депрессивную анестезию
 - д) апатию
14. Для вялотекущей шизофрении свойственно
- а) медленное течение с постепенным развитием изменений личности
 - б) глубокое эмоциональное опустошение в конечных состояниях
 - в) преимущественно неврозоподобные и психопатоподобные позитивные расстройства
 - г) значительная глубина аффективных расстройств (психотические депрессии, мании)
 - д) **верно а) и в)**
15. Эпилепсия - хроническое заболевание, характеризующееся следующими признаками
- а) ранним началом (детский, юношеский возраст)
 - б) разнообразными пароксизмальными расстройствами
 - в) типичными изменениями личности
 - г) **всеми перечисленными**
 - д) ни одним из перечисленных

16. Хронические эпилептические психозы проявляются
- а) паранойяльными состояниями
 - б) галлюцинаторно-параноидными состояниями
 - в) кататоническими расстройствами
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
17. В псевдоневрогенной стадии атеросклероза наблюдается все перечисленное, кроме
- а) головных болей
 - б) **отсутствия сознания болезни**
 - в) головокружения
 - г) нарушения сна
 - д) шума в ушах
18. При опухолях височных долей возникают все следующие психические расстройства, кроме
- а) **акинетически-абулического синдрома**
 - б) обонятельных галлюцинаций
 - в) зрительных галлюцинаций
 - г) слуховых галлюцинаций
 - д) сновидного изменения сознания
19. Для мусситирующего делирия характерно все перечисленное, кроме
- а) возбуждения в пределах постели
 - б) бессвязного бормотания
 - в) отсутствия реакции на внешние раздражители
 - г) симптома карфологии
 - д) **конфабуляций**
20. Психические расстройства при эндокринных заболеваниях могут быть представлены
- а) психопатоподобными синдромами
 - б) амнестическо-органическим синдромом
 - в) острыми психозами
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного

Вариант 5.

1. Право на отказ от лечения психических расстройств имеют
- а) все лица без исключения
 - б) только лица, не состоящие под диспансерным наблюдением
 - в) только госпитализированные в недобровольном порядке
 - г) все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера
 - д) **все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера, а также тех, кто госпитализируется в недобровольном порядке**
2. Право на информацию о характере применяемых методов лечения имеют лица, страдающие психическими расстройствами
- а) **все**
 - б) недееспособные и несовершеннолетние через своего законного представителя
 - в) за исключением находящихся на принудительном лечении
 - г) за исключением госпитализированных в недобровольном порядке
 - д) все перечисленное неверно
3. Пациенты госпитализируются в психиатрический стационар в недобровольном порядке без их согласия или без согласия их законных представителей до постановления судьи, если обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:
- а) непосредственную опасность больного для себя или окружающих

- ж) беспомощность больного, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
 - з) существенный вред здоровью пациента вследствие ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи
 - и) верно только а) и б)
 - к) **верно все перечисленное**
4. Метод компьютерной томографии применяется для диагностики всех следующих видов мозговой патологии, исключая
- а) **менингиты**
 - б) опухоли мозга
 - в) дегенеративные изменения мозговой ткани
 - г) инфаркты мозга
 - д) кровоизлияния в вещество мозга
5. Катамнез содержит описание
- а) всей истории жизни и заболевания
 - б) жизни и проявлений болезни за последние 5 лет
 - в) **жизни и проявление болезни, начиная с момента последней выписки из данного стационара**
 - г) жизни и проявлений болезни, начиная с момента выписки из любого стационара
 - д) жизни и проявлений болезни, начиная с момента первого поступления в данный стационар
6. Меланхолический раптус это
- а) не сопровождающаяся потерей сознания кратковременная, пароксизмально наступающая утрата мышечного тонуса, приводящая к падению больного
 - б) двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий
 - в) расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
 - г) периодически и внезапно возникающая страсть к воровству
 - д) **двигательное возбуждение, возникающее на фоне мучительной, невыносимой тоски, сочетающееся с безысходностью и отчаянием**
7. Синдром сверхценных идей характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) наличия суждений, возникающих вследствие реальных обстоятельств на основе действительных фактов
 - б) приобретения этими суждениями в сознании больного доминирующего места
 - в) наличия выраженного аффективного напряжения
 - г) склонности при определенных условиях с течением времени блекнуть и исчезать
 - д) **легкости коррекции путем переубеждения пациента**
8. Делирий характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) **кататонических включений**
 - б) помрачения сознания
 - в) наплыва парейдолий и сценopodobных зрительных галлюцинаций
 - г) резко выраженных двигательных возбуждений
 - д) дезориентировки в месте и времени при сохранении ориентировки в собственной личности
9. Обнубиляция это
- а) **нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения**
 - б) ослабление, вплоть до полного исчезновения различий между "я" и "не я", между миром внутренним и внешним, между реальностью и образом, созданным аутистическим миром больного
 - в) исчезновение ощущения течения времени, его непрерывности и последовательности
 - г) нарушение осознания себя как единого целого, сопровождающееся переживанием внутреннего распада, раздвоения, паническим страхом

