

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева»
Минздрава России
профессор Н.Г. Незнанов
« 28 » июня 2017г.

ПЕРЕСМОТРЕНО

(в связи с изменением названия учреждения)
Директор ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»
Минздрава России


профессор Н.Г. Незнанов

«21» сентября 2017г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Психотерапия»**

Основная профессиональная образовательная программа – программа подготовки
кадров высшей квалификации

ФГОС ВО утвержден приказом Министерства образования и науки
Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1064

Квалификация:

Врач-психотерапевт

Форма обучения

очная

Санкт-Петербург

2017

Программа рассмотрена на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

№ пп	Дата Ученого совета, номер протокола	Основания	Решение
1	28 июня 2017 г Протокол № 7 заседания Ученого совета ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева» МЗ РФ	Утверждение программы ординатуры 2017-2019 года обучения	Одобрено, рекомендовать к утверждению директором ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева» МЗ РФ
2	21 сентября 2017г. Протокол № 8 заседания Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева» Минздрава России	Пересмотр программ ординатуры 2017-2019 года обучения в связи с изменением названия учреждения	Одобрено, рекомендовать к утверждению директором ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева» Минздрава России

Оценочные средства для контроля успеваемости и результатов освоения
дисциплины

Раздел учебной дисциплины	Контролируемая компетенция	Виды контроля и аттестации	Форма оценочного средства
Общая психопатология	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Частная психиатрия	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Клиническая психофармакология	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы, клинические (ситуационные) задачи, тестовые задания
Непсихотические психические расстройства	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Основы суицидологии	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Промежуточный контроль	Тестовые задания
Психотерапия (общие вопросы)	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Психотерапия (методы и техники)	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Все разделы	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Итоговая аттестация по дисциплине в форме дифференцированного зачета.	Контрольные вопросы, клинические (ситуационные) задачи, тестовые задания

Методические материалы и критерии оценки для проведения контроля

Проведение текущего контроля знаний, умений и владений по дисциплине «Психотерапия» осуществляется путем учета посещения занятий, заполнения дневника ординатора, устного опроса ординатора на занятиях.

Промежуточная аттестация ординаторов после освоения каждого раздела дисциплины осуществляется посредством устного собеседования по контрольным вопросам и результатов тестов, а также клинических (ситуационных) задач). Каждый ординатор получает 2 вопроса, готовится в течение 10 минут, после чего дает устный ответ. В случае тестирования, каждый ординатор получает тест, состоящий из 20 вопросов, отвечает в течение 30 минут, после чего сдает тест на проверку. Критерием зачета по результатам тестирования является 70 и более процентов правильных ответов. В случае получения клинической (ситуационной) задачи, каждый ординатор получает билет с задачей, в течение 30 минут готовится, после чего дает устный ответ на вопросы задачи. Ответ оценивается по системе зачтено/не зачтено.

Итоговый контроль знаний, умений, владений по окончании дисциплины проводится в форме дифференцированного зачета, выполнения курсовой работы. Дифференцированный зачет проводится в устной форме по билетам. При проведении устного дифференцированного зачета экзаменационный билет выбирает сам аттестуемый ординатор. Билет содержит клиническую (ситуационную) задачу. Во время проведения дифференцированного зачета ординатору разрешается оформлять ответы на вопросы билета в письменном виде либо полностью, либо тезисно. Время подготовки для ответа на вопросы, содержащиеся в билете 30 минут. Оценка по результатам объявляется аттестуемому ординатору после окончания ответа по билету.

Подготовка и защита курсовой работы является формой оценки выполнения обучающимся в ординатуре самостоятельных работ, заданий на практических и семинарских занятиях, проверки полноты усвоения им теоретических знаний и практических навыков в объеме учебной программы. Курсовая работа подготавливается и оформляется согласно требованиям к оформлению курсовых работ.

Критерии оценки результатов итоговой аттестации

Оценка	Критерий оценки
Отлично	Оценка «отлично» выставляется обучающемуся лицу, которое демонстрирует полное соответствие знаний, умений, навыков приведенным в таблицах показателям, оперирует приобретенными знаниями, умениями, применяет их в ситуациях повышенной сложности. Оценка «отлично» выставляется обучающемуся лицу, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
Хорошо	Оценка «хорошо» выставляется, если

	<p>обучающееся лицо твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Обучающееся лицо демонстрирует частичное соответствие знаний, умений, навыков, основные знания, умения освоены, но допускаются незначительные ошибки, неточности, затруднения при аналитических операциях, переносе знаний и умений на новые, нестандартные ситуации</p>
<p>Удовлетворительно</p>	<p>Оценка «удовлетворительно» выставляется, если обучающееся лицо имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.</p> <p>Обучающееся лицо демонстрирует неполное соответствие знаний, умений, навыков, в ходе контрольных мероприятий обучающееся лицо допускаются значительные ошибки, проявляется отсутствие знаний, умений, навыков по ряду показателей, обучающееся лицо испытывает значительные затруднения при оперировании знаниями и умениями при их переносе на новые ситуации.</p>
<p>Неудовлетворительно</p>	<p>Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если обучающееся лицо не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, демонстрирует явную недостаточность знаний, умений, навыков в соответствии с приведенными показателями.</p>

Формы оценочных средств

- 1. Перечень контрольных вопросов (n=307) (Приложение 1).**
- 2. Перечень тестовых вопросов (n=200) (Приложение 2).**
- 3. Перечень клинических (ситуационных) задач (n=18) (Приложение 3).**

Перечень контрольных вопросов

1. Основные принципы организация психотерапевтической помощи в России. Основные приказы, инструкции, методические материалы, регламентирующие деятельность психотерапевта. Подготовка и повышение квалификации в области психотерапии.
2. Организация психотерапевтической службы в амбулаторных условиях, в стационаре, в санаторно-курортных учреждениях. Значение психотерапии в комплексе лечебно-профилактических мероприятий.
3. Содержание и порядок работы психотерапевтического кабинета. Организация работы психотерапевтического кабинета в зависимости от профиля лечебно-профилактического учреждения.
4. Содержание и порядок работы психотерапевтического отделения в зависимости от их специализации. Особенности организации стационара с ограниченным по времени пребыванием пациента (дневной и вечерне-ночной полустационары). Психотерапевтические центры, их цели, задачи, функции.
5. Роль врача-психотерапевта на различных этапах медицинской помощи (кабинет психотерапии, психотерапевтическое отделение в стационарах, отделениях реабилитации и др.).
6. Правовые основы лицензирования и аккредитации медицинской деятельности.
7. Определение психотерапии как врачебной специальности. Основные цели, задачи и функции психотерапии.
8. Основные понятия в психотерапии: «личностный подход в психотерапии», психотерапевтическое вмешательство», «психотерапевтическая интервенция», «психотерапевтический процесс», «направление», «течение», «метод», «методика», «технический прием», понятие прогресса в психотерапии.
9. Принципы систематизации и классификации в психотерапии. Классификация с учетом основных направлений. Классификация методов.
10. Модели психотерапии: медицинская, педагогическая, философская, социологическая.
11. З.Фрейд и психоаналитическая философская традиция в психотерапии.
12. Экзистенциальная философия и ее значение для психотерапии. Работы Камю, Сартра, Франкла как философская основа развития экзистенциальной психотерапии.
13. Феноменологическая философская традиция и феноменологический подход в психотерапии.
14. Интердисциплинарный характер психотерапии.
15. Концепции нормы и патологии, применяемые в психотерапии и психиатрии, их сравнительный анализ.
16. Понятие функционального, многомерного, многоплоскостного диагноза при пограничных психических расстройствах и его значение для психотерапии. Показания и противопоказания к психотерапии.
17. Понятие негативной и позитивной диагностики невротозов. Понятие прогноза при психотерапии.
18. Внутренняя картина болезни и ее структура.
19. Психологические факторы этиопатогенеза заболеваний и их учет при проведении психотерапии.
20. Механизмы лечебного действия психотерапии.
21. Основные теории возникновения и развития психосоматических расстройств.

22. Биопсихосоциальные факторы риска психосоматических расстройств и их учет при проведении психотерапии.
23. Общая психология, научные психологические исследования, теории и концепции как теоретическая основа психотерапии.
24. Психологическое понятие «нормы» и «патологии».
25. Психологические основы психодинамического подхода в психотерапии.
26. Концепция патологии (концепции невроза) в психодинамическом подходе.
27. Бихевиоризм и бихевиористский подход как теоретическая основа изучения поведения. Концепция патологии (концепция невроза) в рамках поведенческого подхода.
28. Гуманистический подход как теоретическая основа самоактуализации и самореализации.
29. Гуманистические концепции невроза. Психологические основы психотерапии в рамках гуманистического подхода.
30. Понятие личности, основные концепции личности и их значение для медицины и психотерапии.
31. Биопсихосоциальные характеристики личности: темперамент, характер, акцентуации личности.
32. Самосознание (концепция «Я»); потребности, мотивы, конфликты.
33. Механизмы психологической защиты и совладания.
34. Социология личности. Понятие социальной среды и ее значение для психотерапии.
35. Понятие психотравмы. Типы психотравм.
36. Категории психотравмирующих воздействий.
37. Понятие экзогенной вредности. Критические жизненные ситуации.
38. Понятие стресса. Основные теории стрессовых факторов.
39. Понятие конфликта. Современные классификации конфликтов. Межличностные конфликтные ситуации. Основные типы межличностных конфликтов.
40. Динамика межличностного конфликта. Психологические основы разрешения конфликтных ситуаций. Стратегии поведения участников конфликта. Влияние межличностного конфликта на возникновение нервно-психических расстройств.
41. Определение, концептуальные и теоретические характеристики психодинамического направления.
42. Основные теории личности психодинамического направления
43. Методы психотерапии, входящие в психодинамическое направление, история их создания, основные теоретические и концептуальные основы.
44. Классический психоанализ З.Фрейда. Основные теоретические положения.
45. Динамическая теория бессознательного.
46. Психоаналитическая теория влечений.
47. Модели психического аппарата.
48. Психоаналитическая теория защит.
49. Теория психосексуального развития личности.
50. Методика и технические приемы классического психоанализа.
51. Начальный этап психоанализа: задачи, технические приемы.
52. Средняя часть психоанализа: методика и техника работы с переносом, контрпереносом, сопротивлением.
53. Работа со сновидениями в классическом психоанализе.
54. Проработка, понятие и терапевтическое значение.
55. Задачи и технические приемы окончания психоанализа. Критерии окончания психоанализа.

56. Аналитическая психология и психотерапия К.Г.Юнга. Понятия сознания и бессознательного в аналитической психологии. Экто- и эндопсихические функции сознания. Понятие об архетипах.
57. Индивидуальная психология А.Адлера. Основные понятия индивидуальной психологии. Жизненные цели. Стилль жизни. Схема апперцепции. «Чувство общественного»; «Стремление к социальной корпорации».
58. О.Ранк - «Волевая терапия». Основные понятия.
59. В.Штекель - «Активная аналитическая терапия» Основные понятия.
60. К.Хорни «Характерологический психоанализ» Основные понятия.
61. Гуманистический психоанализ Э.Фромма. Основные понятия.
62. Интерперсональная терапия С.Салливана. Основные понятия.
63. М.Кляйн «Эго-анализ» Основные понятия.
64. В.Райх «Характерный анализ» Основные понятия.
65. Современная модель краткосрочной психодинамической терапии.
66. Групповая психоаналитическая психотерапия и ее влияние на развитие современных моделей групповой психотерапии.
67. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (ЛОРП) по Карвасарскому, Исуриной, Ташлыкову.
68. Патогенетическая психотерапия В.Н. Мясичева как теоретическая база ЛОРП.
69. Концепция личности как система отношений индивида с окружающей средой. Биопсихосоциальная концепция невротических расстройств.
70. Индивидуальная и групповая формы ЛОРИ. Основные цели и задачи ЛОРП.
71. Определение, теоретические и концептуальные характеристики когнитивно-поведенческого направления в психотерапии.
72. Классическая и оперантная теории научения в трудах И.П.Павлова и Б.Ф.Скиннера.
73. Основные положения концепции Скиннера о природе человека.
74. Общие принципы обуславливания человеческого поведения.
75. Методы когнитивно-поведенческого направления. История их создания, основные теоретические и концептуальные основы.
76. Современная модель когнитивно-поведенческой психотерапии.
77. Общие цели когнитивно-поведенческой психотерапии (психотерапевтический контакт; усиление мотивации и др.).
78. Основные принципы проведения сессии (определение актуальной проблемы и фокуса психотерапевтической сессии; поведенческий и проблемный анализ; определение мишеней психотерапии; поиск ресурсов).
79. Основные когнитивно-поведенческие техники. Технические приемы начального и основного этапов, методики заключительной части терапевтической сессии.
80. Особенности применения когнитивно-поведенческой психотерапии в лечении больных тревожно-депрессивными и фобическими расстройствами
81. Особенности применения когнитивно-поведенческой психотерапии в лечении лиц с аддиктивными формами поведения
82. Особенности применения когнитивно-поведенческой психотерапии в подходах к лечению больных с расстройствами приема пищи (нервная анорексия, булимия и др.).
83. Когнитивная психотерапия Бека.
84. Рационально-эмоционально-поведенческая психотерапия Эллиса.
85. Неоповеденческие методы: Нейролингвистическое программирование.
86. Психотерапия, ориентированная на решение (позитивная психотерапия).
87. Интерперсональная терапия Клермана и Вейсманн.
88. Экзистенциально-гуманистическое направление, его определение, историческое развитие, концептуальные и теоретические основы.

89. Экзистенциальная философия Гуссерля, Хайдеггера, Сартра, Камю, экзистенциальная психология Ясперса - теоретические основы концепций личности в экзистенциальном подходе.
90. Представление о человеке в гуманистической концепции психологии.
91. Гуманистическая концепция личности.
92. Понимание патологии и нормы в гуманистической традиции.
93. Представление А.Маслоу о невротической личности.
94. Общие принципы и цели экзистенциально-гуманистического направления в психотерапии.
95. Экзистенциальная психотерапия. Определение.
96. Основные подходы и школы экзистенциальной психотерапии. Бисвангер, Виктор Франкл, Ролло Мей, Ирвин Ялом, Джеймс Бьюдженталь как лидеры основных школ в экзистенциальной психотерапии.
97. Содержание основных понятий в экзистенциальной психотерапии. Экзистенция как центральное понятие метода.
98. Основные экзистенциальные категории: свобода; изоляция (одиночество); смерть; смысл (бессмысленность); выбор и ответственность 112.Цели и задачи экзистенциальной психотерапии.
99. Клиент-центрированная психотерапия. Научно-теоретические предпосылки создания метода.
100. Карл Роджерс и его феноменологическая позиция в экзистенциально-гуманистическом направлении.
101. Основные положения клиент-центрированной психотерапии К.Роджерса.
102. Понятие «клиент» в клиент-центрированной психотерапии. Особенности контакта. Понимание индивида, личности и среды.
103. «Я-концепция» в клиент-центрированной психотерапии.
104. Тенденция актуализации в клиент-центрированной психотерапии
105. Формирование самооценки при взаимодействии индивида с социумом. Восприятие опыта. Причины искажения опыта индивида.
106. Конгруэнтность и инконгруэнтность.
107. Условия психотерапевтического процесса в клиент-центрированной психотерапии
108. Основные методики клиент-центрированной психотерапии: вербализация, молчание, отражение эмоций, конгруэнтность проявлений терапевта.
109. Процесс клиент-центрированной психотерапии. Динамика. Исход терапии.
110. Групповая клиент-центрированная психотерапия.
111. Развитие клиент-центрированной психотерапии в трудах К.Роджерса.
112. Гештальт терапия. Определение.
113. Основные положения учения Ф.Перлса, научные предпосылки создания метода.
114. Феноменологический подход в гештальт-терапии.
115. Основные понятия гештальт-теории: отношение фигуры и фона, осознание потребностей, сосредоточение на настоящем, противоположности, функции защиты, зрелость.
116. Концепция личности и личностного роста в гештальт-теории.
117. Основные принципы гештальт-терапии: «сейчас»; «Я-Ты»; принцип «субъективизации высказываний» (принцип ответственности); «континуум сознания». Технические процедуры.
118. Индивидуальная и групповая формы гештальт-терапии.
119. Области применения гештальт-терапии.
120. Суггестивная психотерапия. Историческое развитие учения о внушении и гипнозе.

121. Теоретические концепции, объясняющие природу гипноза: нейродинамическая теория И.П.Павлова, психоаналитическая теория З.Фрейда, современные данные нейрофизиологических и нейрохимических исследований.
122. Внушение, его роль в жизни общества. Внушение как лечебный фактор.
123. Прямое и косвенное внушение.
124. Внушение в состоянии бодрствования.
125. Внушение в состоянии естественного, гипнотического и наркотического сна.
126. Варианты и формулы терапевтического внушения.
127. Феномен плацебо-эффекта.
128. Внушение и убеждение, их различия.
129. Методика и техники гипнотерапии.
130. Беседа, предшествующая гипнозу. Ее содержание и значение.
131. Гипнабельность и специальные приемы ее определения.
132. Техника гипнотизации.
133. Лечебное внушение в состоянии гипноза (общие и специальные внушения, содержание внушения).
134. Дегипнотизация.
135. Глубина гипноза.
136. Осложнения гипнотерапии.
137. Показания и противопоказания к применению гипносуггестивной терапии.
138. Наркопсихотерапия. Методика. Показания и противопоказания к проведению.
139. Самовнушение.
140. Произвольное и непроизвольное самовнушение.
141. Произвольное самовнушение как один из существенных механизмов лечебного действия психотерапии.
142. Методика Куэ.
143. Прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону.
144. Аутогенная тренировка.
145. Биологическая обратная связь.
146. Эриксоновский гипноз. История создания метода.
147. Приемы наведения транса в эриксоновской модели гипноза.
148. Речевые паттерны гипнотизации в эриксоновской модели гипноза.
149. Репрезентативные системы. Якорение.
150. Структура терапевтического сеанса в эриксоновской модели гипноза.
151. Основные различия классического и эриксоновского гипноза.
152. Психодрама. Историческое развитие и определение.
153. Классическая психодрама. Основные понятия и положения групповой психодраматической сессии.
154. Основные компоненты психодрамы: ролевая игра, спонтанность. «Теле», катарсис, инсайт.
155. Техника психодрамы: роли, фазы развития, методики (монолог, двойник, обмен ролями и др.).
156. Возможность сочетания психодрамы с другими методами психотерапии.
157. Показания и противопоказания к применению метода психодрамы.
158. Метод телесно-ориентированной психотерапии. История возникновения и развития.
159. В.Райх и его учение о психологии тела. Концепция сексуальности, анализа характера, «характерного» и «мышечного панциря».
160. А.Лоуэн - биоэнергетический подход в телесно-ориентированной психотерапии;

161. Ида Рольф - структурная интеграция как методика телесно-ориентированной психотерапии;
162. М.Фельденкрайз - к осознанию через движение, современный подход в телесно-ориентированной психотерапии.
163. Метод телесно-ориентированной психотерапии в индивидуальной работе.
164. Метод телесно-ориентированной психотерапии в групповой форме работы.
165. Методики и техники телесно-ориентированной психотерапии: трансовые техники; техники эмоционального раскрепощения; активизирующие; снимающие мышечное напряжение.
166. Этические аспекты телесно-ориентированной психотерапии. Проблема прикосновений в психотерапии и злоупотреблений.
167. Терапевтические возможности телесно-ориентированной психотерапии.
168. Показания к применению телесно-ориентированной психотерапии.
169. Арттерапия. История развития и распространенность метода.
170. Теоретическая концепция арттерапии. Вопросы систематизации и классификации.
171. Арттерапия как метод психодинамического направления.
172. Механизмы и анализ изобразительного творчества с позиций психоаналитического подхода.
173. Психотерапевтический процесс и отношения «психотерапевт - пациент» в психодинамической арттерапии.
174. Анализ проективного рисунка.
175. Арттерапия как метод экзистенциально-гуманистического направления.
176. Возможности арттерапии с позиций гуманистического подхода.
177. Методики арттерапии.
178. Показания к применению арттерапии.
179. Индивидуальная арттерапия
180. Групповая арттерапия
181. Арттерапия в работе с семьей.
182. Арттерапевтический кабинет и его оснащение.
183. Области практического применения: арттерапия в клинике пограничных нервно-психических расстройств.
184. Арттерапия в клинике внутренних болезней: арттерапия в ревматологии, кардиологии, гастроэнтерологии и др.
185. Арттерапия в работе с пациентами, страдающими онкологическими и другими заболеваниями с высоким риском летального исхода.
186. Арттерапия в геронтологии.
187. Арттерапия в образовании.
188. Арттерапия в детско-подростковой практике
189. Развитие арттерапии в последние годы.
190. Получение образования в области арттерапии.
191. Правила создания группы.
192. Индивидуальная форма психотерапии. Определение. Основные задачи и функции индивидуальной психотерапии. Области применения.
193. Формирование и динамика взаимоотношений «психотерапевт - пациент» в индивидуальной психотерапии.
194. Фазы психотерапевтического процесса в индивидуальной психотерапии.
195. Факторы лечебного действия индивидуальной психотерапии.
196. Возможности различных методик, технических приемов в индивидуальной психотерапии на примерах использования методов психодинамического направления.