- д) сновидное помрачение сознания с наплывом произвольно возникающих фантастических представлений
10. К истерическим реактивным психозам относятся
- а) истерические сумеречные помрачения сознания (в том числе синдром Ганзера)
 - б) псевдодеменция
 - в) пуэрилизм
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
11. Для малых истерических припадков характерно все перечисленное, кроме
- а) **абсансов**
 - б) приступов рыданий и хохота, патетических театральных жестов
 - в) чувства дурноты, учащенного дыхания, дрожания тела
 - г) покраснения и побледнения, затруднения дыхания, необходимости лечь или сесть
 - д) обморочных состояний
12. Чертами ананкастного расстройства личности являются
- а) **повышенная педантичность и приверженность социальным условиям**
 - б) чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам, постоянное недовольство кем-то, отказ прощать оскорбления, причинение ущерба и отношение свысока
 - в) эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность
 - г) грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными правилами и нормами
 - д) постоянное стремление быть в центре внимания, к признанию со стороны окружающих
13. Для выраженного маниакального эпизода биполярного аффективного расстройства характерно все перечисленное, исключая
- а) наличие маниакальной триады
 - б) **чувство тревоги**
 - в) идеи переоценки
 - г) расстройство сна
 - д) расторможение влечений
14. Для рекуррентной шизофрении является характерным
- а) высокий удельный вес бредовых и галлюцинаторных расстройств в приступе в сравнении с аффективными нарушениями
 - б) выраженные изменения личности
 - в) наличие "сквозных" расстройств в течение болезни
 - г) все перечисленное
 - д) **ничего из перечисленного**
15. Продром эпилептической болезни характеризуется всеми следующими специфическими расстройствами, внезапно появляющимися и исчезающими за несколько месяцев или лет до возникновения первого пароксизма, кроме
- а) мышечных подергиваний
 - б) **"чужих" мыслей**
 - в) утренних судорог
 - г) идеаторных расстройств типа "шперрунгов" без чувства «деланности»
 - д) идеаторных расстройств типа ускоренных или замедленных мыслей
16. Клинические особенности височной (психомоторной) эпилепсии характеризуются всеми следующими признаками, кроме
- а) глубоких и типичных изменений личности
 - б) генерализованных и негенерализованных пароксизмов
 - в) начала припадков с выраженной аурой, разнообразной структуры
 - г) **пароксизмально возникающих приступов катаплексии**
 - д) бессудорожных пароксизмов с различными вариантами сумеречных состояний
17. При атеросклерозе могут наблюдаться
- а) дисмнестические расстройства

- б) псевдотуморозный синдром
 - в) парафренические психозы
 - г) **все перечисленное**
 - д) верно б) и в)
18. Для опухолей лобной доли наиболее характерен синдром
- а) эпилептиформный
 - б) психопатоподобный
 - в) **акинетически-абулический**
 - г) галлюцинаторно-параноидный
 - д) психоорганический
19. Для аменции характерны все перечисленные психические расстройства, кроме
- а) растерянности
 - б) **обильных сценopodobных зрительных галлюцинаций**
 - в) возбуждения в пределах постели
 - г) инкогеренции
 - д) симптома карфологии
20. Психоэндокринный синдром проявляется всем перечисленным, кроме
- а) снижения психической активности
 - б) утраты реакции на эмоционально значимые стимулы
 - в) изменений влечений и инстинктов
 - г) аффективных расстройств с преобладанием смешанных состояний
 - д) **кататонических расстройств**

Вариант 6.

1. При недобровольной госпитализации психически больного, в неотложных случаях, решение о проведении лечения без согласия больного может приниматься
- е) **врачом-психиатром единолично**
 - ж) только комиссией врачей-психиатров
 - з) только с санкции прокурора
 - и) только по постановлению суда
 - к) только по разрешению главного психиатра
2. До постановления судьи основанием для госпитализации в психический стационар в недобровольном порядке при наличии тяжелого психического расстройства является
- е) заявление граждан о неправильном поведении пациента
 - ж) направление в стационар психиатра скорой медицинской помощи
 - з) направление в стационар психиатра психоневрологического диспансера (отделения, кабинета)
 - и) **беспомощность пациента, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности**
 - к) ни одно из перечисленных
3. Метод наблюдения позволяет выявить
- а) диссимуляцию
 - б) изменение психического состояния больного
 - в) возможность агрессивных действий
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
4. Генетические методы исследования психических больных используются
- а) для диагностики психических заболеваний
 - б) для определения прогноза психических заболеваний
 - в) для определения степени риска психических заболеваний у родственников
 - г) **для всего перечисленного**
 - д) ни для чего из перечисленного