197. Возможности различных методик, технических приемов в индивидуальной психотерапии на примерах использования методов когнитивно-поведенческого направления.
198. Возможности различных методик, технических приемов в индивидуальной психотерапии на примерах использования методов гуманистического направления.
199. Метод индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.
200. Концепция взаимоотношений психотерапевт - пациент с позиций личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (ЛОРП).
201. Методические приемы индивидуальной ЛОРП: патогенетический анализ биографии личности больного, методические приемы, направленные на осознание и реконструкцию нарушенных отношений личности.
202. Групповая психотерапия. Определение. Историческое развитие.
203. Специфические различия между индивидуальной и групповой формами психотерапии.
204. Понятие группы - классификация и основные психологические характеристики.
205. Концепция взаимоотношений психотерапевт - группа в процессе групповой психотерапии.
206. Групповая динамика психотерапевтической группы.
207. Цели, структура, нормы группы. Методики групповой психотерапии на примерах различных методов психодинамического, когнитивно-поведенческого и гуманистического направлений.
208. Метод групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (ЛОРП).
209. Правила создания группы. Отбор в группу.
210. Роли групповых психотерапевтов.
211. Фазы развития психотерапевтической группы.
212. Методики групповой ЛОРП: групповая дискуссия, психогимнастика, невербальные технические приемы.
213. Эффективность групповой психотерапии.
214. Семейная психотерапия. Определение семейной психотерапии. История развития, основные школы семейной терапии.
215. Основные положения системного подхода в семейной психотерапии.
216. Понятия: «гармоничная семья», «дисгармоничная (дисфункциональная) семья»; «семейный диагноз», «семейные мифы».
217. Диагностика семейных отношений.
218. Стратегия и этапы семейной психотерапии.
219. Показания и противопоказания к семейной психотерапии.
220. Психотерапевтический процесс. Особенности взаимодействия врача и пациента в различных направлениях психотерапии.
221. Отличия психотерапевтического процесса в классическом психоанализе, психоаналитической и психодинамической психотерапии.
222. Особенности построения психотерапевтического процесса при проведении поведенческой психотерапии.
223. Особенности построения психотерапевтического процесса при проведении гуманистической психотерапии.
224. Понятие психотерапевтического контракта.
225. Техники заключения психотерапевтического контракта.

226. Вопросы профессиональной экологии при проведении психотерапии. «Синдром эмоционального сгорания», его причины, меры профилактики и преодоления.
227. Этио-деонтологические аспекты психотерапии.
228. Психотерапия в клинике пограничных психических расстройств. Психические и поведенческие расстройства в международной классификации болезней последнего пересмотра.
229. Основные различия МКБ-10 и МКБ-9. Проблемы, связанные с различными подходами, описаниями, классификациями пограничных нервно-психических расстройств.
230. Эпидемиология, определение, классификация пограничных нервно-психических расстройств.
231. Общее учение о неврозах. Этиология и патогенез неврозов.
232. Основные невротические синдромы.
233. Психотерапия при различных невротических состояниях и вариантах внутренней картины болезни.
234. Выбор психотерапевтического метода с учетом клинической динамики невротического расстройства.
235. Психопатии, их типология и клиническая картина.
236. Особенности психотерапии в зависимости от типа психопатий.
237. Психосоматические расстройства. Современные представления.
238. Внутренняя картина болезни при психосоматических заболеваниях («Я»-концепция, конфликты, психологические механизмы защиты и совладания).
239. Психологические, социальные, поведенческие, биологические факторы риска возникновения психосоматических расстройств.
240. Психотерапия в клинике психосоматических расстройств.
241. Симптомоцентрированный, личностно-ориентированный и социоцентрированный подходы к психотерапии психосоматических расстройств.
242. Место и роль психотерапии в системе методов реабилитационных воздействий на различных этапах психосоматического заболевания.
243. Особенности сочетания психотерапии и психофармакотерапии в клинике психосоматических расстройств.
244. Расстройства приема пищи. Эпидемиологические исследования.
245. Аспекты пищевого поведения с психодинамических позиций.
246. Избыточное питание и ожирение. Распространенность, статистические данные.
247. Ожирение как фактор риска возникновения серьезных соматических заболеваний и преждевременной смерти. Психодинамические аспекты избыточного питания. Структура личности.
248. Психотерапия, основные принципы, цели и задачи. Причины неэффективной терапии.
249. Нервная анорексия. Определение. История и эпидемиология.
250. Дифференциальный диагноз. Варианты психогенеза при нервной анорексии.
251. Динамические аспекты возникновения, течения и лечения больных нервной анорексией.
252. Структура личности пациентов с нервной анорексией. Прогноз.
253. Психотерапевтические подходы к нервной анорексии в системе общих лечебных мероприятий.
254. Нервная булимия. Определение. Дифференциальный диагноз. Психогенез и клиническая картина. Структура личности.
255. Психологические механизмы развития сексуальных расстройств. Клиника сексуальных расстройств.

256. Психотерапия в клинике сексуальных расстройств.
257. Клинико-реабилитационные аспекты при шизофрении. Латентная форма шизофрении и особенности ее клинических проявлений.
258. Основные задачи психотерапии в зависимости от сохранности и ресурсов личности больных шизофренией (поддерживающая или реконструктивная направленность психотерапии).
259. Клиника аффективных расстройств. Возможности психотерапии (индивидуальной и групповой) при лечении аффективных расстройств.
260. Классификация наркологических заболеваний.
261. Алкоголизм. Клиника различных стадий алкоголизма.
262. Клинико-психологические особенности течения наркоманий, токсикоманий, игровой и компьютерной зависимости.
263. Современная концепция терапии наркологических заболеваний. Роль и место психотерапии в отношении алкоголизма и наркоманий.
264. Основные принципы, цели и задачи психотерапии в наркологии. Профилактика наркологических заболеваний.
265. Роль и место психотерапии в комплексном лечении больных с органическими заболеваниями центральной нервной системы.
266. Методы (рациональной, когнитивно-поведенческой, суггестивной, телесно-ориентированной, арттерапии, семейной) психотерапии в системе комплексной восстановительной терапии постинсультных больных. Их сравнительный анализ и оценка эффективности.
267. Роль психотерапии в системе восстановительного лечения больных эпилепсией. Психотерапия в группе в форме «лечебной перспективы», ее цели и задачи.
268. Роль и значение поддерживающей психотерапии у больных с органическими заболеваниями нервной системы. Клубные формы работы для бывших пациентов неврологической клиники.
269. Психотерапия в соматической медицине.
270. Психотерапия в кардиологии. Актуальность проблемы. Роль и место психотерапии в комплексном лечении больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.
271. Клинико-реабилитационные аспекты ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда.
272. Психосоматические и психотерапевтические подходы в комплексном лечении больных гипертонической болезнью.
273. Психотерапия в пульмонологии
274. Психотерапия в гастроэнтерологии
275. Психотерапия в эндокринологии
276. Психотерапия в ревматологии.
277. Выбор психотерапевтического метода с учетом клинической динамики сопутствующего невротического расстройства.
278. Психотерапия в хирургии. Историческое развитие. Гипноз в хирургической практике.
279. Гипноз и внушение в акушерско-гинекологической, оториноларингологической, стоматологической, ожоговой клиниках.
280. Показания к гипносуггестивной психотерапии в хирургии.
281. Психотерапия в клинике сердечно-сосудистой хирургии.
282. Возможности использования личностно-ориентированной психотерапии у пациентов клиники пластической и эстетической хирургии.
283. Этапы и механизмы патологизирующего семейного наследования.
284. Виды семейного воспитания и методы их диагностики.

285. Интегративное движение в психотерапии. Актуальность. Основные принципы, понятия и положения интегративной модели психотерапии.
286. Факторы, способствующие развитию интегративного движения в психотерапии.
287. Современные модели интегративной психотерапии. Возможность интеграции и сочетаний методов различных направлений психотерапии.
288. Интеграция методов других направлений в систему личностно-ориентированной психотерапии.
289. Интегративные модели в психотерапии больных неврозами, психосоматическими расстройствами.
290. Интегративные модели психотерапии в наркологии.
291. Психотерапия и фармакотерапия. Соотношения фармакологических, психологических и социальных воздействий в системе лечения невротических и психосоматических расстройств.
292. Психологические и психотерапевтические эффекты фармакотерапии. Положительное воздействие фармакотерапии на психотерапевтический процесс. Феномен плацебо-эффекта биологической терапии.
293. Основные группы психофармакологических средств. Антидепрессанты. Нейролептики. Транквилизаторы. Ноотропы.
294. Вопросы патогенетического и симптоматического лечения соматизированных и соматоформных нервно-психических расстройств.
295. Побочное действие психотропных средств.
296. Противопоказания к назначению психотропных препаратов.
297. Интоксикации психофармакологическими препаратами.
298. Психотерапия, психопрофилактика и реабилитация. Психопрофилактика первичная, вторичная, щетинная. Содержание, цели и задачи.
299. Роль психотерапии в психопрофилактике. Взаимосвязь психопрофилактики с другими дисциплинами.
300. Психогигиена, ее роль и значение в первичной психопрофилактике.
301. Значение и роль психотерапии во вторичной психопрофилактике.
302. Проблемы оценки эффективности в психотерапии.
303. Методы и методики исследования эффективности психотерапии: клинические шкалы оценки эффективности психотерапии, психологические и социально-психологические методы оценки эффективности психотерапии.
304. Психофизиологические и физиологические методы оценки эффективности психотерапии.
305. Критерии оценки психотерапии.
306. Особенности исследования эффективности психотерапии при различных ее формах.
307. Оценки эффективности психотерапии при различных заболеваниях.

Перечень тестовых вопросов

Тестовое задание №1: Стресс (по Г.Селье) – это:

- а) нервное вредоносное напряжение
- б) неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование; общий адаптационный синдром
- в) вид дистресса
- г) защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессором
- д) а) и г)

Тестовое задание №2: К основным общим факторам в психотерапевтических воздействиях, без знания которых едва ли возможен правильный учет эффективности психотерапии, относится все перечисленное, за исключением (Б.Д. Карвасарский):

- а) оперативной модификации поведения больного за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с психотерапевтом
- б) приобретения социальных навыков на модели психотерапевта
- в) убеждения и внушения, явного или скрытого
- г) характерологической совместимости психотерапевта с пациентом (подобие, созвучие в каких-то гранях их характерологических радикалов) и бескорыстной доброты психотерапевта
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №3: Основными клиническими предпосылками широкого и эффективного применения психотерапии являются (Б.Д. Карвасарский):

- а) постоянное соотнесение структуры, формы психотерапевтического воздействия с клинической картиной, особенностями личностной почвы пациента
- б) клиническое мироощущение и диалектико-материалистическое движение мысли психотерапевта
- в) прямое использование психотерапии в большом круге заболеваний, в этиопатогенезе которых психическому фактору принадлежит определяющая или весьма существенная роль
- г) лечебно-профилактическое значение психотерапии с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни, их последствия, влияния специфических расстройств на психологическое функционирование индивида, его поведение и прочее
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №4: Аналитическая терапия отличается от гипнотической тем, что (З. Фрейд):

- а) направлена на устранение внутренних сопротивлений
- б) здесь врач помогает пациенту внушением, действующим в воспитательном смысле; аналитическая терапия работает над самим перенесением, устраняет то, что ему противодействует
- в) совершенно не использует силу внушения
- г) является хорошо замаскированным, сильно суггестивным лечебным воздействием без гипноза
- д) правильно а) и б)

Тестовое задание №5: Архетипы – это все перечисленное, за исключением (К. Юнг):

- а) «архаических остатков» (З. Фрейд)
- б) «первобытных образов» (К. Юнг)
- в) часто наблюдаемых в снах элементов, не индивидуальных и не выводимых из личного опыта сновидца
- г) некоторых вполне определенных мифологических образов и мотивов
- д) проявления инстинктов в фантазиях посредством символических образов

Тестовое задание №6: Комплексы – это (К. Юнг):

- а) аффекты, заряженные тягостным переживанием своей неполноценности
- б) фрагменты обостренного самолюбия, не могущего найти выхода, разрядиться, реализующиеся в агрессивные поступки или в невротические симптомы
- в) психические фрагменты, выделившиеся в отдельные конstellации образов и идей в результате психических травм или каких-либо конфликтов, одновременно несовместимых друг с другом тенденций; подавленные эмоциональные содержания, которые могут вызвать постоянное душевное раздражение, а иногда даже симптомы невроза
- г) постоянно сдерживаемая осознанная, ситуационно обусловленная неприязнь к кому-либо

Тестовое задание №7: Сон (сновидение) – это (К.Юнг):

- а) явление, служащее целям компенсации; нормальное психическое явление, передающее бессознательные реакции или спонтанные импульсы сознанию
- б) символы бессознательных сексуальных желаний
- в) символическое переживание своей неполноценности
- г) архетипы аутоагрессии

Тестовое задание №8: Основные роли в психодраме – это все перечисленное, кроме:

- а) аудитории
- б) вспомогательного «Я»
- в) протагониста
- г) актера
- д) режиссера

Тестовое задание №9: Эмпатический способ общения с другой личностью подразумевает все перечисленное, кроме (К. Роджерс):

- а) сообщения ваших впечатлений о внутреннем мире другого, когда вы смотрите свежим и спокойным взглядом на те его элементы, которые волнуют или пугают вашего собеседника
- б) частого обращения к другому для проверки своих впечатлений и внимательного прислушивания к получаемым ответам
- в) ясного, откровенно-честного высказывания другому своей профессионально-критической точки зрения по поводу его мыслей и переживаний
- г) указания на возможные смыслы переживаний другого (дабы помочь ему переживать более полно и конструктивно); при этом на некоторое время оставляем в стороне свои точки зрения и ценности (чтобы войти в мир другого без предвзятости)
- д) отодвигания в сторону своего "Я" при ясном чувстве, что смогу успешно вернуться из мира другого в свой мир, когда захочу

Тестовое задание №10: Виды групп встреч – это группы, ориентированные на (К. Рудестам):

- а) определенную задачу и на чувство общности

- б) изучение природы и своего личностного отношения к природе
- в) дзэн
- г) совместный анализ клинической структуры невротических расстройств друг у друга
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №11: Гештальт-терапия разработана на основе:

- а) поведенческой психотерапии
- б) синтетической психотерапии Вольфганга Кречмера
- в) психоанализа и экзистенциальной философии
- г) правильно а) и б)
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №12: Функции защиты включают в себя все перечисленное, кроме:

- а) патологического слияния
- б) ретрофлексии
- в) резиньянции
- г) интроекции
- д) проекции

Тестовое задание №13: К основным методам (упражнениям) гештальт-терапии относятся все перечисленные, за исключением:

- а) упражнений на расширение осознания
- б) изучения литературы по физиологии, психологии
- в) интеграции противоположностей
- г) усиления внимания к чувствам
- д) принятия ответственности за самих себя

Тестовое задание №14: Основателем гештальт-подхода к групповой работе считается:

- а) Абрахам Маслоу
- б) Курт Левин
- в) Карен Хорни
- г) Фредерик Перлз
- д) Адриан Хилл

Тестовое задание №15: Логотерапия по Ф. Франклу – это попытка:

- а) придать смысл жизни пациенту
- б) помочь пациенту разобраться в характерах людей по особенностям их речи и на основании этого строить с людьми добрые дружеские отношения, смягчая свою душевную напряженность
- в) помочь пациенту спонтанно найти свой смысл
- г) придать цель жизни пациенту
- д) побудить пациента к религиозному переживанию

Тестовое задание №16: Цель логотерапии состоит:

- а) в побуждении к оживлению целебной религиозности в пациенте
- б) в объединении с пациентом на почве общей веры
- в) в том, чтобы побудить к вере в божественные откровения
- г) в лечении души, побудить пациента думать о смысле жизни, верить в смысл
- д) верно а) и б)

Тестовое задание №17: К основным видам (методам) частной психотерапии относится все перечисленное, кроме:

- а) рациональной терапии
- б) модификации аутогенной тренировки по Клейнзорге и Клюмбиесу, прогрессирующей релаксации Джекобсона
- в) суггестивной психотерапии
- г) групповой психотерапии
- д) поведенческой психотерапии

Тестовое задание №18: В известную психотерапевтическую триаду Бехтерева входят все следующие моменты, кроме:

- а) когнитивной беседы по Беку и анализа невротического конфликта
- б) разъяснительной беседы с группой больных
- в) гипноза
- г) обучения самовнушению
- д) все перечисленное

Тестовое задание №19: В структуре личности, по З. Фрейду, существуют все следующие основные компоненты, кроме:

- а) Ид
- б) Сверх-Я
- в) Эго
- г) Сверх-цензор
- д) Оно

Тестовое задание №20: В структуре личности, по К. Юнгу, существуют все следующие основные компоненты, кроме:

- а) личного бессознательного
- б) коллективного бессознательного
- в) сознания
- г) архетипа и расового бессознательного
- д) все перечисленное

Тестовое задание №21: По К. Хорни, человеком управляют следующие основные тенденции:

- а) стремление к удовлетворению своих желаний и стремление к безопасности
- б) либидо
- в) генетическое стремление к власти
- г) врожденная агрессивность
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №22: Основными моментами (звеньями) в концепции личности К. Роджерса являются все перечисленное, кроме:

- а) врожденной агрессивности человека
- б) категории самооценки
- в) ситуации, в результате которой ребенок «предает мудрость своего организма» и ведет себя так, как принято, чтобы не потерять любовь окружающих
- г) перенесения ребенком источника оценок на других людей
- д) ухода человека от индивидуального оценочного механизма, от истинной самооценки

Тестовое задание №23: Миннесотский опросник включает в себя все следующие шкалы, кроме:

- а) истерии
- б) депрессии
- в) психастении
- г) эпилептоидии и наркомании
- д) достоверности

Тестовое задание №24: Методика чернильных пятен Роршаха состоит в том, что:

- а) испытуемый свободно – бессознательно мажет чернилами бумагу и экспериментатор интерпретирует пятна как выражение определенных эмоциональных состояний
- б) испытуемый интерпретирует чернильные пятна, хаотически разбросанные на бумаге
- в) испытуемый интерпретирует чернильные пятна, имеющие симметричный характер; анализируется обыденность или оригинальность интерпретации
- г) ортодоксально – психоаналитически разыскиваются в пятнах либидинозные символы
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №25: Фрустрационный тест Розенцвейга выявляет все перечисленное, кроме:

- а) силы либидо личности исследуемого и уровня притязаний личности
- б) экстрапунитивности личности исследуемого
- в) интрапунитивности личности исследуемого
- г) импунитивности личности исследуемого
- д) все перечисленное

Тестовое задание № 26: Тематический апперцепционный тест выявляет все перечисленное, за исключением:

- а) способности к воображению, фантазии
- б) стойкости внимания и богатства памяти
- в) особенности эмоциональности
- г) особенности осмысления
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №27: Тест «незаконченных предложений» – это:

- а) одна из вербальных проективных методик
- б) тест, способный выявить мотивы, потребности личности
- в) тест, способный выявить психологические компенсаторные механизмы
- г) тест, способный выявить отношение к отцу
- д) все перечисленное

Тестовое задание №28: Согласно функциональной психологии, разработанной Люшером, синий цвет, выбранный пациентом как самый ему приятный, раскрывает его состояние:

- а) напряжения
- б) покоя, удовлетворения
- в) возбуждения, активности
- г) разрядки
- д) изменчивости, оригинальности

Тестовое задание № 29: Исследование уровня притязаний помогает выявить:

- а) конфликт при истерии и конфликт при неврастении
- б) шизофренические псевдогаллюцинации
- в) абстрактные способности
- г) наличие творческих способностей
- д) органические заболевания

Тестовое задание №30: Защитный психологический механизм «вытеснения» характерен для страдающих:

- а) депрессивным неврозом
- б) неврозом навязчивых состояний
- в) неврастенией
- г) ипохондрическим неврозом
- д) истерическим неврозом

Тестовое задание №31: Для страдающих неврастенией характерна психологическая защита по типу:

- а) «отрицания», «рационализации»
- б) шизоидизации
- в) «интеллектуализации»
- г) «интермиссии», «агглютинации»
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №32: Обсессивно-фобический невротический конфликт обусловлен:

- а) противоречием между моральными принципами, личными привязанностями; борьбой между желанием и долгом
- б) борьбой между возможностями личности и завышенными требованиями к себе
- в) противоречием между стремлениями личности и претензиями личности
- г) противоречием между завышенными претензиями личности и недооценкой реальных условий
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №33: Неврастенический невротический конфликт обусловлен:

- а) борьбой между желанием и долгом
- б) противоречием между стремлением и недооценкой требований окружающих
- в) некритическим преобладанием требовательности к окружающим над требовательностью к себе
- г) противоречием между возможностями личности и моральными принципами; борьбой между чувством долга и личными привязанностями
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №34: Истерический невротический конфликт обусловлен:

- а) противоречием между возможностями личности и моральными принципами; борьбой между чувством долга и личными привязанностями
- б) борьбой между возможностями личности и завышенными требованиями к себе
- в) противоречием между завышенными претензиями личности и недооценкой реальных условий
- г) неверием в собственные силы
- д) недостаточным творческим потенциалом личности

Тестовое задание 35: Особенностью гипнотического метода М. Эриксона является все перечисленное, за исключением:

- а) гипноанализа
- б) краткого директивного внушения при погружении в гипноз; спокойного словесного погружения в гипноз «гипнотической песней»
- в) сочетания психоанализа с гипнозом
- г) использования в гипнозе визуализации различных конфликтных сцен
- д) техники «рассеивания»

Тестовое задание № 36: Рациональную психотерапию П. Дюбуа иначе принято называть всеми перечисленными терминами, кроме:

- а) перевоспитания пациента путем развития и укрепления его ума
- б) убеждения посредством диалектики
- в) сократического метода
- г) целесообразной и аналитической терапии

Тестовое задание №37: Различают следующие подходы в групповой психотерапии, за исключением:

- а) дидактического
- б) аналитического
- в) поведенческого
- г) восточно-иероглифического
- д) экзистенциально-гуманистического

Тестовое задание №38: Особенности психотерапевтической работы «группы встреч» (К. Роджерс) состоят в том, чтобы:

- а) познавать себя и других в более или менее интуитивно-недирективно в живом общении; помогать товарищу в его житейском конфликте общественным мнением группы
- б) познавать характеры участников группы на базе психологически-типологического просвещения, воспитания; клинически направлять мнение группы в свободном откровенном самовыражении участников группы
- в) в непосредственном, живом, глубоком взаимодействии друг с другом рассказывать свое сокровенное, дабы каждый участник группы познавал себя и окружающих полнее, чем в обычных домашних или служебных контактах, и научился лучше относиться к другим людям в группе и в жизни
- г) правильно а) и в)

Тестовое задание №39: Формами групповой психотерапии являются:

- а) эмпатия
- б) самораскрытие
- в) групповая систематическая десенситизация фобий
- г) снижение эгоцентризма и чувство общности с группой
- д) ни одно из перечисленных

Тестовое задание №40: В развитии и функционировании психотерапевтической группы основными фазами (по Б.Д. Карвасарскому) являются:

- а) фаза напряжения и фаза аффективно заряженного поведения, негативного по отношению к психотерапевту
- б) фаза с аффективно заряженным одобрением психотерапевта и благодарным желанием группы его защищать
- в) фаза спонтанных анархических поступков участников группы
- г) фаза релаксаций
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №41: В случае длительного молчания в группе психотерапевту нецелесообразно (по Б.Д. Карвасарскому):

- а) прерывать молчание, стимулируя группу к какой-либо определенной активности
- б) делать это молчание предметом обсуждения
- в) не прерывать молчание

- г) использовать молчание для того, чтобы помочь пациентам понять свою ответственность за то, что происходит в группе
- д) стремиться всегда к максимальному смягчению напряженности в группе

Тестовое задание №42: Задачей группового психотерапевта (по Б.Д. Карвасарскому) является:

- а) недирективное ориентирование активности группы; стимулирование группы
- б) постоянный контроль над соотношением сплоченности и напряженности в группе
- в) являть собой образец поведения в групповой ситуации
- г) способствовать усвоению пациентом навыков сотрудничества и взаимопомощи
- д) все перечисленное

Тестовое задание №43: Психогимнастика – эта форма психотерапии, при которой:

- а) участники группы выражают эмоции только с помощью мимики
- б) пациенты учатся понимать чувства, мысли без помощи слов и движений
- в) пациенты выполняют различные упражнения, в том числе направленные на развитие внимания и как невербально обратить на себя внимание группы
- г) пациенты получают, в частности, пантомимические задания, выполнение которых обсуждается всей группой
- д) правильно в) и г)

Тестовое задание №44: Особенности групповой эмоционально-стрессовой психотерапии в клинике пограничных состояний являются все, кроме:

- а) принципа индивидуального подхода к больному в групповом лечении пациентов; синдромологического анализа
- б) оценки характерологических особенностей и клинической динамики состояния каждого члена группы
- в) принципа клинического подхода как наиболее важного здесь, основного принципа; «групповой клинической динамики»
- г) преподавания пациентам элементов клинической психиатрии
- д) все перечисленное

Тестовое задание №45: «Стереоскопическая» техника лечения супружеских пар (по Мягер и Мишиной) предполагает, что:

- а) каждого пациента супружеской пары ведет «свой» терапевт, проблемы же обсуждаются вчетвером; объединение усилий врача и психолога, как наиболее оптимальное
- б) обязательное совпадение пола психотерапевта и его пациента
- в) объединение усилий двух психотерапевтов-врачей разного пола, но примерно одинакового возраста – как оптимальное
- г) желание пациента духовно вознаграждать психотерапевта и наоборот
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №46: «Уровень удовлетворенности» члена семьи связан, прежде всего, с проблемами (Э.Г. Эйдемиллер и В.В. Юстицкий):

- а) интимности и изменчивости
- б) «разбросанностью» явлений в разных сферах жизни семьи в разные моменты ее существования
- в) духовности
- г) типологии характеров
- д) правильно а) и б)

Тестовое задание №47: К методикам семейной психотерапии относятся все перечисленные, кроме:

- а) указаний (директив)
- б) семейной дискуссии
- в) обусловленного общения
- г) психотерапевтического воздействия на семью дурным примером психотерапевта
- д) проигрывания семейных ролей

Тестовое задание №48: Различают следующие виды занятости (М.М. Кабанов):

- а) занятия по способностям «прикладного характера»
- б) развлекательно-познавательные мероприятия
- в) музыкотерапию
- г) арттерапию
- д) правильно а) и б)

Тестовое задание №49: Результаты многих исследований воздействия музыки на сердечно-сосудистую систему свидетельствуют о том, что обычно:

- а) в случае удовольствия от музыки сердцебиения учащаются и становятся слабее
- б) в случае удовольствия от музыки замедляется пульс
- в) при раздражающем характере музыки усиливаются сокращения сердца, расширяются кровеносные сосуды
- г) в случае удовольствия от музыки снижается артериальное давление
- д) правильно б) и г)

Тестовое задание №50: Арттерапия в международном понимании – это:

- а) лечение творчеством в широком смысле
- б) лечение игровым искусством
- в) лечение общением с живописью
- г) лечение изобразительным творчеством
- д) всевозможное, разнообразное использование искусства для целей лечения

Тестовое задание №51: Психодрама – это:

- а) своеобразная импровизированная инсценировка, воспроизводящая взаимоотношения в той малой социальной группе, в которой пациент живет, работает и не смог приспособиться, в виде драматического действия; инсценировка, в которой пациент может поменяться своей ролью с кем-либо из участников группы
- б) Фрейдовский психоанализ, воплощенный в игре
- в) инсценировка, в которой играют роли только пациенты, а не актеры-профессионалы
- г) инсценировка, в которой близкие, друзья, сослуживцы пациента игрового участия не принимают, они только зрители
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №52: При наркопсихотерапии одновременно используется:

- а) внушение врача и действие барбитуратов
- б) рациональная психотерапия
- в) некоторые модификации аутогенной тренировки
- г) моменты культуротерапии
- д) правильно б) и г)

Тестовое задание №53: В современной психотерапии распространены следующие основные психотерапевтические направления-системы:

- а) психоаналитическое (психодинамическое) и бихевиористское
- б) гипнотерапия
- в) экзистенциально-гуманистическое
- г) креативная терапия
- д) правильно а) и в)

Тестовое задание №54: Патогенетическая психотерапия Мясищева предусматривает все перечисленное, за исключением:

- а) применяется индивидуально
- б) применяется в групповой форме
- в) является основой для разработки систем личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии при алкоголизме и психозах
- г) ставит главной своей целью - помочь пациенту полезно включиться в жизнь своими болезненными личностными свойствами
- д) является практически единственной, достаточно разработанной у нас системой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии

Тестовое задание №55: Самым общим синдромом, свойственным всем психическим болезням, является:

- а) аффективный
- б) невротический
- в) астенический
- г) паранояльный
- д) ни один из перечисленных

Тестовое задание №56: Раздражительная слабость – это:

- а) характерное расстройство настроения у эпилептоидного психопата
- б) половая слабость мужчин с дистрофическими расстройствами настроения
- в) церебросклеротическая слезливость
- г) раздражительность (несдержанность) органического генеза
- д) раздражительность, легко истощающаяся, сопровождающаяся часто чувством вины, самообвинением

Тестовое задание №57: Астенический синдром по своему происхождению может быть:

- а) шизофреническим
- б) органическим и соматическим (соматогенным)
- в) психогенным
- г) эпилептическим
- д) любым из перечисленных

Тестовое задание №58: Аффективная лабильность – это:

- а) то же самое, что эмоциональная неустойчивость
- б) склонность к дисфорическим взрывам
- в) склонность к красочному воображению
- г) то же самое, что патиатизм
- д) напряженные аффектом бредовые переживания

Тестовое задание №59: Эйфория – это:

- а) все равно, что гипноманиакальное настроение; маниакальная неспособность здраво оценивать ситуацию

- б) содержательная, остроумная веселость
- в) малосодержательная, пустоватая веселость
- г) по существу ажитированная аменция
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №60: Чистой, классической принято называть депрессию:

- а) без навязчивых и психосенсорных расстройств
- б) без атипизма (то есть, с депрессивной триадой)
- в) без бурных вегетативных расстройств
- г) без тоски
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №61: Психастеническая депрессия – это депрессия:

- а) с ананказмами на первом плане, проявляющаяся острыми страхами
- б) с суицидальными переживаниями
- в) с высокой тревожностью, болезненными сомнениями
- г) со сверхценными идеями
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №62: Для классической (типичной) депрессии характерно все перечисленное, за исключением:

- а) мысли о своей неполноценности, никчемности
- б) тоскливости
- в) мыслительной заторможенности
- г) психомоторной заторможенности
- д) ажитации

Тестовое задание №63: Клиническое существо болезненных (патологических) сомнений состоит:

- а) в том, что эти сомнения нелогичны, психологически непонятны
- б) в том, что они, по сути дела, есть навязчивое расстройство
- в) в том, что они есть особая разновидность сверхценных идей
- г) в том, что они по силе, по выраженности своей не адекватны вероятности какой-то значимой для человека опасности
- д) в паранояльности их структуры

Тестовое задание №64: Болезненные сомнения обычно смягчаются или устраняются:

- а) гипнотическим внушением
- б) методикой парадоксальной интенции Франкла
- в) прогрессирующей (прогрессивной) релаксацией Джекобсона
- г) логически-информативным разъяснением, убеждением
- д) протрештическими приемами

Тестовое задание №65: Ипохондрия (ипохондрическое состояние) – это:

- а) состояние, в центре которого стоят бредовые идеи о несуществующей у пациента болезни
- б) состояние душевной угнетенности с угрюмостью, неразговорчивостью
- в) депрессия с ипохондрическими идеями
- г) переживания по поводу не существующего у пациента заболевания
- д) то же самое, что маскированная депрессия

Тестовое задание №66: Дисфорическая депрессия – это:

- а) депрессия с нигилистически-ипохондрическим бредом
- б) депрессия с идеями распада внутренних органов
- в) депрессия с чувством страха и тревоги
- г) то же самое, что слезливая депрессия
- д) депрессия с переживанием смешанного чувства страха, злобы и тоски

Тестовое задание №67: Депрессия с obsссиями – это:

- а) разновидность психастенической депрессии
- б) разновидность ипохондрической депрессии
- в) то же самое, что анестеническая депрессия
- г) то же самое, что улыбающаяся депрессия
- д) то же самое, что ананкастическая депрессия

Тестовое задание №68: Под маскированной депрессией понимают все перечисленное, кроме:

- а) то же самое, что латентная депрессия
- б) то же самое, что ларвированная депрессия
- в) депрессия, обнаруживающаяся прежде всего разнообразными соматовегетативными расстройствами
- г) депрессия с мучительной душевной болью
- д) депрессия с мучительным ощущением в теле

Тестовое задание №69: Маниакальное состояние может сопровождаться:

- а) придиричивостью, раздражительностью, гневливостью
- б) острым чувственным бредом преследования
- в) острым фантастическим бредом, онейроидными расстройствами
- г) галлюцинациями
- д) всем перечисленным

Тестовое задание №70: К вариантам аффективных расстройств относятся:

- а) депрессивные
- б) ипохондрические
- в) навязчивые
- г) психопатические
- д) астенические

Тестовое задание №71: Элементом классической маниакальной триады является:

- а) повышенное, радостное настроение
- б) стремление к движению
- в) гневливость, раздражительность
- г) чувственный бред
- д) аментивные расстройства

Тестовое задание №72: Клиническое существо истеро-невротических конверсивных расстройств состоит в превращении душевного переживания:

- а) в особые фобии истерической структуры
- б) в истерические страхи – рыдания
- в) в какие-либо функционально-соматические, телесные движения, расстройства
- г) в разнообразные ананкастические расстройства истерической структуры
- д) в паранояльность истеро-ипохондрической структуры

Тестовое задание №73: Продуктивная (позитивная) симптоматика – это:

- а) разнообразные расстройства мыслительной продукции
- б) симптомы ослабления памяти
- в) различные проявления слабоумия; симптомы эмоциональной тупости
- г) острые галлюцинации исключительно экзогенного происхождения
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №74: Навязчивые движения:

- а) отличаются произвольностью
- б) совершаются против желания и могут иметь характер тиков
- в) это то же самое, что гиперкинезы
- г) это то же самое, что патологические привычные действия (например, кусание ногтей, сосание пальцев и т.п.)