5. Испытуемый объединяет в одну группу самолет, велосипед, ласточку и вишенку по принципу "движение". Данную особенность мышления можно интерпретировать как проявление
- снижения уровня обобщения
 - искажения процесса обобщения
 - ригидности мышления
 - нарушения динамики мыслительной деятельности
 - нарушения внимания
6. С наличием гипоманиакального состояния могут быть связаны следующие проявления
- повышенный аппетит
 - нарушение сна
 - расторможение влечений
 - все перечисленные
 - ни одно из перечисленных
7. Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме
- несоответствия фактам реальной действительности
 - доступности исправления, устранения путем убеждения
 - возникновения на болезненной основе
 - полного овладения сознанием больного
 - невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью
8. Онейроидное (сновидное) помрачение сознания проявляется всем перечисленным, исключая
- полную отрешенность больных от окружающего
 - наплыв парейдолий и сценopodobных истинных зрительных галлюцинаций
 - фантастическое содержание переживаний
 - дисмнестические расстройства
 - глубокое расстройство самосознания
9. Характеристики невротических расстройств
- психические расстройства
 - психогенно возникающие
 - с относительно благоприятным течением (т.е. с тенденцией к обратимости патологических нарушений)
 - верно все перечисленное
 - ничем из перечисленного
10. Лечение невротических и соматоформных расстройств включает
- медикаментозное лечение
 - психотерапию
 - общеукрепляющее лечение, физиотерапию, санаторно-курортное лечение
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
11. Чертами зависимого расстройства личности являются
- неспособность предъявлять даже разумные требования людям, от которых пациент находится в зависимости
 - чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам, постоянное недовольство кем-то, отказ прощать оскорбления, причинение ущерба и отношение свысока
 - эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность
 - грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными правилами и нормами
 - постоянное стремление быть в центре внимания, к признанию со стороны окружающих
12. Для шизофрении характерны все перечисленные расстройства, кроме
- неврозоподобных расстройств
 - бредовых расстройств
 - галлюцинаторно-бредовых расстройств
 - судорожного синдрома
 - верно а) и г)

13. Для развернутого приступа рекуррентной шизофрении характерна следующая последовательность развития
- а) аффективные расстройства - синдром инсценировки - острый фантастический бред - онейроид
 - б) острый фантастический бред - аффективные расстройства - синдром инсценировки - онейроид
 - в) синдром инсценировки - онейроид - острый фантастический бред - синдром Кандинского - Клерамбо
 - г) онейроид - синдром инсценировки - кататонический синдром - аффективные расстройства
 - д) онейроид - синдром Кандинского - Клерамбо - аффективные расстройства - кататонический синдром
14. Продром пароксизмов эпилепсии характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, возникающими за несколько секунд, минут, часов, дней до возникновения пароксизма
- а) астеническими расстройствами
 - б) аффективными расстройствами
 - в) сенестопатическими расстройствами
 - г) всеми перечисленными
 - д) верно а) и б)
15. Для болезни Альцгеймера характерны все следующие морфологические изменения головного мозга, кроме
- а) атрофии теменных отделов
 - б) атрофии височных отделов
 - в) атрофии мозжечка
 - г) сенильных бляшек
 - д) специфических изменений нейрофибрилл
16. В начальной стадии сосудистого процесса заостряется
- а) тревожная мнительность
 - б) повышенная возбудимость
 - в) склонность к истерическим реакциям
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
17. Корсаковский синдром острого периода черепно-мозговой травмы характеризуется
- а) фиксационной амнезией
 - б) антероградной амнезией
 - в) ретроградной амнезией
 - г) всем перечисленным
 - д) верно б) и в)
18. Для опухолей мозгового ствола наиболее характерны все следующие психические расстройства, кроме
- а) снижения активности
 - б) галлюцинаторных пароксизмов
 - в) своеобразной назойливости
 - г) лабильности аффекта
 - д) расторможенности влечений
19. Маниакальные состояния при симптоматических психозах характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) эйфории
 - б) бездеятельности
 - в) интеллектуальной продуктивности
 - г) астенических расстройств
 - д) двигательного возбуждения

20. При акромегалии наблюдается
- а) снижение психической активности
 - б) нарушение влечений
 - в) нарушение настроения
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного

Вариант 7.