Тестовое задание №75: Фобии – это всегда:

- а) навязчивые беспредметные страхи
- б) страхи смерти
- в) страхи невротического происхождения
- г) деперсонализационные страхи
- д) навязчивые страхи

Тестовое задание №76: Навязчивости относительно редко встречаются:

- а) при шизофрении
- б) при циклотимии
- в) при ананкстической психопатии
- г) при болезни Пика и пресбиофрении
- д) невротических расстройствах

Тестовое задание №77: Истерическое сумеречное состояние – это:

- а) помраченное, функционально-суженное сознание; сомнамбулизм
- б) глубокая деперсонализация
- в) оглушенность
- г) истерическое галлюцинирование и агрессивные взрывы
- д) правильно а) и б)

Тестовое задание №78: Псевдодеменция – это:

- а) истерическое сужение сознания с психогенной картиной слабоумия
- б) приступ функционального инфантилизма
- в) слабоумие на почве мерцающих сосудистых расстройств
- г) то же самое, что пуэрилизм
- д) истерический ступор с мутизмом

Тестовое задание №79: Сверхценные идеи – это:

- а) навязчивые болезненные мысли, имеющие под собой некоторые, часто обычные (в житейском смысле) реальные обстоятельства, с точки зрения которых эти мысли психологически понятны
- б) суждения, возникшие в результате реальных обстоятельств, но занявшие в дальнейшем не соответствующее их значению преобладающее положение в сознании с развитием чрезмерного эмоционального напряжения
- в) патологическое, нелогичное толкование действительности; расстройства, сопровождающиеся существенным изменением личности

- г) расстройства, которые часто трансформируются в бредовые
- д) правильно в) и г)

Тестовое задание №80: Дистормомания – это:

- а) стойкое патологическое убеждение в своей уродливости или в неправильных отправлениях своего организма
- б) расстройство, при котором больные болезненно сомневаются в том, что, например, ноги их достаточно длинные, нос достаточно прямой и т.д.
- в) расстройство, при котором больные, например, подозревают (пока сами не проверят, не убедятся в своей неправоте), что изо рта у них дурно пахнет, что незаметно отходят у них газы и т.д.
- г) термин, предложенный Э. Крепелином
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №81: К общим признакам помрачения сознания относится все перечисленное, за исключением:

- а) отрешенности от реального мира (от неотчетливого восприятия окружающего до полной невозможности восприятия)
- б) дезориентировки во времени, месте, окружающих лицах, ситуации
- в) нарушения мышления от бессвязности до полной невозможности мыслить
- г) затруднения запоминания происходящих событий и субъективных болезненных расстройств
- д) разнообразных галлюцинаторных расстройств

Тестовое задание №82: У больных с выраженной астенизацией обнаруживаются:

- а) рассеянное внимание, головные боли
- б) раздражительная слабость
- в) "усталость, не ищущая покоя"
- г) произвольные чувственно яркие представления
- д) все перечисленное

Тестовое задание №83: При снижении уровня личности отмечается:

- а) лакунарное слабоумие
- б) дисмнестическое слабоумие
- в) тотальное слабоумие
- г) нивелировка личностных свойств
- д) грубые нарушения памяти

Тестовое задание №84: Для шизоидного склада личности характерны:

- а) преобладание аутизма
- б) эмоциональная хрупкость и известная холодность
- в) непостоянство стремлений, привязанностей
- г) свободное выражение чувств
- д) правильно а) и б)

Тестовое задание №85: Для циклоидного склада личности характерны:

- а) душевная открытость и реалистичность
- б) склонность принимать желаемое за действительное
- в) брутальность
- г) гиперстезия, сочетающаяся со сдержанностью
- д) правильно б) и в)

Тестовое задание №86: Для эпилептоидного склада личности характерно:

- а) преобладание абстрактного мышления
- б) гиперстезия чувств
- в) авторитарность и энергичность, сочетающаяся с некоторой вязкостью аффектов и речи
- г) периодические колебания настроения от радости к печали
- д) правильно а) и б)

Тестовое задание №87: Для истерического склада личности характерно:

- а) естественная живость в переживаниях и движениях
- б) реалистичность
- в) аутистичность
- г) богатство воображения со склонностью принимать желаемое за действительное
- д) брутальность

Тестовое задание №88: Изменение личности по эксплозивному типу характеризуется:

- а) нарастанием оскудения личности
- б) приобретенной склонностью к судорожным припадкам
- в) приобретенным безразличием к окружающему и собственной судьбе
- г) то же самое, что эпилептоидная психопатия
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №89: Основными характеристиками невроза являются все перечисленные, за исключением:

- а) психогенной природы
- б) как правило, конфликтогенности
- в) нервно-психического характера расстройства
- г) психотических расстройств в картине невроза, которые могут быть только истерического происхождения
- д) обратимости симптоматики

Тестовое задание №90: Конфликт между возможностями личности и ее стремлениями, завышенными требованиями к себе лежит в основе:

- а) истерии
- б) невроза навязчивых состояний
- в) фобического невроза
- г) неврастении
- д) правильно а) и в)

Тестовое задание №91: Б.Д. Карвасарский выделяет следующие формы неврозов:

- а) невроз навязчивых состояний и истерический невроз
- б) невроз страха
- в) ипохондрический невроз
- г) деперсонализационный невроз
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №92: При истерических припадках обычно отмечается:

- а) резкий цианоз лица
- б) произвольная дефекация
- в) отсутствие или понижение реакции зрачков на свет
- г) кратковременные тонические судороги, сменяющиеся клоническими
- д) изгибание тела в судорогах

Тестовое задание №93: Наиболее часто встречаются следующие истерические контрактуры:

- а) истерическая кривошея
- б) истерическая камптокормия и блефароспазм
- в) профессиональные дискенезии
- г) писчий спазм
- д) правильно а) и б)

Тестовое задание №94: Астазия-абазия – это:

- а) все равно, что содружественные параличи
- б) невозможность стоять
- в) невозможность ходить
- г) невозможность ходить и стоять при сохранности всех остальных движений ногами
- д) нижний истерический парапарез

Тестовое задание №95: Больные с истерической глухотой:

- а) могут не стремиться, но чрезвычайно быстро научиться читать по губам
- б) всегда одновременно мутичны
- в) обычно одновременно обнаруживают истерическую гемианопсию
- г) как правило, страдают одновременно истерическим амаврозом
- д) правильного ответа нет

Тестовое задание №96: Истерический мутизм:

- а) может сразу прекратиться (выздоровление) или может наслаиваться на афатическое заикание
- б) обычно не переходит в истерическую афонию
- в) обычно не переходит в истерическое заикание
- г) возникает всегда на почве хотя бы легкого органического поражения мозга
- д) правильно в) и г)

Тестовое задание №97: Истерию следует дифференцировать с перечисленными здесь состояниями, кроме:

- а) реактивных психозов, гипнотического сомнамбулизма
- б) индуцированных заболеваний
- в) органических заболеваний мозга
- г) астазии-абазии
- д) всем перечисленным

Тестовое задание №98: Больной истерией в беседе с психотерапевтом должен знать, что:

- а) он несерьезный больной
- б) его переживания есть нечто, не заслуживающее внимания
- в) его симптомы – проявления злой воли
- г) он симулянт
- д) его болезненные расстройства заслуживают внимания психотерапевта и искреннего желания помочь

Тестовое задание №99: Помогая пациенту с навязчивостями, врач должен:

- а) призвать пациента «взять себя в руки», бороться с навязчивостями
- б) апеллировать к «здравому смыслу» и «силе воли»
- в) доказывать пациенту неразумность его навязчивых побуждений

- г) запретить пациенту борьбу с навязчивостями на некоторый срок и призвать пациента тренироваться, точно выполняя врачебные предписания
д) правильно а) и в)

Тестовое задание №100: Основным расстройством при неврастении является:

- а) раздражительная слабость, повышенная возбудимость и легкая истощаемость
б) вспыльчивость
в) шум в ушах, снижение аппетита
г) тягостные ощущения во внутренних органах, невралгии
д) все перечисленное

Тестовое задание №101: Неврастения отличается от невротического симптомокомплекса непсихогенного происхождения прежде всего:

- а) выраженными вегетативными расстройствами
б) положительным окулокататическим феноменом
в) трудностью быстрого переключения с одного вида деятельности на другой
г) повышенной чувствительностью к действию психических раздражителей, как-то связанных с возникновением невроза
д) периодически появляющимся чувством тревоги

Тестовое задание №102: Головная боль при неврастении – это обычно головная боль:

- а) с преимущественным участием нервно-мышечных механизмов
б) с преимущественным участием нервно-сосудистых механизмов
в) без значительно выраженных нервно-мышечных и нервно-сосудистых нарушений
г) типа психалгии
д) называемая «мигренью»

Тестовое задание №103: Психогенная кривошея отличается от кривошеи органической:

- а) тем, что усиливается при волнении
б) тем, что усиливается при мышечном напряжении
в) тем, что обычно возникает непосредственно после психической травмы
г) особой, «каменной» силой напряжения мышц
д) постоянным легким дрожанием мышц

Тестовое задание №104: Артериальная гипотензия невротического характера обычно проявляется всем перечисленным, за исключением:

- а) жалоб на тугую, давящую головную боль в височных и лобно-теменных областях
б) жалоб на головокружение
в) склонности к ортостатическим коллапсам
г) бессонницы
д) лабильности пульса

Тестовое задание №105: При невротической аэрофагии имеет место все перечисленное, кроме:

- а) человек заглатывает воздух в желудок
б) человек засасывает воздух в желудок
в) воздух отходит из желудка отрыжкой с неприятным запахом
г) возникает чувство стеснения в груди
д) возникает боль в эпигастральной области

Тестовое задание №106: При невротических «кишечных кризах» наблюдается:

- а) перистальтическое беспокойство кишечника

- б) громкое урчание
- в) метеоризм
- г) позыв на дефекацию и на отхождение газов
- д) все перечисленное

Тестовое задание №107: Различают следующие клинические формы расстройства сна при неврозах, кроме:

- а) пресомнических расстройств
- б) тревожные кошмарные сновидения
- в) диссомнии
- г) неглубокого сна с пробуждениями
- д) сомноленции

Тестовое задание №108: В экстремальной обстановке (и прежде всего во время войны) из всех невротических расстройств наиболее часто встречаются:

- а) ипохондрические
- б) депрессивные
- в) психастенические
- г) истерические
- д) деперсонализационные

Тестовое задание №109: Истерический ступор, остро развившийся в ответ на психотравмирующее воздействие, обычно характеризуется:

- а) эхопраксией
- б) страдальческой, напряженной мимикой и мутизмом, полной неподвижностью
- в) замедленным пульсом
- г) суженными зрачками
- д) правильно а) и б)

Тестовое задание №110: «Семейного диагноза» – это:

- а) семейный диагноз-это процедура, осуществляемая психотерапевтом (психотерапевтами), по выявлению семейных дисфункций, которые обуславливают возникновение симптоматического поведения
- б) семейный диагноз-это совместная самоидентификация членов семьи перед посещением психотерапевта
- в) семейный диагноз-это механистическое перенесение медицинских процедур для оценки внемедицинских аспектов жизни людей
- г) семейный диагноз – это совокупность медицинских диагнозов всех членов семьи
- д) все перечисленное

Тестовое задание №111: Что такое метод включенного наблюдения?

- а) один из методов клинико-психологического исследования индивидов и семей
- б) один из методов клинико-биографического исследования индивидов и семей
- в) метод включенного наблюдения представляет собой модификацию естественного эксперимента по А.Ф. Лазурскому, позволяющую наблюдать динамику взаимоотношений индивидов в различных группах, их наиболее характерные эмоционально-поведенческие реакции, а также явления противопереноса у наблюдателя
- г) субъективная оценка происходящего при отсутствии методов объективного исследования
- д) метод социальных исследований

Тестовое задание №112: Каковы принципы диагностики неврозов по В.Н. Мясищеву?

- а) принцип позитивной коннотации симптомов
- б) принцип позитивной и негативной диагностики невротоз
- в) системный подход
- г) нейтральность психотерапевта
- д) лабораторно-инструментальное обследование

Тестовое задание №113: Для диагностики невротических расстройств у детей наиболее целесообразно применение:

- а) рисуночных тестов
- б) теста Векслера
- в) семейной социогаммы
- г) ММРІ
- д) шкалы Спилбергера-Ханина

Тестовое задание №114: Отсутствие на рисунке семьи брата или сестры может свидетельствовать о:

- а) о нарушении памяти обследуемого
- б) о конфликтных отношениях с сибсом
- в) о нарушениях внимания
- г) о минимальной мозговой дисфункции у ребенка
- д) о нарушениях восприятия

Тестовое задание №115: Методика «рисунок семьи» в основном позволяет исследовать:

- а) особенности внимания
- б) уровень интеллектуального развития
- в) межличностные отношения в семье
- г) самосознание
- д) мотивацию произвольной деятельности

Тестовое задание №116: К механизму совладания относится следующий способ реагирования личности:

- а) рационализация
- б) вытеснение
- в) проекция
- г) сотрудничество
- д) интеллектуализация

Тестовое задание №117: К эмоциональному механизму совладания относится:

- а) альтруизм
- б) оптимизм
- в) формирование реакции
- г) компенсация
- д) отрицание

Тестовое задание №118: К поведенческому механизму совладания относится:

- а) религиозность
- б) проблемный анализ
- в) альтруизм
- г) агрессивность
- д) относительность

Тестовое задание №119: К когнитивному механизму совладания относится:

- а) компенсация
- б) сотрудничество
- в) оптимизм
- г) проблемный анализ
- д) покорность

Тестовое задание №120: Для выявления алекситимии используют:

- а) тест спилбергера
- б) тест мюррея
- в) торонтскую шкалу /tas/
- г) укл
- д) бвнк-300

Тестовое задание №121: Акцентуация личности -это:

- а) это патологическое состояние, проявляющееся дисгармоничным складом личности, от которого страдают или сам больной или общество
- б) это вариант нормы, отличающийся от гармоничной личности усилением/ослаблением черты или черт, вследствие чего обнаруживается повышенная/пониженная фрустрационная толерантность в отношении определенных стрессовых ситуаций
- в) это группа расстройств с нерезко выраженными нарушениями психической деятельности, возникновение, течение, компенсация и декомпенсация которых определяются преимущественно психогенными факторами
- г) представляет собой патологическую реакцию невротического уровня на психические травмы или неблагоприятные ситуации
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №122: Понятие об интроверсии и экстраверсии в психологию ввел:

- а) З. Фрейд
- б) К. Юнг
- в) А. Адлер
- г) Э. Фромм
- д) О. Ранк

Тестовое задание №123: Первичные процессы, согласно психоаналитической теории, функционируют в системе:

- а) бессознательного
- б) бессознательного и предсознательного
- в) предсознательного и сознательного
- г) сознательного
- д) во всем перечисленном

Тестовое задание №124: Вторичные процессы, согласно психоаналитической теории, функционируют в системе:

- а) бессознательного
- б) бессознательного и предсознательного
- в) предсознательного и сознательного
- г) сознательного
- д) во всем перечисленном

Тестовое задание №125: К суггестивным психотерапевтическим воздействиям относятся:

- а) рациональная психотерапия

- б) аутогенная тренировка
- в) гипнотерапия
- г) гештальт-терапия
- д) арттерапия

Тестовое задание №126: В психоанализе психоаналитик во взаимоотношениях с пациентом стремится:

- а) быть наиболее искренним в выражении своих чувств, занимать позицию эмпатической объективности
- б) соблюдать «технический нейтралитет», подкреплять наиболее адаптивные реакции пациента
- в) оказывать суггестивное воздействие, подкреплять наиболее адаптивные реакции пациента
- г) соблюдать «технический нейтралитет», занимать позицию эмпатической объективности
- д) занимать жесткую авторитарную позицию

Тестовое задание №127: Причиной внутренних конфликтов, согласно психоаналитическим

представлениям, является следующая:

- а) иррациональные представления, связанные с глубинными потребностями
- б) жизненные трудности
- в) противоречие между старыми и новыми формами и способами научения
- г) столкновение между влечениями и страхами их реализации, а так же ограничениями, определяемыми внешней средой
- д) несоответствие между «я»-реальным и «я»-идеальным

Тестовое задание №128: К методике личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии относится:

- а) свободные ассоциации
- б) осознание причинно-следственных связей в системе отношений и переживаний посредством анализа прошлого жизненного опыта
- в) рефрейминг
- г) толкование сновидений
- д) парадоксальная интенция

Тестовое задание №129: Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия относится к следующим направлениям психотерапии:

- а) экзистенциальному
- б) гуманистическому
- в) поведенческому
- г) динамическому
- д) когнитивному

Тестовое задание №130: К какому направлению психотерапии относится клиент-центрированная психотерапия К.Роджерса:

- а) психодинамическому
- б) эклектическому
- в) биохевиоральному
- г) экзистенциально-гуманистическому
- д) позитивному

Тестовое задание №131: Что такое граница контакта в соответствии с представлениями гештальт-терапии?

- а) граница между организмом и окружающей средой
- б) опыт функционирования границы между организмом и окружающей средой
- в) процесс взаимодействия потребностей организма с возможностями окружающей среды
- г) процесс выделения фигуры из фона
- д) процесс управления фигурами в адекватной связи с фоном

Тестовое задание №132: В чем состоит, согласно гештальт-терапии, цель фазы полного «контакта»?

- а) восприятие внешних и внутренних раздражителей
- б) способность двигаться к привлекающему объекту
- в) порождение энергии вокруг восприятия
- г) слияние с выбранной фигурой для реализации актуальной потребности
- д) потребности
- е) выделение фигуры из фона для реализации актуальной потребности

Правильный ответ:

Тестовое задание №133: Как рассматривают сопротивление в гештальт-подходе?

- а) как форму контакта с предыдущим опытом
- б) как внутреннюю интерференцию, которая мешает движению к цели
- в) как специфические способы прерывания взаимодействия со средой
- г) как нарушение функций personaliti
- д) как нарушение функции id

Тестовое задание №134: В чем состоит задача психотерапевта в гештальт-терапии?

- а) помощь клиенту в осознании актуальной потребности и взятии им ответственности в ее реализации
- б) экспектирование проблемной ситуации клиента
- в) обучение клиента в осознании своего поведения и тренинга конструктивной стратегии
- г) осознание чувств и соответствующих им "телесных знаков"
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №135: В поведенческой психотерапии психотерапевт во взаимоотношениях с пациентом стремится к:

- а) повышению личностной вовлеченности в процесс общения
- б) выявлению и анализу совместно с пациентом сопротивления
- в) вчувствованию во внутренний мир пациента
- г) повышению внушаемости
- д) обучению пациента самоконтролю

Тестовое задание №136: К основному техническому приему рациональной психотерапии относится:

- а) внушение
- б) диалог между полярными частями личности
- в) свободные ассоциации
- г) научение
- д) сократовский диалог

Тестовое задание №137: Эффективность поведенческой психотерапии зависит от:

- а) выраженности эмпатического потенциала пациента
- б) психологической направленности пациента на инсайт-ориентированную работу
- в) способности пациента к экспрессивному поведению
- г) старательности, настойчивости пациента, воображения
- д) уровня интеллекта

Тестовое задание №138: Методика поведенческой психотерапии, при которой страдающего фобией пациента намеренно погружают в воображаемую ситуацию, вызывающую самый сильный страх, называется:

- а) систематическая десенсибилизация
- б) наводнение
- в) «феддинг» (затухание)
- г) методика оперантного обусловливания
- д) имплозия

Тестовое задание №139: Методика, при которой пациент сознательно регулирует свои физиологические функции, получая информацию об их состоянии называется:

- а) «феддинг»
- б) обратной физиологической связью
- в) аутогенной тренировкой
- г) систематической десенсибилизацией
- д) имплозией

Тестовое задание №140: Методика обучения расслаблению посредством которого можно научиться добиться ощущения тяжести и тепла в теле, контролировать частоту сердечных сокращений, дыхания и пр. называется:

- а) обратной биологической связью
- б) систематической десенсибилизацией
- в) «феддинг»
- г) аутогенная тренировка
- д) имплозия

Тестовое задание №141: Методика «парадоксальной интенции», разработанная В. Франклом, относится к:

- а) поведенческой психотерапии
- б) клиент-центрированной психотерапии
- в) психоаналитической терапии
- г) рациональной психотерапии
- д) ни к чему из перечисленного

Тестовое задание №142: Методика поведенческой психотерапии, ориентированная на достижение лечебного эффекта по принципу "от противного" называется:

- а) методикой наводнения
- б) методикой оперантного обусловливания
- в) методикой парадоксальной интенции
- г) методикой имплозии
- д) методикой систематической десенсибилизации

Тестовое задание №143: Методика поведенческой психотерапии, направленная на изменение в желательном направлении поведения пациента с помощью поощрения или наказания называется:

- а) методикой наводнения
- б) методикой оперантного обусловливания
- в) методикой парадоксальной интенции
- г) методикой имплозии
- д) методикой систематической десенсибилизации

Тестовое задание №144: Позитивная психотерапия является одним из направлений:

- а) психоанализа
- б) симптомо-центрированных методов
- в) когнитивно-поведенческой психотерапии
- г) лечебной педагогики
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №145: Гипнотическое состояние, согласно определению И.П. Павлова, представляет:

- а) состояние искусственного сна
- б) кратковременное состояние измененного сознания, вызванного воздействием другого человека
- в) промежуточное состояние между бодрствованием и сном, частичный сон, частичное торможение коры при наличии "сторожевого центра"
- г) состояние избирательной сверхчувствительности к внушению
- д) состояние диссоциации сознания

Тестовое задание №146: Пробы на внушаемость предназначены для:

- а) установления контакта
- б) концентрации внимания
- в) усиления веры пациента в возможность быть загипнотизированным
- г) преодоления опасений пациента
- д) укрепления уверенности врача

Тестовое задание №147: Содержание сеанса аналитической психодрамы состоит из:

- а) обсуждения сложившейся ситуации
- б) проигрывания протагонистом значимой ситуации
- в) анализа интеракции в ситуации «здесь-и-сейчас»
- г) вербальной дискуссии
- д) интеракции

Тестовое задание №148: Групповая психотерапия показана в наибольшей степени при:

- а) первой стадии алкоголизма
- б) второй стадии
- в) третьей стадии
- г) женском алкоголизме
- д) детском алкоголизме

Тестовое задание №149: Эффективность гипносуггестивной психотерапии при алкоголизме зависит в наибольшей степени:

- а) от глубины гипнотического состояния
- б) от установок больного
- в) от возраста

- г) от частоты сеансов
- д) от продолжительности сеансов

Тестовое задание №150: Предпочтительная форма индивидуальной психотерапии детей с невротическими расстройствами:

- а) семейная психотерапия
- б) гештальт-терапия
- в) аутогенная тренировка
- г) нейро-лингвистическое программирование
- д) игровая психотерапия

Тестовое задание №151: Психотерапия является ведущей при:

- а) психогенной импотенции
- б) импотенции при хроническом простатите
- в) импотенции при алкоголизме
- г) эндокринных сексуальных расстройствах
- д) при приапизме

Тестовое задание №152: Один из самых главных факторов, влияющих на развитие у детей невротических расстройств:

- а) нестрогое соблюдение режима дня
- б) неправильное воспитание в семье
- в) поступление ребенка в школу
- г) конституциональные особенности
- д) наличие резидуально-органического фона

Тестовое задание №153: Психотерапия как медицинская специальность, по определению Б.Д. Карвасарского, это:

- а) система лечебного воздействия на психику и организм человека
- б) система лечебного воздействия на личность и через личность на организм человека
- в) система лечебного воздействия на личность и через личность на психику человека
- г) система лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №154: Если невроз понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием, то психотерапия будет направлена на:

- а) переучивание
- б) осознание
- в) приобретение нового опыта
- г) переработку иррациональных установок
- д) активизацию творческого потенциала

Тестовое задание №155: Термин «гипноз» ввел в медицинскую практику:

- а) Льебо
- б) Месмер
- в) Брэд
- г) Шарко
- д) Фрейд

Тестовое задание №156: Автором «патогенетической психотерапии» является:

- а) Консторум
- б) Бирман

- в) Мясищев
- г) Рожнов
- д) Лазарус

Тестовое задание №157: Для научных знаний (и, следовательно, для научной психотерапии) характерно все указанное, кроме:

- а) связи с научным экспериментом
- б) зависимости от методологических норм
- в) оценки посредством бытового знания
- г) следования логики эксперимента
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание №158: Терапия творческим самовыражением М. Бурно особенно показана при:

- а) неврозах
- б) органических заболеваниях головного мозга
- в) психопатиях с дефензивными проявлениями
- г) психосоматических заболеваниях
- д) шизофрении

Тестовое задание №159: Психофизиологический эксперимент особенно адекватен для изучения следующих патогенетических механизмов:

- а) социальных
- б) психологических
- в) физиологических
- г) биологических
- д) психосоматических

Тестовое задание №160: Клиент-центрированная психотерапия предполагает:

- а) использование свободных ассоциаций
- б) директивное отношение психотерапевта к пациенту
- в) работу с иррациональными установками личности
- г) изменение системы отношений пациента
- д) выработку новых поведенческих моделей

Тестовое задание №161: Термин «опыт» имеет наибольшее значение для:

- а) психотерапии, основанной на теории научения
- б) динамически-ориентированной психотерапии
- в) гуманистической психотерапии
- г) психотерапии, основанной на когнитивных подходах
- д) суггестивной психотерапии

Тестовое задание №162: Термин «научение» имеет наибольшее значение для:

- а) психоанализа
- б) гештальт-терапии
- в) психодрамы
- г) когнитивной психотерапии
- д) арт-терапии

Тестовое задание №163: Метод систематической десенсибилизации основан на:

- а) оперантном обуславливании
- б) классическом обуславливании

- в) научение по моделям
- г) внушении
- д) медикаментозном лечении

Тестовое задание №164: Специфическим механизмом лечебного действия индивидуальной психотерапии является:

- а) универсальность страданий
- б) интерперсональное влияние
- в) самоэксплорация
- г) эмоциональное сплочение и поддержка
- д) невербальное общение

Тестовое задание №165: Специфическим механизмом лечебного действия групповой психотерапии является:

- а) забота
- б) внушение
- в) десенсибилизация
- г) поощрение
- д) конфронтация

Тестовое задание №166: Понятия «перенос» и «контрперенос» относится к следующим направлениям психотерапии:

- а) когнитивной
- б) позитивной
- в) психодинамической
- г) гуманистической
- д) поведенческой

Тестовое задание №167: В «триаду Роджерса» входят все элементы, кроме:

- а) аутентичности
- б) директивности
- в) безусловной положительной оценки (принятия) пациента
- г) эмпатии
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание № 168: К приемам личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии при неврозах относится:

- а) диалог между частями собственной личности
- б) моделирование
- в) советы относительно способов решения трудной жизненной ситуации
- г) осознание психологических механизмов невроза (причинно-следственных связей между конфликтами, дезадаптивными стереотипами системы отношений и симптоматикой)
- д) научение

Тестовое задание №169: Интерперсональная психотерапия Клермана и Вейсман показана прежде всего пациентам с:

- а) соматическими заболеваниями
- б) шизотипическими расстройствами
- в) алкоголизмом
- г) органическими заболеваниями головного мозга
- д) депрессией

Тестовое задание №170: К понятиям гештальт-терапии не относится:

- а) вытеснение
- б) фигура и фон
- в) незавершенный гештальт
- г) осознание
- д) ничего из перечисленного

Тестовое задание № 171: При лечении «эфирной маской»:

- а) больного крепко фиксируют в вертикальном положении
- б) при истерических параличах парализованная часть тела фиксируется особенно тщательно
- в) в маску наливают 10-15 мл эфира
- г) больной не дышит под маской (задерживается парами эфира дыхание) 1-2 секунды
- д) возможно освободить больного от истерического мутизма

Тестовое задание №172: В наименьшей степени сущность психотерапии раскрывает следующее понятие:

- а) клинико-психологическое вмешательство
- б) психологическая коррекция
- в) внушение
- г) психологическая интервенция
- д) все перечисленное

Тестовое задание №173: Главная задача логотерапии состоит:

- а) в том, чтобы любой ценой устранить страдания
- б) в том, чтобы помочь превратить неизбежное страдание в нечто осмысленное, в достижение
- в) в регрессивном стремлении к покорности
- г) в помощи пациенту в изучении человеческих характеров и поисках своего, уникального, обусловленного характерологическими особенностями жизненного пути
- д) в помощи пациенту в поисках своего целебного религиозного мироощущения

Тестовое задание №174: В основе представлений о личности в поведенческой психотерапии лежит следующее положение:

- а) самость как целостность, объединяющая сознательное и бессознательно
- б) проявления личности обусловлены процессом научения
- в) катектированное либидо теряет свою подвижность
- г) стремление к личному превосходству в случае преобладания чувства неполноценности
- д) существенную роль в развитии личности играет психологическая защита

Тестовое задание №175: Действие психологических механизмов совладания направлено на:

- а) смягчение психологического дискомфорта
- б) ослабление отрицательных переживаний, связанных с конфликтом
- в) вытеснение из сферы сознания в область подсознания травмирующих переживаний
- г) разрешение психотравмирующей ситуации
- д) все перечисленное

Тестовое задание №176: Дайте соответствующую характеристику клиническому состоянию

1. Дерезализация	А. Эмоциональная неустойчивость
2. Аффективная лабильность	Б. Состояние, характеризующиеся депрессивной триадой
3. Классическая депрессия	В. Депрессия, с высокой тревожностью, болезненными сомнениями
4. Психастеническая депрессия	Г. Чувство нереальности, непонятной чуждости окружающих предметов, людей, чувство измененности окружающего при понимании, что мир остался прежним

Тестовое задание №177: Дайте соответствующую характеристику клиническому состоянию

1. Дерезализация	А. Малосодержательная, пустоватая веселость
2. Дисфория	Б. Чувство нереальности, непонятной чуждости окружающих предметов, людей, чувство измененности окружающего при понимании, что мир остался прежним
3. Эйфория	В. Периодически возникающие, непроизвольные мысли или действия
4. Навязчивость	Г. Смещение страха, злобы, тоски

Тестовое задание № 178: Определите соответствие личностного расстройства с характерными проявлениями

1. Паранойдное расстройство личности	А. Невозможность соблюдать правила и законы, безответственность, лживость
2. Антисоциальное расстройство личности	Б. Злобность, подозрительность, скрытность. Склонность приписывать нейтральному событию особый смысл
3. Шизоидное расстройство	В. Невозможность переживать расставания, расстройство идентичности, аффективная неустойчивость
4. Пограничное расстройство личности	Г. Эмоциональная холодность, уплощенность, отсутствие необходимости в близких отношениях

Тестовое задание №179: Определите базовые понятия для соответствующей теории личности

1. Теория личности К. Юнга	А. Актуализация «Я»
2. Теория личности А.Адлера	Б. Комплексы бессознательных побуждений
3. Теория личности З. Фрейда	В. Чувство общности
4. Теория личности К. Роджерса	Г. Личное бессознательное («тень»)

Тестовое задание №180: Определите характерную для каждой формы невротического расстройства патогенную основу по В.Н. Мясищеву

1. Истерия	А. Неспособность разрешить свои внутренние противоречия, обычно в ситуации, требующей выбора в вопросах этики
2. Неврастения	Б. Столкновение стремлений эгоцентрической личности с требованиями действительности
3. Невроз навязчивостей	В. Непосильные требования к себе, не противоречащие общественным нормам

Тестовое задание №181: Определите для каждой сферы соответствующие психотерапевтические задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии

1. Познавательная сфера (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание)	А. Переживание в рамках психотерапевтического процесса чувств, которые часто испытывает пациент в реальной жизни и с которыми он не смог справиться
	Б. Осознание какие ситуации вызывают напряжение, тревогу, страх, провоцирующие появление, фиксацию и усиление симптоматики
2. Эмоциональная сфера	В. Приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения
	Г. Осознание связи между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением невротических расстройств
3. Поведенческая сфера	Д. Получение эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта или группы
	Е. Увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы

Тестовое задание №182: Определите позицию врача-психотерапевта в каждом психотерапевтическом направлении

1. Психодинамическая психотерапия	А. Активное сотрудничество по типу партнерства на всех стадиях психотерапии
2. Поведенческая психотерапия	Б. Аутентичность, конгруэнтность, эмпатичность
3. Клиент-центрированная психотерапия	В. Директивное управление лечебным процессом, использование определенных психотерапевтических приемов

4. Рационально-эмоциональная психотерапия	Г. Позиция эмпатической объективности, сдержанности, нейтралитета
---	---

Тестовое задание №183: Определите основной тезис, соответствующий этической медицинской модели

1. Модель Гиппократ	А. «делай добро»
2. Модель Парацельса	Б. «соблюдение долга»
3. Деонтологическая модель	В. «уважение прав и достоинства личности»
4. Биозтика	Г. «не навреди»

Тестовое задание № 184: Определите приемы для каждого этапа психотерапии

1. Диагностическое обследование	А. Беседа/анамнез
2. Построение терапевтических отношений	Б. Составление психотерапевтического контракта
3. Проведение терапевтического обучения	В. Применение специальных психотерапевтических техник
4. Оценка результата терапии	Г. Проведение катamnестического обследования

Тестовое задание № 185: Дайте соответствующую характеристику каждому виду психотерапии

1. Индивидуальная психотерапия	А. Воздействие психологическими средствами на большое количество пациентов одновременно
2. Групповая психотерапия	Б. Работа с одним пациентом с привлечением других для обсуждения
3. Коллективная психотерапия	В. Взаимодействие врача и пациента
4. Психотерапия в группе	Г. Использование терапевтического потенциала группы

Тестовое задание №186: Установите соответствие между классиками гештальт-терапии и их вкладом в теорию

1. Пол Гудмен	А. Концепция типология опыта человеческого организма в актуальной ситуации, на основании структуры опыта (контакта)
2. Изидор Фром	Б. Первый теоретик Гештальта, ввел понятие «self», определив его как непрерывный процесс творческой адаптации человека к своей внутренней среде и внешнему, окружающему его миру
3. Серж Гингер	В. Интегрированная гештальт-терапия. Выделение и изучение механизма прерывания контакта – дефлексии

	(уклонение от контакта)
4. Ирвин и Мириам Польстеры	Г. Введение важной дефиниции — «пентаграммы», которая включает в себя пять элементов: физическое измерение, эффективное измерение, рациональное измерение, социальное измерение, духовное измерение

Тестовое задание №187: Соотнесите психопатологические симптомы с соответствующим возрастом

1. Уход и бродяжничество	А. Взрослый период
2. Синдром односторонних интересов и увлечений	Б. Ранний возрастной период
3. Рудиментарные проявления психопатологических расстройств	В. Пубертатный период
4. Очерченные психопатологические черты	Г. Младший пубертатный возраст

Тестовое задание №188: Соотнесите компоненты с их функциями

1. Сверхценные, гиперкомпенсаторные фантазии	А. страх излишней полноты, который приводит к длительному голоданию
2. Невроз страха с защитными действиями	Б. Отсутствие потребности в контактах с окружающими при достаточном интеллектуальном уровне
3. Сверхценная анорексия	В. Чрезмерное фантазирование со стремлением в фантазиях реализовать неосуществленные в жизни желания у детей и подростков с теми или иными физическими
4. Синдром Аспергера	Г. Навязчивые повторяющиеся действия, ритуалы с критической оценкой

Тестовое задание № 189: Установите соответствие между первичными репрезентативными системами и проявлениями

1. Кинестетическое	А. Латеральные движения глазных яблок Темп речи ускорен Тон голоса высокий Голова поднята высоко Напряжение мускулатуры Дыхание верхнее и поверхностное
2. Визуальные	Б. Дыхание полной грудью Мелкие ритмические движения тела Голова балансирует на плечах, наклонена в сторону Повторение услышанных слов в такт дыханию
3. Аудиальная	В.

	Глубокое дыхание, низкое в области живота с мышечным расслаблением Низкое положение головы Низкий тон голоса Медленный темп речи
--	---

Тестовое задание №190: Установите соответствие понятий учения К. Юнга с их определениями

1. Коллективное бессознательное	А. Диалектический многосоставной обмен между двумя личностями; попытка исцеления из личности самого пациента
2. Личностное бессознательное	Б. Некоторых вполне определенных мифологических образов и мотивов
3. Архетипы	В. Поверхностный слой бессознательного; бессознательное, приобретаемое личного опыта
4. Анализ	Г. Сверхличное бессознательное

Тестовое задание №191: Определите соответствие назначения психологической методики

1. Миннесотский опросник	А. Вербальная проективная методика, позволяющая выявить проблемные сферы
2. Методика чернильных пятен Роршаха	Б. Направлен на изучение личности
3. Фрустрационный тест Розенцвейга	В. Истолкование испытуемым изображенных ситуаций
4. Тематический апперцепционный тест	Г. позволяет определить экстрапунитивность личности исследуемого
5. Тест "незаконченных предложений"	Д. испытуемый интерпретирует чернильные пятна, имеющие симметричный характер; анализируется обыденность или оригинальность интерпретации
6. Тест Люшера	Е. Проективная методика, основанная на восприятии цвета

Тестовое задание № 192: Определите соответствие невротического расстройства типу невротического конфликта

1. Истерическое невротическое расстройство	А. Противоречие между моральными принципами, личными привязанностями; борьбой между желанием и долгом
2. Obsessivno-fobicheskoe невротическое расстройство	Б. Некритическое преобладание требовательности к окружающим над требовательностью к себе
3. Неврастеническое невротическое	В. Противоречие между возможностями

расстройство	личности и завышенными требованиями к себе
	Г. Противоречие между завышенными претензиями личности и недооценкой реальных условий
	Д. Противоречие между творческим потенциалом и возможностью реализовать его

Тестовое задание № 193: Определите соответствие типичных жалоб пациента на качество сна при различных состояниях

1. Трудное засыпание	А. Эндогенная депрессия
2. Частые пробуждения	Б. Тревожно-депрессивное расстройство
3. Ранние пробуждения	В. Паническое расстройство
4. Приступы, сопровождающиеся сердцебиением и тревогой в первой половине ночи	Г. Соматоформная вегетативная дисфункция

Тестовое задание № 194: Определите соответствие объективных данных полисомнографии клиническим состояниям

1. Укорочение латентного периода парадоксального сна	А. Эндогенная депрессия
2. Увеличение процентной представленности парадоксального сна	Б. Синдром обструктивного апноэ сна
3. Увеличение индекса Апноэ \ Гипопноэ больше 5	В. Адаптационная инсомния
4. Снижение индекса эффективности сна	Г. Психофизиологическая инсомния

Тестовое задание № 195: Определите наиболее эффективные способы лечения при следующих состояниях

1. Расстройство сна при неврозах	А. Личностно-ориентированная психотерапия
2. Расстройство сна при эндогенной депрессии	Б. Когнитивно-поведенческая психотерапия
3. Нарушение ритма сон-бодрствование	В. БОС (Биообратная связь)
4. Паническое расстройство с нарушением сна.	Г. Сочетание индивидуальной психотерапии и психофармакотерапии

Тестовое задание № 196: Подберите определения для основных иррациональных установок

1. Катастрофизация	А. Склонность к постоянному «откладыванию на потом» неприятных мыслей и дел
2. Перфекционизм	Б. Чрезмерное фокусирование на «я должен» поступать или чувствовать

	определённым образом, без оценки реальных последствий такого поведения или альтернативных вариантов.
3. Прокрастинация	В. Убеждение, что несовершенный результат деятельности неприемлем
4. Долженствование	Г. Тенденция делать слишком серьёзные, излишне обобщённые выводы, исходя из единичного факта, случайного или весьма незначительного события
5. Сверхобобщение	Д. Склонность значительно преувеличивать негативные последствия событий

Тестовое задание № 197: Подберите определения основных типов отношения к болезни

1. Гармоничный тип	А. «Уход в работу» от болезни, стремление компенсировать чувство собственной неполноценности в связи с болезнью достижениями в профессиональной, учебной деятельности и в целом высоким уровнем активности. Избирательное отношение к лечению с предпочтением социальных ценностей ценности здоровья
2. Эргопатический тип	Б. Постоянное чувство беспокойства по поводу соматического состояния, медицинского прогноза, реальных и мнимых симптомов болезни и осложнений, степени эффективности лечения
3. Анозогнозический тип	В. Злобно-тоскливое настроение в связи с болезнью, зависть и враждебность по отношению к здоровым людям, раздражительность, вспышки гнева, требования подчинения окружающих личным интересам, в том числе и в связи с болезнью и лечением
4. Тревожный тип	Г. Частичное или полное игнорирование факта болезни и медицинских рекомендаций со стремлением сохранять прежний образ жизни и образ «Я»
5. Дисфорический тип	Д. Трезвая оценка своего состояния, стремление содействовать успеху лечения

Тестовое задание №198: Установите соответствие между определением термина «психотерапия» и подходом, в рамках которого дается это определение

Основные подходы	Определение психотерапии
А. Социальный подход	1. Психотерапия как оказание психологической помощи здоровым людям в ситуациях различного рода жизненных затруднений рассматривается в рамках
Б. Медицинский подход	2. Психотерапия, как воздействие на психику и через психику на организм человека рассматривается в рамках
В. Психологический подход	3. Психотерапия, как лечение пациента с помощью психологических средств воздействия рассматривается в рамках
Г. Философский подход	

Тестовое задание № 199 Соотнесите теоретические направления психотерапии с наиболее характерными для них временными формами вмешательства

Направления психотерапии	Временные формы психотерапевтического вмешательства
А. Поведенческое	1. Долговременные формы
Б. Экзистенциально-гуманистическое	2. Кратковременные формы
В. Психодинамическое	

Тестовое задание № 200: Установите соответствие между расстройством и методами психотерапии, наиболее эффективными в его лечении

Методы психотерапии	Заболевание
А. Когнитивно-поведенческая психотерапия	1. Депрессивные расстройства
Б. Интерперсональная психотерапия Клермана и Вейсман	2. Паническое расстройство
В. Экспозиционная психотерапия	3. Фобии
Г. Аверсивная психотерапия	4. Нарушения пищевого поведения
	5. Алкогольная и наркотическая зависимость

Перечень клинических (ситуационных) задач
Задача № 1

Пациентка Б. 43 года.