1. Согласие на лечение необходимо получать от больного или его законного представителя
- е) только в начале курса терапии
 - ж) при каждом и любом изменении первоначальной схемы терапии
 - з) **в начале курса терапии, а также при смене метода терапии и таких изменениях в лечении, которые связаны с существенным возрастанием риска побочных эффектов и осложнений**
 - и) при недобровольной госпитализации в психиатрический стационар
 - к) при проведении принудительного лечения
2. Заявление в суд по вопросу о госпитализации лица в недобровольном порядке подается
- е) родственниками лица
 - ж) участковым психиатром
 - з) представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо
 - и) **комиссией врачей-психиатров**
 - к) ни одно из перечисленных
3. Для выявления бредовых идей можно использовать все следующие приемы, кроме
- а) сообщения больному объективных сведений о нем, не называя дающего сведения
 - б) неоднократного возвращения в процессе разговора к интересующему врача вопросу
 - в) беседы с больным на темы, не касающиеся бредовых идей
 - г) **обещания каких-либо санкций в случае отказа больного сообщить интересующие врача сведения**
 - д) всего перечисленного
4. В основе биохимического метода лежит
- а) изучение клинических особенностей у близнецов
 - б) анализ родословной пробанда
 - в) изучение клинических особенностей у приемных детей
 - г) изучение количественного и качественного состава хромосом человека
 - д) **обнаружение наследственных дефектов метаболизма**
5. При сравнении понятий испытуемый находит общее между собакой и кошкой в том, что "у них по четыре ноги". Данный ответ можно интерпретировать как проявление
- а) **снижения уровня обобщения**
 - б) искажения процесса обобщения
 - в) ригидности мышления
 - г) нарушения динамики мыслительной деятельности
 - д) нарушения внимания
6. Маниакальная триада характеризуется
- а) повышенным настроением
 - б) ускорением ассоциаций
 - в) двигательным возбуждением
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
7. Для паранойяльного синдрома свойственно все перечисленное, кроме
- а) **преобладания образных представлений, наличия растерянности**
 - б) стойкости и прогрессирования

- в) наличия непрерывной внутренней работы над содержанием бреда, развитием и систематизацией бредовых идей
 - г) превращения бредовых идей в постоянное воззрение
 - д) повышенной активности
8. Сумеречное помрачение сознания по особенностям клинических проявлений подразделяется на все перечисленные формы, кроме
- а) простой
 - б) психотической
 - в) **эндогенной**
 - г) амбулаторных автоматизмов
 - д) истерической (психогенной)
9. Среди биологических этиологических факторов при невротических расстройствах различают
- а) особенности наследственности и конституции
 - б) отягощение раннего анамнеза патологической беременностью матери
 - в) перенесенные заболевания как сенсбилизатор, усиливающий действие психотравм
 - г) **все перечисленные**
 - д) ни один из перечисленных
10. Паническое расстройство возникает (диагностический критерий по МКБ-10)
- а) при обстоятельствах, связанных с объективной угрозой для жизни
 - б) в ответ на незначительные психотравмирующие события
 - в) на фоне хронической соматической патологии
 - г) **спонтанно, эпизодически, без видимых причин**
 - д) при передозировке нейролептиками
11. Чертами тревожного расстройства личности являются
- а) **повышенная чувствительность к критике в свой адрес или неприятию в обществе**
 - б) ригидность и упрямство
 - в) активное или пассивное перекладывание на других большей части решений в своей жизни
 - г) легко провоцируемые вспышки интенсивного гневливого аффекта, часто приводящие к актам насилия, «поведенческим взрывам»
 - д) подозрительность и общая тенденция к искажению фактов (истолкование нейтральных и дружеских действий других людей как враждебных или подозрительных)
12. Характерным для изменений личности (негативных расстройств) при шизофрении является все перечисленное, кроме
- а) снижения энергетического потенциала
 - б) эмоционального обеднения
 - в) нарастающей интравертированности
 - г) утраты единства психических процессов
 - д) **тугоподвижности, замедленности всех психических процессов**
13. Фебрильным может являться
- а) депрессивно-параноидный приступ шизофрении
 - б) **онейроидно-кататонический приступ рекуррентной шизофрении**
 - в) галлюцинаторно-параноидный приступ шизофрении
 - г) депрессивный приступ шизофрении
 - д) маниакальный приступ шизофрении
14. В развитии большого судорожного припадка различают
- а) тоническую фазу
 - б) клоническую фазу
 - в) фазу помрачения сознания (оглушение или сумеречное расстройство сознания)
 - г) **все перечисленные фазы**
 - д) верно а) и в)
15. Для болезни Пика характерны все следующие морфологические изменения головного мозга, кроме