Жалобы: Жалобы при поступлении на сильные переживания в рамках стрессовой ситуации, тревогу, напряжение, усиление боли в эпигастрии, и переживания по этому поводу, вновь появилась выраженная рассеянность внимания, рассредоточенность, снизилось и стало неустойчивым настроение, плаксивость, нарушения сна

История заболевания: В августе 2015 года приезжала в СПб, где живет и учится дочь. примерно с того времени появилась горечь во рту, боли в эпигастрии, не понимала, что происходит со здоровьем, диагностирована гипокинезия желчного пузыря. Сильно похудела на фоне тревоги и диеты, до 40 кг, пропали менструации. Во время прохождения исследований, было рекомендовано сцинтиграфическое исследование. Поехала в Ю. Корею (ближе ехать, чем в Москву на обследование), где удалили желчный пузырь, после чего боли не ушли, лечилась в НИИ им. Сеченова у гастроэнтеролога и психотерапевта. По назначению принимала этаперазин 4 мг в сутки, атаракс, совместно со спазмолитической терапией, с положительным эффектом. Через неделю после выписки боли возобновились, обратилась в другое учреждение, принимала одестон, с положительным эффектом. Дочь приезжала на каникулы, и перед её отъездом, 21.01.2016 года впервые возник приступ, похожий на паническую атаку, после чего появились стойкие нарушения сна. По назначению психотерапевта принимала неделю сертарлин 25 мг, атаракс, затем феназепам, затем самостоятельно отменила медикаменты, в середине февраля боли вернулись, сон не восстановился, тревога снизилась в связи с приездом матери, с которой было спокойнее. Обратилась вновь к психотерапевту и гастроэнтерологу, назначены эглонил 100 мг в сутки, на ночь феназепам 1/2 таб 0,0005, с выраженной положительной динамикой. Принимала терапию длительно, мензис не восстановился, вес набрала незначительно, повысился пролактин, появилась галакторея. Обратилась в апреле в клинику им. А.М. Вейна, были даны рекомендации по переходу с феназепама и эглонила на симбалту. Пациентка решила убирать препараты самостоятельно, не принимая симбалту. 28 мая отменила все препараты. Через 5 дней, в связи с ухудшением состояния, обратилась к психотерапевту, были назначены грандаксин, феназепам, атаракс, эглонил, без значимого улучшения. Стали появляться мышечные "подергивания" по всему телу, в момент засыпания и при пробуждении. Далее подергивания стали появляться и в течении дня. Обращалась к неврологу, ЭЭГ выполнена, "внятного заключения нет". Вернули к терапии феназепам 1 мг в сутки, назначен был вальдоксан 25-50 мг в сутки, дозировку которого пациентка самостоятельно меняла, сон был 8 часов, был недостаточным по ощущениям. Во время терапии обращалась за консультацией к альтернативным специалистам. Комплаентность была низкой. На фоне приема вальдоксана, 4.08.2016 приняла по назначению, однократно 5 мг ципралекса, к вечеру появились позывы на рвоту, 5.08.2016 увеличились подергивания, 6.08.2016 приняла самостоятельно 30 мг симбалты, нарушился сон, параллельно снижала феназепам, продолжая принимать вальдоксан 25-50 мг, периодически принимала имован, афобазол для коррекции сна. С 9.08.2016 появилась выраженная тошнота, позывы на рвоту, жидкий стул, сухость во рту. С 10.08.2016 резко снизилась концентрация внимания, стала рассеянной, приходилось вспоминать привычные бытовые и социальные, поведенческие алгоритмы. С 12.08.2016 вальдоксан отменила. На момент первого поступления принимала 1/2 таблетку 0,0005 феназепама, имован 1/2 около 7 дней.

Была госпитализирована в отделение № 9, лечилась 18 дней, была выписана с улучшением. Даны рекомендации. После выписки из стационара пациентка узнала, что в квартире на Сахалине прорвало водопроводную трубу и вода затопила внизу живущих соседей, что стало сильным психоэмоциональным стрессом и существенно ухудшило состояние. Резко возросла тревога, напряжение, усилились боли в эпигастрии, вновь

появилась выраженная рассеянность внимания, рассредоточенность, снизилось настроение пациентки. Домой уехать не смогла, 26.09.2016 вновь обратилась в НИПНИ с вышеописанными жалобами, была рекомендована регоспитализация.

История жизни: Отец алкоголизировался, умер. Родители в разводе с 11 лет пациентки. Есть младшая сестра. Пациентка по характеру, со слов, мнительная, "подозрительная", тревожная, недоверчивая. Личная жизнь не устроена, в разводе, муж злоупотреблял алкоголем, есть взрослая дочь 21 год, отношения хорошие.

Местный статус при поступлении: Сознание ясное. Продуктивному контакту доступна. Ориентирована по всем видам верно. Напряжена, тревожна, несколько насторожена. Речь модулированная, несколько гипомимична. Словарный запас достаточный. Несколько манерна. Астенизированная, истощаемая. Эмоционально крайне не устойчива, раздражительна, близка к слезам. Вялая, заметно и быстро утомляется физически и эмоционально. Нарушений памяти и интеллекта не обнаруживается. Настроение лабильно, без ундуляции по эндогенному типу. Внимание истощаемое, рассеяная, отмечает затруднения при попытке прочесть небольшой текст: "не могу сконцентрироваться". Фиксирована на текущей стрессовой ситуации, испытывает чувство вины, фиксирована на массе соматических эквивалентов, старается вникать в терапию, разбираться в фармакологическом действии препаратов, участвовать в подборе терапии. Мышление без структурных нарушений и снижения продуктивности. Активной психотической симптоматики не обнаруживает, без опасных тенденций.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 2

Пациент В. 23 года.

Жалобы при поступлении: на повышенную тревожность, внутренний дискомфорт, страхи различного содержания, преимущественно по поводу собственного самочувствия, симптоматики. Вегетативные нарушения по типу панических атак в виде учащенного сердцебиения, чувство жара, затрудненного дыхания, потливости, похолодания конечностей, колебания А/Д, страха смерти. Неустойчивое настроение с тенденцией к снижению, нарушение сна (трудности засыпания, прерывистый, поверхностный сон), неустойчивый аппетит (похудел на 15 кг за 3 года). Периодические головные боли в затылочной области сжимающего характера, снижение работоспособности, активности.

История заболевания: Болен с 2011 г. на фоне психоэмоционального перенапряжения, связанного с разводом родителей, расставанием с девушкой, предательством друга. Стал отмечать, что стал быстро уставать, на фоне физического напряжения возникали сильные сердцебиения, со страхом смерти. Стал ограничивать себя от физического напряжения. В дальнейшем стали присоединяться вегетативные нарушения по типу панических атак с сильным сердцебиением, тревогой, болями в эпигастральной области "болит резко в одной точке". На фоне состояния здоровья с трудом закончил институт. Стало формироваться ограничительное поведение, не отходил далеко от дома, старался выходить с сопровождением. Обращался к терапевту, гастроэнтерологу, проводил обследования, диагноз: Язвенная болезнь рубцовая деформация луковицы 12 п. к-ки, хронический гастродуоденит. Освобожден от военной службы. К психотерапевтам не обращался. Последние полтора года сформировалось ограничительное поведение, находится дома, опасается выходить самостоятельно на улицу. Обратился для госпитализации.

История жизни: Закончил НИУ ИТМО по специальности таможенное дело. Проживает с матерью. Не женат. Не работает. Не учится. Рос развивался нормально. Аллергологический анамнез спокойный. Эпидемиологический анамнез: гепатит "В" и "С", ВИЧ, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Гемотрансфузий не было. Операции - отрицает.

Перенесенные заболевания: многочисленные ушибы головы с ушиванием затылочной области, язва 12 п. к-ки, фолликулярная ангина, остеохондроз шейного отдела позвоночника, в остальном без особенностей.

Объективные данные: Соматическое состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Подлежащие пальпации лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны между собой. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 72 в мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет. Синдром поколачивания по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Тазовые функции не нарушены.

Неврологический статус: лицевой череп сформирован симметрично. Реакция зрачков на свет сохранена, конвергенция, аккомодация в полном объеме. Сухожильные рефлексы живые s=d. Патологических рефлексов не выявляется. В позе Ромберга устойчив. Координационные пробы выполняет.

Местный статус: Контактен. Сознание ясное. Ориентирован во времени, месте, собственной личности верно. Предъявляет жалобы активно. Личность амбициозная, стремится к лидерству, требователен к себе и к окружению. Речь правильная, хорошо модулированная. Эмоционально лабилен. Демонстративен в поведении. Тревожен, напряжен. Вегетативные реакции усилены. Внимание привлекаемо, истощаемо. Настроение неустойчивое. Внешне упорядочен, ухожен, дистанцию соблюдает. Мышление в обычном темпе, без существенного снижения продуктивности. Активной

психосимптоматики в виде бредовых переживаний и галлюцинаций не обнаруживается. Агрессивные тенденции, суицидальные мысли на момент осмотра отрицает.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 3

Пациентка Б. 32 года

Поступила с жалобами на сниженное настроение, отсутствие получения удовольствия от жизни, раздражительность, чувство одиночества.

Анамнез заболевания: С детских лет отличалась эмоциональностью, лабильностью фона настроения. Испытывала трудности в общении со сверстниками. В отношениях с родителями нередко прибегала к "истерикам", которые устраивала, когда не могла добиться своего. В пубертате совершила демонстративную суицидную попытку: для выражения своего протеста против ограничений со стороны родителей пыталась порезать запястья, в связи с чем бригадой скорой помощи была направлена в психиатрическую больницу, где впоследствии провела месяц. Лечение не помнит. После выписки из больницы у специалистов в области психического здоровья не наблюдалась. Далее адаптировалась с переменным успехом. В личной жизни склонна к рискованным контактам. Настоящее ухудшение состояния (в течение последних 6 лет) связывает с совершенными абортами. Утверждает, что под давлением родителей отказалась от беременностей, о чем очень сожалеет, так как чувствует себя одиноко, выстраивать конструктивные отношения с мужчинами "не хочет", а "ребенок мог бы сделать ее счастливой". Рассказывает, что "люди ее ненавидят", что один из бывших ее молодых людей "сжег" ее "любимую машину", что особенно сильно повлияло на ее психическое состояние. Самостоятельно принимала феназепам, от которого, как утверждает пациентка, у нее развилась зависимость. Рассказывает о неоднократном употреблении различных наркотических веществ, в т.ч. кокаина, зависимой себя не считает. Употребление алкоголя, курение отрицает. Неоднократно обращалась к различным специалистам, которые в лечении ей "отказали". Пришла на консультацию в сопровождении отца. Высказывает желание госпитализироваться.

Из анамнеза жизни: Единственный ребенок в полной семье. Развивалась по возрасту. ДДУ не посещала из-за частых простудных явлений, ангины. В школу пошла с 6 лет, адаптировалась с трудом, испытывала сложности в общении со сверстниками, утверждает, что дети ее "не любили". Особого интереса в школе к предметам не испытывала, училась посредственно. Окончила 9 классов общеобразовательной школы, музыкальную школу. Затем поступила в музыкальное училище, получила профессию музыканта-преподавателя по классу фортепиано. По специальности не работала. Подрабатывала в салоне красоты своей матери, однако, в связи с «плохими отношениями», работу там прекратила. Официально не была трудоустроена. С 22 лет и по настоящее время зарабатывает на жизнь "проституцией". Проживает одна, в отдельной квартире. Не замужем, детей нет. Стабильных отношений с мужчинами выстраивать не удавалось. Неоднократно связывалась с криминальным элементом, которого называет "зек", 2 раза была беременна от него, по настоянию родителей делала аборт. О чем в настоящее время жалеет, так как считает, что теперь не может иметь детей.

С подросткового возраста испытывает «комплексы» из-за своей внешности. Утверждает, что в 18 лет сделала первую пластическую операцию на молочных железах, так как «они были разного размера», некоторое время была довольна результатом, однако, впоследствии еще дважды подвергала себя операционному вмешательству «для коррекции». Кроме того, в течение последних нескольких лет имели место хирургические операции на губах с целью «улучшения их формы», перманентный макияж.

Психический статус при поступлении: Сознание ясное, ориентирована всесторонне верно. Контактна. Внешне достаточно опрятна. Требовательна, демонстративна. Речь напористая, эмоционально заряженная. Живо, ярко излагает события своей жизни, подчеркивая "несправедливое, жестокое" к себе отношение со стороны окружающих людей, в особенности родителей и лиц противоположного пола. Своей роли в конфликтах не видит. Эмоционально неустойчива, то раздражительна и вербально агрессивна, то

слезлива. Высказывает тревогу по поводу своей дальнейшей жизни, жалуется на одиночество и отсутствие удовольствия от жизни. При этом ясных планов, желаний не формулирует, конкретных задач перед собой не ставит. Ждет помощи и поддержки извне, которые, как она считает, полагаются ей априори. Суицидальные мысли отрицает. Актуальных бредовых идей не высказывает, обманы восприятия отрицает. Формально высказывает желание лечиться, рассчитывая на действие "волшебной таблетки".

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 4

Пациентка Р. 41 год.

Жалобы на неустойчивое настроение, с тенденцией к снижению, подавленность, тоскливость, слабость, апатию, снижение активности и работоспособности, "упадок сил"; тревожность, внутренний дискомфорт, напряжение в мышцах тела; давящее чувство в грудной клетке; повышенная болезненная чувствительность; нарушение сна в виде трудностей засыпания, прерывистый сон, ранние пробуждения; снижение аппетита, ощущение дереализации преимущественно в вечернее время ("все как в кино, тумане, все происходит не со мной, смотрю со стороны").

История заболевания: Впервые 20 лет назад на фоне большого количества выпитого кофе случился гипертонический криз, после чего стала периодически ощущать дереализацию, тревожное состояние преимущественно в вечернее темное время. Вышла замуж в 1998г. переехала в г. Северодвинск, родила ребенка. Состояния дереализации повторялись, пыталась справляться приемом алкоголя. 10 лет назад тяжело переживала развод, на фоне чего состояние ухудшалось, обращалась к невропатологу, принимала грандаксин, феназепам, персен, афобазол, фенибут. Настоящее ухудшение около 2 месяцев на фоне возможного устройства личной жизни. Испытывает страхи различного содержания, "менять жизнь", "боюсь всего нового", усилилась "туманность в голове", состояние дереализации, снизилось настроение, нарушился сон и аппетит. Обратилась для госпитализации.

История жизни: Родилась в деревне в Мордовии. Закончила институт по специальности экономист-менеджер, экономист связи. По специальности не работала. Всегда была отличницей, с красным дипломом, эмоционально возбудимой, ранимая, чувствительная, мнительная, впечатлительная, внушаемая, трудно адаптировалась в новом месте и коллективе. С раннего возраста на фоне стресса грызет ногти.

Перенесенные заболевания: гепатит А в 3 классе школы, остеохондроз, грыжи по всему позвоночнику, гастрит, ДЖВП, мастопатия правой груди, нефроптоз правой почки, гипотония. Операции - 2 медикаментозных аборта.

Наследственность отягощена алкоголизмом отца.

Объективные данные: Соматическое состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Подлежащие пальпации лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны между собой. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 68 в мин, АД 110\80 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет. Синдром поколачивания по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Тазовые функции не нарушены.

Неврологический статус: лицевой череп сформирован симметрично. Реакция зрачков на свет сохранена, конвергенция, аккомодация в полном объеме. Сухожильные рефлексы живые s=d. Патологических рефлексов не выявляется. В позе Ромберга устойчива. Координационные пробы выполняет.

Местный статус: Продуктивному контакту доступна. Сознание ясное. Ориентирована в личности, времени, пространстве верно. Мимика обеднена, речь правильная, несколько замедлена в темпе. Настроение снижено, неустойчиво в течение дня. Отмечает ощущение грусти, тоски. Эмоционально лабильна. Астенизирована, истощаема. Внимание рассеянное. Отмечаются невербальные признаки тревоги, в виде вегетативных реакций. Напряжена, растеряна, тревожна. Подавлена, несколько моторно и идеаторно заторможена. Мышление несколько замедленное, без структурных нарушений и снижения продуктивности. Активной психотической симптоматики не обнаруживает, без опасных тенденций.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 5

Пациентка Д. 29 лет

Поступила с жалобами на головные боли, общую слабость, сниженное настроение и активность, трудности в общении и адаптации.

Анамнез заболевания: Росла в семье с властной матерью, сформировалось протестное негативистское поведение, в настоящее время живет отдельно своей семьей, но аффективно-поведенческие нарушения сформировавшиеся в подростковом возрасте продолжают существовать.

Из анамнеза жизни: Замужем, воспитывает двоих детей, в настоящее время не работает, наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена.

Психический статус при поступлении: Ориентирована, контакту доступна, настроение снижено, сон, аппетит достаточные, отмечаются различные вегетативные нарушения, общая слабость, нежелание что-либо делать, снижены активность и работоспособность. Без признаков психоза и суицидальных тенденций.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача №6

Пациентка Т. 38 лет

Поступила с жалобами на сниженное настроение в течение последних 6 месяцев, возникшее после конфликтов с мужем; частое головокружения, потемнение в глазах, тревожность, слабость, апатию, раздражительность.

Считает себя больной в течение 3 месяцев. За несколько лет до этого муж стал злоупотреблять алкоголем (выпивает примерно по три бутылки пива каждый день и в выходные крепкие напитки). Это сильно раздражало и расстраивало пациентку: она часто вступала с ним в конфликты по этому поводу, но безрезультатно. С декабря 2015г возникли частые головокружения, потемнение в глазах, появилась беспричинная тревога, снизилось настроение, нарушился сон и аппетит. Обращалась к неврологам по поводу частых головокружений, получала бетасерк, без видимого эффекта. Был назначен ципралекс - развилось несколько гипертонических кризов, с АД до 180/110, в связи с чем приём пришлось прекратить. В настоящее время принимает релаксон с целью нормализации сна.