- а) атрофии теменных отделов
 - б) атрофии лобных отделов
 - в) атрофии височных отделов
 - г) смазанности границ между серым и белым веществом
 - д) атрофии и выпадения клеток
16. Неблагоприятный прогноз атеросклеротического процесса наблюдается при развитии всех перечисленных синдромов, кроме
- а) Корсаковского
 - б) псевдопаралитического
 - в) аффективного
 - г) конфабуляторного
 - д) псевдоальцгеймеровского
17. Депрессивные состояния острого периода черепно-мозговой травмы характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) обязательного возникновения витальной тоски
 - б) заторможенности
 - в) тревоги, страха
 - г) дисфорической окраски аффекта
 - д) возникновения у части больных конфабуляций
18. Для опухолей головного мозга характерны следующие изменения на ЭЭГ
- а) медленные высокоамплитудные волны
 - б) разряды быстрых электрических колебаний
 - в) местное отсутствие электрической активности
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
19. Для астенического варианта психоорганического синдрома характерны все перечисленные психические расстройства, кроме
- а) истощаемости
 - б) раздражительной слабости
 - в) агрессивности
 - г) гиперестезии
 - д) эффективной лабильности
20. Психические расстройства при диффузном токсическом зобе проявляются всем перечисленным, кроме
- а) аффективной лабильности
 - б) тревожно-депрессивных состояний
 - в) меланхолических депрессивных состояний
 - г) бессонницы
 - д) депрессивно-ипохондрического состояния

Вариант 8.

1. При получении врачом-психиатром диспансера сведений, дающих основание предполагать наличие у лица тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя и окружающих, врач-психиатр может повести недобровольное освидетельствование
- е) только с разрешения главного врача диспансера
 - ж) только с разрешения главного психиатра данной территории
 - з) только после получения санкции судьи
 - и) только по решению комиссии врачей-психиатров
 - к) самостоятельно, без дополнительного разрешения с чьей-либо стороны

2. Основанием для недобровольной госпитализации несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет в психиатрический стационар является
- е) его просьба или согласие
 - ж) согласие обоих родителей и решение органа опеки и попечительства
 - з) **просьба или согласие его законного представителя, а при отсутствии такового решение органа опеки и попечительства**
 - и) просьба или согласие его дальнего родственника
 - к) ни одно из перечисленных
3. Экспериментально-психологическое исследование в клинике позволяет решать следующие задачи
- а) получение данных о различных нарушениях психических процессов у больного с диагностической целью
 - б) оценку степени нарушений психической деятельности
 - в) объективную оценку динамики психического состояния в процессе терапии
 - г) ни одну из перечисленных
 - д) **все перечисленные**
4. В основе цитогенетического метода лежит
- а) изучение клинических особенностей у близнецов
 - б) анализ родословной пробанда
 - в) изучение клинических особенностей у приемных детей
 - г) **изучение количественного и качественного состава хромосом человека**
 - д) обнаружение наследственных дефектов метаболизма
5. При выполнении методики "Счет по Крепелину" испытуемый показал следующую динамику продуктивности (количество арифметических операций в мин): 22, 21, 18, 15, 12, 10, 7, 6. Это свидетельствует о
- а) снижении уровня обобщения
 - б) нарушениях памяти
 - в) колебаниях внимания
 - г) **утомляемости**
 - д) нарушениях восприятия
6. Обсессивный синдром характеризуется
- а) возникновением помимо желания пациента чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т.д.
 - б) сознанием их болезненности, критическим отношением к ним
 - в) бессилием в противоборстве, преодолением ценой изнуряющих страданий
 - г) **всем перечисленным**
 - д) ничем из перечисленного
7. Для острого фантастического бреда характерно
- а) наличие бреда инсценировки, интерметаморфозы
 - б) наличие антагонистического бреда
 - в) грандиозность, мегаломаничность переживаний
 - г) чередование страха и экстаза, боязливости и патетики
 - д) **все перечисленное**
8. Бред интерметаморфозы это
- а) депрессивные, ипохондрические фантазии с идеями громадности и отрицания
 - б) ложное убеждение в ошибочном или умышленном обвинении больного окружающими лицами в совершении неблагоприятных или преступных действий, к которым он не имеет никакого отношения
 - в) образные представления, сопровождающиеся тревогой, страхом, экстазом, растерянностью
 - г) **ложное убеждение, проявляющееся идеей полного изменения окружающей обстановки, превращения предметов, перевоплощения лиц**
 - д) приобретение предметами, событиями и окружающими лицами особого смысла