Постепенно вышеуказанная симптоматика нарастала. Около двух месяцев назад появились периодически возникающие ноющие боли в коленных и локтевых суставах, ощущение онемения рук, выраженная слабость, усилилась тревога, стала раздражительной, снизился аппетит (за последние полгода похудела на 10 кг). С 1 февраля, и-за ухудшения состояния, перестала ходить на работу. Неоднократно обращалась к неврологу, кардиологу (ЭКГ- АВ-блокада II степени Мобитц 1).

История жизни: Родилась в г. Ижевске в полной семье водителя и директора узла связи. Взаимоотношения в семье описывает как хорошие. Есть сестра старшая сестра, есть брат младший. Росла и развивалась согласно возрасту. С детства по характеру была общительной и дружелюбной. ДДУ посещала, адаптировалась хорошо. Вспоминания хорошие. В школу пошла по возрасту, адаптировалась хорошо. Дружить предпочитала с мальчиками. Училась хорошо, предпочитала гуманитарные науки, математику не любила. С 3 класса занялась легкой атлетикой, неоднократно участвовала в соревнованиях, получила звание КМС, многократная чемпионка города. Закончила 11 классов с хорошей успеваемостью. Поступила в Ижевский государственный университет по специальности Экономист. Учеба давалась легко. Во время учебы познакомилась с мужем через общих знакомых. В 1995 вышла замуж. Отношение описывает как хорошие. В 1996 г родилась дочь. Окончила институт, по специальности не работала, училась, по словам, ради высшего образования. Устроилась на работу продавцом, работала в разных организациях, продавала, в основном, украшения. В 2003 г переехала в СПб, по словам, за «лучшей жизнью». В настоящее время занимается продажей ювелирных изделий, работой довольна. Отношения в семье были теплые, но в последние полгода напряженные в связи с употреблением мужем алкоголя.

Соматический статус: Соматическое состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Подлежащие пальпации лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны между собой. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс в мин, АД 110/80 мм рт. ст, ЧСС 90. Живот мягкий безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Тазовые функции не нарушены.

Неврологический статус: Реакция зрачков на свет сохранена, конвергенция, аккомодация в полном объеме. Сухожильные рефлексы живые s=d. Патологических рефлексов не выявляется. В позе Ромберга устойчива. Координационные пробы выполняет верно.

Психический статус: Ориентирована в месте времени и собственной личности. Внешне спокойна. На вопросы отвечает развернуто, охотно делится переживаниями.

Отмечает улучшение своего состояния, уменьшение раздражительности, снижение тревоги, улучшение качества сна. Настроение описывает как нормальное. Речь адекватной эмоциональной окраски. Мышление без грубых темпово структурных нарушений. Память сохранна. Интеллект сохранен. Без опасных тенденций. Обманы восприятия отрицает. Загруженной галлюцинаторно-бредовыми переживаниями не выглядит. Суицидные мысли и намерения отрицает. Критика к своему состоянию достаточная. Сон со слов в норме. Аппетит не нарушен.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 7

Пациент Н. 60 лет.

Жалобы при поступлении: на неустойчивое сниженное тревожное настроение, периодическую тошноту, головокружения, озноб, повышенная потливость, повышенную тревожность, внутренний дискомфорт, вегетативные нарушения в виде сердцебиения, повышения А/Д до 200/100 мм. рт. ст. (при норме А/Д до 120/80) постоянно принимает кодиаван 80мг, эдарби 40мг, неустойчивый аппетит (похудел на 16 кг за 1.5 мес.), перестал употреблять сладкое и соль, неустойчивый сон, снижение активности и работоспособности, страхи различного содержания преимущественно за собственное здоровье; опасается смотреть на острые предметы, страх потерять контроль.

История заболевания: 17 лет назад умер родной брат (злоупотреблял алкоголем), с этого времени пациент не употребляет алкоголь. Ухудшение самочувствия последние полгода, обратил внимание на постоянную тошноту, отдышку, чувство "кома в горле". Обращался к терапевтам, госпитализировался на терапевтическое отделение с диагнозом: «Гастродуоденит, пупочная грыжа». С этого времени отмечает колебания настроения, постепенное снижение фона, повышение уровня тревожности, вегетативные нарушения, страхи различного содержания, преимущественно связанные со здоровьем. По характеру трудоголик, ведет активный образ жизни. Обращался к психиатру, психотерапевту, принимал атаракс, ленуксин, стрезам, клоназепам с временным улучшением. Обратился для госпитализации.

История жизни: Рос и развивался без существенных особенностей. По образованию инженер. Работал директором транспортного предприятия, является его собственником. В настоящее время "передал дело" сыну. Аллергологический анамнез: препарат "энап". Перенесенные заболевания: экзема, гастродуоденит, пупочная грыжа, многочисленные сотрясения головного мозга (играл в хоккей), после автомобильной аварии трещина теменной кости, деформация желчного пузыря, ИБС, Гипертоническая болезнь 2 ст.

МРТ головного мозга: МР картина умеренных явлений наружной заместительной гидроцефалии.

Соматический статус: Соматическое состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Подлежащие пальпации лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны между собой. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 68 в мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет. Синдром поколачивания по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Тазовые функции не нарушены.

Неврологический статус: Уровень сознания: ясное. Нарушение со стороны черепно-мозговых нервов: не нарушено. Зрение: сохранено. Обоняние: не нарушено. N. oculomotorius: не нарушено. N. Trochlearis: не нарушено. V пара: Корнеальные рефлексы сохранены, чувствительность лица не нарушена.. N. Abducens: не нарушено. N. Facialis: Лицо асимметрично. Слух: сохранено. SpHNy: нет. IX, X: функция глотания: глоточный рефлекс средней живости. N. Accessorius: не нарушено. N. Hypoglossus: по средней линии.

Нарушение чувствительности: Поверхностные виды чувствительности - болевая: не нарушено, тактильная: не нарушено, температурная: не нарушено. Гемигипестезия: нет. Нарушение чувствительности по проводнику: нет. Сегментарные нарушения чувствительности: нет. По дерматомам: нарушений нет. Сухожильные рефлексы: Средней живости, симметричны. Парезы: нет. Проба Барре: нет. Контрактура: нет. Мышечный тонус: удовлетворительный. Рефлексы брюшные: живые симметричные. Патологические рефлексы: нет. Гиперкинез, амиостаз, синкинез: нет. Высшие корковые функции: нарушений нет. Афазия: нет. Аграфия, алексия, акалькуляция: нет. Апраксия, агнозия, нарушение схемы тела: нет.

Местный статус: Фиксирован на вегетативных, соматических, телесных ощущениях. Ипохондричен, тревожен. Опасается, что вегетативные ощущения могут

быть проявлением "опасного заболевания". Ориентирован всесторонне правильно. Без бреда, обманов восприятия. Фон настроения неустойчив, тревожен, сенситивен, эмоционально лабилен. Вокруг тревожных переживаний сформировалось ограничительное поведение. В контакт вступает по существу, мотивирован на лечение, фиксирован на симптоматике, в беседе при обсуждении эмоционально значимых тем отмечаются выраженные вегетативные реакции. Сон с нарушенным засыпанием, аппетит недостаточен. Активной психосимптоматики не выявляется. Суицидальные мысли и опасные тенденции отрицает.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача №8

Пациентка С. 27 лет.

Жалобы при поступлении: на повышенную тревожность, внутренний дискомфорт, страхи различного содержания, преимущественно по поводу собственного самочувствия, симптоматики. Вегетативные нарушения по типу панических атак в виде учащенного сердцебиения, затрудненного дыхания, потливости, похолодания конечностей, страха причинить вред окружающим. Неустойчивое настроение с тенденцией к снижению, нарушение сна (трудности засыпания, прерывистый, поверхностный сон), неустойчивый аппетит. Периодические головные боли, снижение работоспособности, активности. Навязчивые мысли причинить вред, страх острых предметов, чувство дереализации.

История заболевания: Больна в течение последних 2 месяцев. До начала заболевания в течение последних 2 лет перенесла ряд психотравмирующих ситуаций (смерть бабушки, финансовые трудности, увольнение с работы, перенос свадьбы, снижение уровня доверия к мужу). Стала отмечать снижение фона настроения, нарастание тревожности, появление вегетативных нарушений в виде панических атак, навязчивых мыслей причинить вред окружающим, страх оставаться дома одной, нарушения сна. Обратилась для госпитализации.

История жизни: Росла и развивалась соответственно возрасту. Имеет ребенка 7 лет. В разводе. Проживает в гражданском браке 3 года.

Перенесенные заболевания: гастрит, ВСД.

Объективные данные: Соматическое состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Подлежащие пальпации лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны между собой. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс в мин, АД 120/85 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет. Синдром поколачивания по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Тазовые функции не нарушены.

Неврологический статус: лицевой череп сформирован симметрично. Реакция зрачков на свет сохранена, конвергенция, аккомодация в полном объеме. Сухожильные рефлексы живые s=d. Патологических рефлексов не выявляется. В позе Ромберга устойчива. Координационные пробы выполняет.

Местный статус: Контактна. Сознание ясное. Ориентирована во времени, месте, собственной личности верно. Предъявляет жалобы активно. Речь правильная, модулированная. Эмоционально лабильна, плаксива. Тревожна, напряжена. Внимание привлекаемо, истощено, несколько рассеяно. Фиксирована на навязчивых мыслях пугающего характера. Настроение сниженное. Внешне упорядочена, ухожена, дистанцию соблюдает. Мышление в обычном темпе, без существенного снижения продуктивности. Активной психосимптоматики в виде бредовых переживаний и галлюцинаций не обнаруживается. Агрессивные тенденции, суицидальные мысли на момент осмотра отрицает. Обеспокоена своим состоянием. Выражен призыв к помощи.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 9

Пациентка Б. 56 лет.

Поступила с жалобами на внутреннюю дрожь, тревогу, страх подавиться при глотании, ощущение жжения в правой части языка, спазмы в области шеи, сниженное настроение, ночные пробуждения.

Анамнез заболевания: По характеру "спокойная, уравновешенная, помогающая, положительная во всём". В апреле 2015 года был обнаружен плоскоклеточный рак. Начала ощущать тревогу в течение всего дня, сниженное настроение, внутреннюю дрожь. За помощью не обращалась, считала, что справится сама. Постепенно самочувствие ухудшилось. 17 сентября была проведена операция, проводилась лучевая терапия. На этом фоне начала ощущать сухость во рту, боль при глотании из-за проводимого лечения и послеоперационного отека. Примерно через 3 недели после операции начала ощущать "страх подавиться" при глотании, спазмы в области горла, на этом фоне перестала принимать пищу, в последние 4 дня сложно было пить воду, снизила потребление до 500 мл в сутки, нарушился сон, возросла тревога, внутренняя дрожь, стара ощущать спазмы в области шеи, жжение в правой части языка.

Из анамнеза жизни: Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась в селе в Костромской области, в полной семье. ДДУ не посещала, в связи с его отсутствием в месте проживания, время в основном проводила с матерью. С 7 лет пошла в школу, училась на "3-4". Отношения со сверстниками были хорошие, была общительным ребенком. Особых предпочтений в предметах не имела. После школы переехала в Спб, окончила училище по специальности машинист крана. В течение 7 лет работала по специальности в государственном учреждении, после чего сменила место работы в связи с более выгодными условиями труда. Проработав 5 лет, в связи с сокращением, решила перейти на работу кладовщицей. После рождения ребенка 13 лет не работала, была домохозяйкой. Затем устроилась уборщицей в частную фирму, где работает по сей день, совмещая с периодической работой в двух дополнительных фирмах. Замужем с 1989 года, от брака дочь 24х лет, проживает отдельно. Пациентка проживает вместе с мужем в отдельной квартире. Отношения с мужем конфликтные, напряженные, называет мужа "домашним тираном", однако со времени обнаружения онкологического заболевания муж старается поддерживать пациентку, однако с её слов "у него плохо получается".

Психический статус при поступлении: Контактна. Астенизирована, истощаема, рассеяна, быстро утомляется. Сознание ясное. Ориентирована во времени, месте, собственной личности верно. Предъявляет жалобы активно. Речь правильная, маломодулированная. Несколько подавлена. Тревожна, напряжена. Внимание привлекаемо, истощаемо. Настроение несколько сниженное, без четкой суточной динамики. Внешне упорядочена, ухожена, дистанцию соблюдает. Мышление в обычном темпе, без существенного снижения продуктивности. Активной психосимптоматики в виде бредовых переживаний и галлюцинаций не обнаруживается. Агрессивные тенденции, суицидальные мысли на момент осмотра отрицает. Обеспокоена своим состоянием. Выражен призыв к помощи.

Невролог: Нейропатия лицевого нерва слева.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.

7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 10

Пациент В. 33 года.

История заболевания: В 2005 г. летом находился в местах лишения свободы (2-й срок заключения), где другие заключённые предложили попробовать таблетку. Пациент принял таблетку и через 10-20 мин., он почувствовал страх, панику. Чтобы избавиться от этого состояния он стал просить о помощи, ему предложили стакан воды с лимоном или лимонной кислотой и состояние купировалось. Затем в течение последнего срока заключения подобные приступы возникали спонтанно, имели разную степень выраженности и периодичность, стали чаще возникать также в закрытых пространствах (камере). Был период примерно в 25-26 лет, когда приступы практически прекратились. С раннего возраста примерно с 10-12 лет стал алкоголизироваться. В последующем стал использовать алкоголь с целью купирования приступов. После освобождения пациент стал работать в кафе, куда устроил его друг, и пациент не боясь наказания стал злоупотреблять алкоголем. Дозировки алкоголя достигали до 2 л сутки. Через два месяца устроился на другую работу грузчиком. Мысли о том, что алкоголь может ухудшать течение заболевания привели к решению пациента о прекращении алкоголизации. В течении 8 месяцев было полное воздержание. Но при воздержании от алкоголя приступы сохранялись. Затем пациент вновь стал алкоголизироваться (но только, чтобы снять приступ, со слов в последние 2-3 недели приступы участились. Неоднократно обращался за медицинской помощью, по совету врачей и близких приобретал различные препараты для снятия приступов, которые не имели эффекта. Последний раз обращался к частному врачу был назначен таблетированный препарат (название не помнит), который ухудшил состояние.

История жизни: Данных об отягощённой психопатологической наследственности, беременности, родах не имеется. Родился в деревне N., вторым из четверых братьев в полной семье. Отец работал шофёром, злоупотреблял алкоголем. Когда пациенту было 3-4 г. отец ушёл из семьи, вероятно по причине конфликтов с матерью. Примерно в возрасте 5 лет пациент с матерью, братьями, бабушкой и дедушкой переехал в Санкт-Петербург. Семью обеспечивала мать, которая работала в метрополитене. В школу пошёл своевременно. По характеру сформировался раздражительным, агрессивным в конфликтных ситуациях, не в меру чувствительным к обидам. В начальных классах сразу возникли проблемы с поведением. Пациент уходил из дома, мог не ночевать по несколько дней, находился в компании таких же сверстников. В таких компаниях занимался бродяжничеством, затем стал совершать мелкие правонарушения (мелкое воровство, отбирание денег). Часто пропускал школу. Часто попадал в приёмник распределитель. Затем в 14 лет попал в детский дом. В 16 лет по решению комиссии мать забрала пациента домой. В последующем нарушения закона стали носить постоянный характер. Совершал кражи, грабежи, участвовал в драках, все преступления совершал с целью наживы. Первый срок заключения получил за кражу 1,5 г. Затем второй срок 6,5 лет (за более грубые правонарушения). Третий срок был условным. Четвёртый срок 2,5 г. Освободился в 29 лет. Через месяц после освобождения умерла мать. После её смерти, был длительный запой. Затем пациент устроился в кафе. Проработав не продолжительное время, уволился и устроился в частную компанию грузчиком. Женат гражданским браком 4 года, имеет ребёнка, девочку 1 г. 3 мес.

Соматическое состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Подлежащие пальпации лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны между собой. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс в мин, АД 140/85 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет. Синдром поколачивания по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Газовые функции не нарушены.

Неврологический статус: лицевой череп сформирован симметрично. Реакция зрачков на свет сохранена, конвергенция, аккомодация в полном объеме. Сухожильные рефлексы живые s=d. Патологических рефлексов не выявляется. В позе Ромберга устойчива. Координационные пробы выполняет.

Психический статус при поступлении: Внешне несколько напряжён. Внешне спокоен. Сознание ясное. Всесторонне ориентирован верно. Контакт доступен, периодически фиксируется на болезненном состоянии. Фон настроения сниженный, эмоционально неустойчив. Мышление в обычном темпе, последовательное. Бред, обманов восприятия не выявляется. Агрессивные тенденции, суицидальные мысли отрицает. Критика к состоянию достаточная.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 11

Пациентка Н. 38 лет.

Жалобы при поступлении: на тревожность, периодическую раздражительность, навязчивые мысли (причинить вред близким), навязчивые ритуалы с целью снижения симптоматики виде навязчивого мытья рук, либо обтирания их влажными салфетками; неустойчивое настроение с тенденцией к снижению, нарушение сна в виде трудностей засыпания;

История заболевания: В 6 лет перенесла черепно-мозговую травму (ЗЧМТ). После чего выставлен диагноз эпилепсия. Принимала финлепсин, бензонал, фенобарбитал в течение 16 лет. Приступы были с частотой раз в 2 месяца. В 2000г. после родов приступы прекратились и по настоящее время их нет. В 2005 г. сделала аборт, после этого начали возникать навязчивые мысли, страх причинить вред близким (особенно сыну), боязнь острых предметов, не могла смотреть на беременных, т.к. возникала немотивированная агрессия в их адрес. Проходила лечение в ПНД, принимала сонапакс, карбамазепин, психотерапией не лечилась. С 2012г. появились навязчивые ритуалы мытья рук, чтобы "отогнать" навязчивые мысли. В настоящее время не готовит, боится через руки может передать негатив близким, постоянно стирает вещи и принимает душ, спит, свесив руки с кровати, "чтобы не запачкать мыслями постель", ограждает себя от телесных контактов. Обратилась для госпитализации.

История жизни: По образованию бухгалтер сельхозпроизводства. Работала продавцом в женском отделе. Не работает с 2013г. в связи с настоящим заболеванием. В разводе с 2004г., сыну 15 лет. С мужем общается. Аллергологический анамнез: сонапакс, парфюмерия.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа, чесотка, узел в щитовидной железе, хронический ринит, сотрясение головного мозга дважды, в остальном без особенностей. Операции - 2012г. киста правого яичника, медицинский аборт в 2005г.

Соматическое состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Подлежащие пальпации лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны между собой. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 84 в мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет. Синдром поколачивания по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Тазовые функции не нарушены.

Неврологический статус: лицевой череп сформирован симметрично. Реакция зрачков на свет сохранена, конвергенция, аккомодация в полном объеме. Сухожильные рефлексы живые s=d. Патологических рефлексов не выявляется. В позе Ромберга устойчива. Координационные пробы выполняет.

Местный статус: Контактна. Сознание ясное. Ориентирована во времени, месте, собственной личности верно. Предъявляет жалобы активно. Речь правильная, модулированная. Эмоционально несколько сглажена. Тревожна, напряжена. Внимание привлекаемо, истощено, несколько рассеяно. Фиксирована на навязчивых мыслях и действиях. Настроение несколько сниженное. Внешне упорядочена, ухожена, дистанцию соблюдает. Мышление в обычном темпе, без существенного снижения продуктивности. Активной психосимптоматики в виде бредовых переживаний и галлюцинаций не обнаруживается. Агрессивные тенденции, суицидальные мысли на момент осмотра отрицает. Обеспокоена своим состоянием. Выражен призыв к помощи.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача №12

Пациентка Н. 30 лет.