9. К малым припадкам относятся все перечисленные, кроме
- абсансов
 - пропульсивных (акинетических)
 - ретропульсивных
 - импульсивных (миоклонических)
 - парциальных (джексоновских)**
10. Среди этиологических факторов психологической природы невротических расстройств различают
- преморбидные особенности личности
 - психические травмы детского возраста
 - события, порождающие неопределенность положения, представляющие угрозу для будущего или требующие принятия трудных альтернативных решений
 - верно б) и в)
 - все перечисленные**
11. Посттравматическое стрессовое расстройство (МКБ-10)
- возникает как острая реакция на исключительный физический и психологический стресс
 - возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие исключительно угрожающего характера**
 - состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни и обычно препятствующие социальному функционированию
 - состояние тревоги генерализованного и стойкого характера, не связанное с какими-либо средовыми обстоятельствами
 - легкое депрессивное состояние в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации, но продолжающееся не более 2 лет
12. Критериями диагноза психопатического развития является
- относительная тотальность и относительная стабильность
 - склонность к дезадаптации
 - достаточное по продолжительности пагубное влияние среды и соответствующая акцентуация
 - все перечисленное**
 - ничего из перечисленного
13. Для мышления больных шизофренией характерно
- замедление ассоциативного процесса
 - феномен соскальзывания и явление закупорки мышления**
 - обстоятельность
 - ускорение ассоциативного процесса
 - все перечисленное
14. Параноидный вариант приступообразно-прогредиентной шизофрении характеризуется возникновением всех перечисленных типов приступов, кроме
- острого паранойяльного
 - острого галлюциноза
 - острого параноидного
 - острого кататонического**
 - острого парафренного
15. Эпилептический статус сопровождается
- изменениями в сердечнососудистой системе
 - повышением температуры и другими соматовегетативными расстройствами
 - изменениями биохимии крови
 - верно а) и б)
 - всем перечисленным**
16. Признаками группы атрофических процессов головного мозга являются
- незаметное начало заболевания

- б) неуклонно прогрессивное течение
 - в) формирование тотального слабоумия
 - г) **все перечисленные**
 - д) верно а) и в)
17. Классическое лакунарное атеросклеротическое слабоумие выражено нарушением
- а) запоминания
 - б) избирательной репродукции
 - в) хронологической датировки
 - г) ориентировки во времени
 - д) **всего перечисленного**
18. В острой стадии эпидемического энцефалита могут наблюдаться следующие виды расстройств сознания
- а) оглушение
 - б) делирий
 - в) онейроид
 - г) **все перечисленные**
 - д) ни один из перечисленных
19. Для эксплозивного варианта психоорганического синдрома характерны все перечисленные психические расстройства, кроме
- а) раздражительности
 - б) **аспонтанности**
 - в) взрывчатости
 - г) агрессивности
 - д) склонности к паранойяльным сверхценным образованиям
20. Психические расстройства при гипотиреозе представлены всем перечисленным, исключая
- а) расстройства памяти и интеллекта
 - б) брадифрению
 - в) **бессонницу**
 - г) экзогенно-органические психозы
 - д) шизофреноподобные психозы

Вариант 9.

1. Недобровольное освидетельствование больного, состоящего под диспансерным наблюдением, может проводиться
- е) только с разрешения главного врача диспансера
 - ж) только с разрешения главного психиатра данной территории
 - з) только с санкции судьи
 - и) только с санкции прокурора
 - к) **по единоличному решению врача-психиатра, без получения чьего-либо разрешения**
2. Решение об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке может быть принято
- е) врачом любой специальности
 - ж) фельдшером станции скорой медицинской помощи
 - з) **только врачом-психиатром**
 - и) органом управления здравоохранением
 - к) ни одним из перечисленных
3. Морфологическое исследование крови проводится для выявления
- а) инфекционных процессов
 - б) осложнений лекарственной терапии
 - в) характерных изменений при фебрильной шизофрении
 - г) **всего перечисленного**
 - д) ничего из перечисленного

4. В группу повышенного риска при наследовании психических заболеваний входят все перечисленные группы, кроме
- а) детей, у которых болен один из родителей
 - б) братьев и сестер больных
 - в) дядей и теток больных
 - г) родителей больных
 - д) дизиготных близнецов больных
5. Испытуемый объясняет пословицу "Штопай дыру пока не велика" так: "Правильно, когда будет большая, уже не заштопаешь". Это свидетельствует о
- а) правильном понимании условного смысла
 - б) буквальном (конкретном) понимании условного смысла
 - в) искаженном понимании условного смысла
 - г) резонерстве
 - д) соскальзываниях в суждении
6. К навязчивым ритуалам относятся все перечисленные, кроме
- а) навязчивых движений и действий, возникающих совместно с другими образными навязчивостями
 - б) имеющих значение заклинаний, защиты
 - в) действия, совершаемого под воздействием чужой воли
 - г) воспроизводящихся вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья
 - д) воспроизводящихся для преодоления другого вида навязчивости
7. Для истинных галлюцинаций характерно
- а) восприятие без реального объекта
 - б) возникновение только при психическом расстройстве
 - в) наличие произвольно возникающих представлений, проецируемых вовне
 - г) характер проекции, неотличимой от реальных объектов
 - д) все перечисленное
8. Конфабуляции это
- а) искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными
 - б) вымышленные психически больным события, принимающие форму воспоминаний
 - в) расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких, иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
 - г) периодически возникающая страсть к воровству
 - д) транзиторно возникающий непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, образов, представлений
9. Основными невротическими синдромами являются все перечисленные, кроме
- а) фобического, обсессивного
 - б) астенического, ипохондрического
 - в) психоорганического синдрома
 - г) синдрома невротической депрессии
 - д) синдрома нервной анорексии
10. Соматизированное расстройство (диагностический критерий по МКБ-10) это
- а) наличие множественных соматических симптомов без наличия объективной соматической патологии
 - б) активный поиск больным предполагаемого серьезного заболевания
 - в) наличие психопатологической симптоматики на фоне реально существующего соматического заболевания
 - г) наличие психопатологической симптоматики, возникшей вследствие реально существующего соматического заболевания
 - д) ложное убеждение в наличии неизлечимой, приводящей к смерти или унизительной болезни (рак, СПИД и др.)

12. К умственной отсталости (олигофрениям) относят
- а) только врожденное слабоумие
 - б) приобретенное слабоумие с полным распадом психической деятельности
 - в) только рано приобретенное слабоумие без признаков распада психической деятельности
 - г) **врожденное и рано приобретенное слабоумие с признаками недоразвития психики в целом, но преимущественно - интеллекта**
 - д) приобретенное в различные сроки жизни слабоумие с преимущественным поражением интеллектуальной сферы
13. Для эмоциональной сферы больных шизофренией характерно
- а) прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций
 - б) неадекватность, парадоксальность эмоциональных реакций
 - в) раздвоение эмоциональных реакций на одно и то же событие
 - г) **все перечисленное**
 - д) ничего из перечисленного
14. При шубообразной шизофрении приступы с преобладанием навязчивостей характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) стертой атипичной депрессии
 - б) развития навязчивых сомнений, фобий
 - в) аффективной окраски фобий
 - г) **выработки сложной системы ритуалов**
 - д) повышенной рефлексии
15. К малым припадкам относятся все перечисленные, кроме
- а) **парциальных джексоновских припадков**
 - б) абсансов
 - в) пропульсивных (акинетических) припадков
 - г) ретропульсивных припадков
 - д) импульсивных (миоклонических) припадков
16. Начальная стадия болезни Альцгеймера протекает
- а) с угрюмо-сниженным настроением
 - б) с психопатоподобными расстройствами
 - в) с начальными дисмнестическими проявлениями
 - г) **со всем перечисленным**
 - д) верно б) и в)
17. В начальном периоде гипертонической болезни отмечаются все перечисленные симптомы, кроме
- а) мучительных головных болей
 - б) приступов головокружений
 - в) обмороков
 - г) переходящих речевых пароксизмов
 - д) **выраженных нарушений памяти**
18. Травматическая астения проявляется всем перечисленным, кроме
- а) реакции недовольства
 - б) **безразличия к своему состоянию**
 - в) повышенной психической и физической утомляемости
 - г) нерешительности, неверия в свои силы
 - д) обидчивости
19. Эйфорический вариант психоорганического синдрома характеризуется всеми перечисленными психическими расстройствами, кроме
- а) повышенного фона настроения с оттенком эйфории
 - б) бестолковости
 - в) **нарушений памяти по типу фиксационной амнезии**
 - г) резкого снижения критики к своему состоянию
 - д) повышения влечений

20. Для климактерического синдрома характерно все перечисленное, кроме
- а) аффективной лабильности
 - б) лабильности психической активности
 - в) расстройств сна
 - г) массивных вегетативных расстройств
 - д) **апатико-динамического синдрома**

Вариант 10.

1. Решение об установлении диспансерного наблюдения за лицом, страдающим психическим расстройством, или его прекращении принимается
- е) врачом-психиатром единолично
 - ж) **комиссией врачей-психиатров**
 - з) главным врачом диспансера
 - и) только судом
 - к) только прокурором
2. Для помещения обвиняемого в психиатрический стационар на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу
- е) достаточно постановления следователя
 - ж) необходимо постановление следователя с санкцией прокурора
 - з) **необходимо определение суда**
 - и) необходимо постановление прокурора, которому следователь обязан передать дело
 - к) все перечисленное неверно
3. Биохимическое исследование крови проводится
- а) для выявления биохимических сдвигов, характерных для различных психических заболеваний (шизофрении, МДП, эпилепсии, алкоголизма, наследственных заболеваний и др.)
 - б) для определения содержания лития при соответствующей терапии
 - в) для определения функции печени при терапии психотропными средствами
 - г) **для всего перечисленного**
 - д) ни для чего из перечисленного
4. В группу наивысшего риска при наследовании психических заболеваний входят
- а) дети, у которых болен один из родителей
 - б) дети, у которых больны оба родителя
 - в) родители больных
 - г) dizygotные близнецы больных
 - д) **все перечисленные**
5. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) физической истощаемости
 - б) психической истощаемости
 - в) **фиксационной амнезии**
 - г) аффективной лабильности
 - д) вегетативными расстройствами
6. Признаком деперсонализационного синдрома является
- а) элективный мутизм
 - б) повышенная раздражительность
 - в) негативизм
 - г) **чувство утраты эмоций**
 - д) фиксационная амнезия
7. Иллюзии это
- а) застойность, малая подвижность, замедленность смены психических процессов
 - б) повышенная восприимчивость к обычным внешним раздражителям, сопровождающаяся неприятным субъективным чувством

- в) понижение восприимчивости к внешним раздражениям
 - г) лишённые смыслового значения произвольные насильственные движения
 - д) ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений
8. Деменция это
- а) возникающее в результате болезни ослабление интеллектуальной деятельности
 - б) неспособность к правильной артикуляции, смазанная, запинаясь, спотыкающаяся речь
 - в) нарушение плавности речи в виде судорожного расстройства координации речевого акта и повторения отдельных слогов
 - г) закономерность развития амнезии, начинающейся с утраты памяти на недавние события, а позднее и на давно прошедшее
 - д) неожиданная, произвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
9. К психогенным двигательным нарушениям относятся
- а) истерические судорожные припадки
 - б) парезы и параличи
 - в) гиперкинезы, афония и мутизм
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
10. Какое тревожное расстройство проявляется генерализованной и стойкой тревогой, не ограниченной какими-либо определенными обстоятельствами с полиморфными соматическими симптомами и трудностями контроля
- а) генерализованное тревожное
 - б) паническое
 - в) фобическое
 - г) обсессивно-компульсивное
 - д) агорафобия
11. Средней тяжести умственной отсталости соответствует IQ
- а) 35-50
 - б) 45-60
 - в) 55-65
 - г) 25-35
 - д) 55-75
12. Основными типами течения шизофрении являются все перечисленные, кроме
- а) непрерывно-прогредиентного
 - б) вялотекущей
 - в) кататонической
 - г) приступообразно-прогредиентного
 - д) рекуррентного
13. После перенесенных приступов при шубообразной шизофрении возможно
- а) возникновение нажитой циклотимии
 - б) нарушение развития (после детских приступов)
 - в) развитие псевдопсихопатий
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
14. К бессудорожным пароксизмам с глубоким помрачением сознания относятся все перечисленные, кроме
- а) бредового варианта сумеречного расстройства сознания
 - б) абсансов
 - в) галлюцинаторного варианта сумеречного расстройства сознания
 - г) ориентированного варианта сумеречного расстройства сознания
 - д) амбулаторных автоматизмов (фуги, транс)
15. Бредовые психозы при болезни Альцгеймера протекают в виде

- а) систематизированных параноидальных
 - б) малосистематизированных с фабулой ревности и ущерба
 - в) параноидных
 - г) парафренических
 - д) депрессивно-параноидных
16. Психические нарушения при гипертонической болезни возникают
- а) при развитии сердечной декомпенсации
 - б) при присоединении инфекционных и соматических заболеваний
 - в) при развитии инсульта
 - г) во всех перечисленных случаях
 - д) ни при одном из перечисленных случаев
17. Дисфорические состояния при травматической болезни характеризуются
- а) тоскливо-злобным аффектом
 - б) сенестопатиями без определенной локализации
 - в) гиперстезией
 - г) всем перечисленным
 - д) верно а) и в)
18. При паротитном энцефалите возможны следующие психические расстройства
- а) оглушение, переходящее в сопор и кому
 - б) делирий
 - в) сумеречные состояния
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
19. Для апатического варианта психоорганического синдрома характерно
- а) спонтанность
 - б) безразличие к окружающему
 - в) значительные дисмнестические расстройства
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
20. Психические нарушения при сахарном диабете возникают
- а) только в тяжелых случаях
 - б) при любой тяжести течения заболевания
 - в) при латентном диабете
 - г) при диабете тучных
 - д) при инсулинонезависимых формах

6. Критерии оценивания результатов обучения

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программой подготовки. Допущено несколько	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
			негрубых ошибок	
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристики сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций*	-	-	-	-

** - не предусмотрены для программ аспирантуры*

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик:

Касимова Лала Наримановна, зав.кафедрой психиатрии, д.м.н., профессор

Дата «17» ноября 2022 г.