Жалобы на момент поступления: на "приступы" физической и эмоциональной слабости, сопровождаемые тошнотой и рвотой до 20 раз за сутки: "тяжело разговаривать, ходить, моргать", избыточный вес, повышенный аппетит, сонливость, быструю утомляемость.

История заболевания: Отмечает, что со школы были единичные эпизоды тошноты, возникающие спонтанно, и связать которые с внешними обстоятельствами не может. Больной себя считает с 2007 года, когда произошло изнасилование.

Отмечает, что "приступы" провоцируются стрессовыми ситуациями, начинаются резко с выраженной слабости, потом присоединяется тошнота и рвота. Рвота может быть до 20 раз в сутки, продолжается и после полного опустошения желудка. После улучшения самочувствия наступает сильный голод. Вне стрессовых ситуаций приступы не возникают, только "периодически чуть-чуть подташнивает". Настроение находится в прямой зависимости от наличия или отсутствия "приступов": "когда все хорошо, то и настроение хорошее". Связать улучшение самочувствия с приемом каких-либо лекарственных препаратов с полной уверенностью не может, так как, со слов пациентки, оно может спонтанно меняться как при прохождении терапии, так и без нее.

За последние 6 лет неоднократно госпитализировалась в стационар:

24.06.2009г. Заключительный диагноз: Вертеброгенная цефалгия на фоне остеохондроза. Вегетативная надсегментарная дистония. Цефалгический, вестибулоатактический, астено-невротический синдром. Ангиотрофоневроз в/конечностей.

26.02.2011г. Диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия 1 ст, астенический синдром. Арахноидит. Микроаденома гипофиза.

22.09.2014г. Диагноз: Органическое депрессивное расстройство в связи со смешанными заболеваниями.

07.11.2014г. Диагноз основной: Микроаденома гипофиза. Гиперпролактинемия. Синдром галактореи - аменореи. Сопутствующий: Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы с частыми психовегетативными кризами на фоне умеренно выраженного тревожно - депрессивного синдрома. Синусовая тахикардия. Хронический ринит. Хронический тонзиллит. Хронический аднексит. Вагинит. Цервицит. Генитальный герпес, период рецидива.

09.12.14 Диагноз основной: Соматоформная вегетативная дисфункция с частыми психовегетативными кризами на фоне умеренно выпяженного тревожно – депрессивного синдрома. Сопутствующий: Микроаденома гипофиза (МРТ – 16.09.14 г.). Двухсторонний сальпингит. Бесплодие I трубно – перитонеального генеза. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: недостаточность кардии. Дистальный катаральный рефлюкс – эзофагит. Поверхностный гастрит. Катаральный проктосигмоидит.

19.09.15 Диагноз: ВДКН, дефицит 21 – гидроксилазы, неклассическая форма. Микроаденома гипофиза, гормонально – неактивная. Ожирение 1 ст, экзогенно – конституциональное. Артериальная гипертензия 1ст, риск ССО 3. Соматоформная вегетативная дисфункция с частыми психовегетативными кризами на фоне умеренно выраженного тревожно – депрессивного синдрома. Хронический ринит, вне обострения. Хронический тонзиллит, вне обострения. Недостаточность кардии, поверхностный гастрит.

История жизни: Наследственность психопатологически неотягощена. Родилась в полной семье вторым ребенком, есть старшая сестра (старше на 7,5 лет) и младшая (на 4,5 года). Мать - преподаватель музыки в школе искусств, отец - слесарь. Беременность, роды и раннее развитие протекали без особенностей. Со старшей сестрой отношения в детстве были конфликтные, с младшей описывает их как теплые и дружеские. ДДУ не посещала

по причине отсутствия свободных мест. С 5 лет пошла в музыкальную школу по классу фортепиано, в 6 лет в общеобразовательную школу. Отношения с учителями складывались хорошие, так как пациентка легко училась, была дисциплинированной. Отмечает, что дружила в этот период в основном с мальчиками, комфортно чувствовала себя в их компании, что, со слов пациентки, вызывало зависть девочек, которые испытывали к ней неприязнь. Из изучаемых предметов легко давались как точные, так и гуманитарные науки. В восьмом классе на фоне конфликта с одноклассниками стала часто болеть (в основном простудными заболеваниями), прогуливать уроки, ухудшилась успеваемость. По инициативе родителей ушла в академический отпуск "для восстановления здоровья", во время которого усиленно изучала психологию, читала соответствующую литературу, выполняла упражнения на развитие уверенности в себе. Закончила 11 классов с серебряной медалью, поступила на бюджетное отделение экономического факультета по специальности "бухгалтер-аудитор". Переехала жить в город N. на съемную квартиру, где проживала с соседкой в течении полутора лет. В дальнейшем в связи с ухудшившимся материальным положением переехала в общежитие. Ни в первом, ни во втором месте проживания сложностей в межличностных взаимоотношениях, бытовых вопросах не испытывала. С третьего курса начала работать, получала хорошую заработную плату.

Наркологический анамнез: не курит, алкоголь употребляет эпизодически, наркотические вещества не употребляла.

Семейный анамнез: не замужем, детей нет. Постоянно проживает в N., в СПб с октября 2015 с целью лечения, остановилась у сестры. Конфликтов не отмечает, отношения теплые.

Психический статус на момент поступления: сознание ясное, ориентирована всесторонне верно. Внешне опрятна. В разговоре контактна, на вопросы отвечает охотно, по существу, периодически отклоняется от заявленной темы разговора. Настроение несколько сниженное, эмоциональный фон ровный, без суточных колебаний. Фиксирована на неприятных переживаниях. В отделении адаптировалась хорошо, общительна с соседками по палате. Мышление без грубой патологии. Обманов восприятия, агрессивных и суицидальных тенденций не выявлено. Сон 9-10 часов, аппетит повышен.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 13

Пациент К. 42 года.

Жалобы при поступлении: на постоянную головную боль, нарушения сна, нервозность, возбудимость, агрессивность, повышенную тревожность, сниженное настроение, нарушения сна.

История заболевания: В 1994 году получил огнестрельное ранение в правую височную кость во время войны в Чечне, после чего был отправлен в Москву в НИИ нейрохирургии, где произведена трепанация черепа и установлена пластина. После ранения окончил юридический факультет. Тем не менее, сформировался дефект личности. Самочувствие постепенно ухудшалось на протяжении 20 лет, идет прогрессирующее снижение интеллекта и социальной адаптации. Госпитализировался в неврологическое отделение Госпиталя ветеранов войн 3 раза и в СПбНЦЭПР им. Альбрехта дважды без видимого эффекта. В последние несколько лет злоупотребляет алкоголем, что приводит к усилению агрессивности, нарастания тревожно-депрессивной симптоматики.

История жизни: Родился в городе N. в полной семье. В детстве больше любил играть один, много рисовал, делал сам игрушки. Очень раздражался, когда ломали его игрушки. Был в целом спокойный. Посещал детский сад, был "примерным мальчиком", но в сад ходить не хотел. В начальных классах учился хорошо, в средней школе больше «3-4». Были хорошие друзья. Окончил 8 классов, затем реставрационный лицей. После службе в зоне боевых действий и контузии окончил юридический институт, но по специальности работать не смог. Работал полгода в столярной мастерской. Не справлялся с работой, так как был сильно астенизирован. Больше не смог устроиться на работу. После армии недолго встречался с девушкой. Не курит, склонен к злоупотреблению алкоголем. Проживает в отдельной 2-хкомнатной квартире с матерью и братом. Избегает общения, мать очень внимательна к нему. После контузии несколько раз пытался встречаться с девушками, но отношения быстро заканчивались. Сейчас не женат и не предпринимает никаких попыток познакомиться с женщинами.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное. Нормостенической конституции. Удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности, чистые, тургор и целостность не нарушены. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно, однородной консистенции, отёков и пастозности нет. Волосистой покров развит в соответствии с возрастом и полом. Волосы и ногти не изменены. Язык чистый, влажный. Миндалины не выступают из-за небных дужек. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Мышечная система развита удовлетворительно. Суставы внешне не изменены. Движения в суставах и позвоночнике в полном объёме, болезненно сгибание в правом/левом коленном суставе.

Грудная клетка правильной формы, симметричная, при сдавлении упругая. ЧДД 14 в мин. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный лёгочный звук. При аускультации над лёгкими с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

На лучевых артериях пульс удовлетворительного наполнения, ритмичный, частотой 88 в мин., нормального напряжения. Верхушечный толчок невысокий, умеренной силы пальпируется в пятом межреберье на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Сердечный толчок, феномены диастолического и систолического дрожания в прекардиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации не определяются. При перкуссии правая граница относительной сердечной тупости проходит по правому краю грудины, верхняя - на уровне III ребра по левой окологрудной линии, левая - на уровне V межреберья расположена на 1,5 - 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Ширина сосудистого пучка на уровне II межреберья - в пределах

ширины грудины. При аускультации ЧСС соответствует пульсу. Тоны сердца ясные, чистые во всех точках аускультации. Соотношение громкости тонов не изменено. На периферических артериях шумы не выслушиваются. АД 120/80 мм рт ст.

Живот обычных размеров, правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется, перкуторные границы печени не увеличены, пальпация в проекции желчного пузыря безболезненна. Селезёнка не пальпируется, перкуторные границы селезёнки не увеличены. Асцит методом перкуссии не определяется. При аускультации живота выслушиваются шумы перистальтики. Поясничная область при осмотре не изменена. Почки в положениях лежа на спине и стоя не пальпируются. Поколачивание по поясничной области умеренно безболезненно. При аускультации шумы над почечными артериями отсутствуют. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не определяется.

Неврологический статус: Нистагма нет. Зрачки, глазные щели D=S. Движения глазных яблок в полном объеме. Легкая асимметрия носогубных складок. Голова несколько наклонена набок. Язык по средней линии. Девиации маленького язычка нет. Голос звучный, глотание не нарушено. Тонус мышц конечностей не изменен, сила несколько снижена. Глубокие рефлексy живые, D=S. Патологических стопных знаков нет. (+) с-м Маринеску-Радовичи с обеих сторон. В позе Ромберга не устойчив. ПНП не проводится справа. Ограничены, болезненны движения в шейном отделе позвоночника. Болезненна пальпация паравerteбральных точек в шейном и грудном отделах позвоночника. (+) с-м Нери.

Местный статус: Ориентирован во времени, месте, собственной личности верно. Контакт малопродуктивен - пациент неохотно вступает в словесный контакт с врачом, на вопросы отвечает односложно. Вял, быстро истощаем. Сознание ясное. Эмоционально лабилен. Внимание привлекаемо, рассеянное, истощаемо, продуктивность снижена. Истощаем. Настроение сниженное, подавлен, раздражителен. Вял, астенизирован. Мышление замедленно, вязкое, ригидное, без существенного снижения продуктивности. Социально дезадаптирован, малообщителен. Активной психосимптоматики в виде бредовых переживаний и галлюцинаций не обнаруживается. Агрессивные тенденции, суицидальные мысли на момент осмотра отрицает. Аппетит достаточный, ночной сон поверхностный, с частыми пробуждениями.

Перенесенные заболевания. Тяжелое огнестрельное ранение правой височной кости и головного мозга.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 14

Пациент К. 21 год.

Жалобы при поступлении: на ощущение "дереализации", возникающее ежедневно вечером, повышенную тревожность, внутренний дискомфорт, страхи различного содержания, преимущественно по поводу собственного самочувствия, симптоматики. Вегетативные нарушения по типу панических атак в виде учащенного сердцебиения, затрудненного дыхания, потливости, похолодания конечностей, колебания А/Д, страха смерти. Неустойчивое настроение с тенденцией к снижению, нарушение сна (трудности засыпания, прерывистый поверхностный сон), неустойчивый аппетит. Периодические головные боли, снижение работоспособности, активности.

История заболевания: Наследственность отягощена алкоголизмом отца. По характеру тревожно-мнительный. Тревожен с детства. С 2011 г. стали беспокоить неприятные ощущения в области сердца, вегетативные нарушения, состояния паники. 2.5 года назад внезапно погиб отец. Впервые почувствовал ощущение "дереализации". Зимой 2013 г. появился сильный страх "сойти с ума", ощущение, что что-то не так. После того, как переболел гриппом, был увеличен лимфоузел. У пациента возникла навязчивая идея, что он болен СПИДом, после того, как получил отрицательный результат анализа, фиксировался на том, что у него может быть рак. Появились головные боли, пациент боялся, что это у него может быть опухоль головного мозга. Сделал МРТ - без патологии. Стал фиксироваться на странных ощущениях "дереализации", особенно ярко выраженных, когда пациент находится дома и не общается. Ощущения быстро уходят при общении или возникновении реальной проблемы. Обратился для госпитализации.

История жизни: Родился в полной семье. Развивался соответственно своему возрасту. Был активным, общительным ребенком. Детский сад посещал с удовольствием. В школе учился хорошо, но общался с одноклассниками мало, так как у них были разные интересы - они не интересовались учебой. Часто завидовал более активным, но "менее интеллектуально развитым" одноклассникам, так как они пользовались успехом у девочек. Окончил 9 классов хорошо, поступил в техникум. Там был очень доволен учебой, появились хорошие друзья. После окончания техникума поступил в ИТМО на специальность "бизнес-аналитик". Учится хорошо, отношения в коллективе хорошие. Год встречается с девушкой, отношения с ней теплые. Проживает с матерью. Отец погиб в производственной катастрофе летом 2011 г.

Объективные данные: Соматическое состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Подлежащие пальпации лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны между собой. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 72 в мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет. Синдром поколачивания по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Тазовые функции не нарушены.

Неврологический статус: лицевой череп сформирован симметрично. Реакция зрачков на свет сохранена, конвергенция, аккомодация в полном объеме. Сухожильные рефлексы живые s=d. Патологических рефлексов не выявляется. В позе Ромберга устойчив. Координационные пробы выполняет.

Местный статус: Сознание ясное. Без бреда и обманов восприятия, без опасных и суицидальных тенденций. Настроение несколько снижено. Тревожен. Обеспокоен своим здоровьем, навязчиво ищет у себя различные тяжелые заболевания. Испытывает страх заболеть шизофренией, часто читает информацию в интернете по этому поводу. Контакт продуктивен. Открыто делится своими переживаниями. Интеллект не снижен. Память и внимание не нарушены. Аппетит неустойчивый. Сон нарушен.

ЭЭГ: регистрируются умеренные диффузные нарушения биоэлектрической активности головного мозга, свидетельствующие о:

- дисфункции стволовых структур с нарушением активации коры;
- раздражении стволовых структур, в большей степени на диэнцефальном уровне;
- пароксизмальных, в том числе эпилептиформных нарушений активности не регистрируется;

- регистрируется кожно- гальванический компонент ЭЭГ.

МРТ шейного отдела позвоночника отдела позвоночника: МР-признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника.

Задняя левосторонняя медианно-парамедианная протрузия межпозвонкового диска С6-7

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 15

Пациентка Б. 25 лет.

Жалобы при поступлении: на неустойчивое настроение, с тенденцией к снижению, подавленность. Разбитость, слабость, апатию, снижение активности и работоспособности, "упадок сил"; тревожность, внутренний дискомфорт, напряжение в мышцах тела; давящее чувство в грудной клетке; повышенная болезненная чувствительность к собственным неудачам; нарушение сна в виде трудностей засыпания, прерывистый сон, ранние пробуждения; отсутствие аппетита (вес 43 кг при росте 170 см), страх поправиться.

История заболевания: Считает себя больной с 2008 года, когда знакомые стали "издеваться над ней" по поводу её "лишнего" веса (реально весила 72 кг при росте 170 см). Постепенно снизилось настроение, выросла тревога, пациентка стала очень мало есть с целью снизить вес. Состояние дошло до анорексии (масса тела достигла 39 кг), при этом нарушился сон - пациентка стала поздно засыпать и рано просыпаться. Обращалась к различным специалистам, принимала кветиапин, ново-пассит, афобазол, валериану, пустырник, тритико, клонозепам без видимого эффекта или с временным эффектом.

История жизни: Родилась в полной семье. Отец злоупотреблял алкоголем, мало занимался дочерью, в связи с чем родители развелись. О дошкольном возрасте воспоминаний мало. Со слов матери была общительным ребенком, развивалась в соответствии с возрастом. В школе училась на "отлично", получила золотую медаль. Общалась преимущественно с мужским полом, с девочками отношения не складывались. В 2012 окончила ВУЗ по специальности "Менеджмент" почти с отличием. Отношения со сверстниками и учителями складывались хорошо. После окончания университета работала бухгалтером. В последнее время не работает в связи с ухудшением самочувствия. Не замужем, детей нет. Встречается с молодым человеком около месяца, отношения теплые.

Перенесенные заболевания: 2012- хр. пиелонефрит. В 2014 году перенесла операцию по поводу трубной беременности. Аллергологический анамнез спокойный.

Соматическое состояние: дефицит массы тела (43 кг при росте 170 см). астенизирована. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Подлежащие пальпации лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны между собой. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс в мин, АД 136/85 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет. Синдром поколачивания по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Тазовые функции не нарушены

Неврологический статус: зрачки округлой формы OD=OS, широкие. Фотореакции (прямая и содружественная) симметричны. Движения глазных яблок в полном объеме. Диплопии, нистагма нет. Легкая сглаженность правой носогубной складки. Язык по средней линии. Надбровный, корнеальный рефлексы живые, симметричные. Глотание не нарушено. Глоточные и небные рефлексы живые, равные с обеих сторон. Симптомы орального автоматизма - Маринеску-Радовичи (+/-) с двух сторон. Мышечный тонус в руках и ногах несколько снижен. Мышечная сила достаточная. Глубокие рефлексы с рук, с ног: D<S, высокие. Патологические кистевые знаки отсутствуют. Чувствительных расстройств не предъявляет. Пальце-носовую пробу выполняет с мимопопаданием слева. В позе Ромберга устойчива. Менингеальных знаков нет. Функции тазовых органов контролирует.

Местный статус: Сознание ясное. Ориентирована полностью. Без продуктивной симптоматики, опасных и суицидальных тенденций. Настроение снижено, подавленно, отмечает тоскливые, грустные мысли. Тревожна. Фиксирована на внешнем виде, собственном весе, нарушениях сна. Несколько заторможена. Просит дать ей сильное снотворное. Интеллект не снижен, память и внимание не нарушены. Аппетит снижен, ночной сон нарушен, днем сонлива и раздражительна.

Невролог-эпилептолог: Убедительных данных за наличие эпилепсии и ПРС эпилептической природы не выявлено. В назначении АЭП терапии не нуждается. Диагноз: Органическое заболевание головного мозга посттравматического генеза с пирамидно-мозжечковой симптоматикой.

Офтальмолог: Миопический астигматизм обоих глаз. Глазное дно без патологии
ЭЭГ от 18.12.2015: Регистрируются диффузные нарушения биоэлектрической активности головного мозга средней степени выраженности, свидетельствующие о:

- Дисфункции стволовых структур с нарушением активации коры
- раздражении стволовых структур, в большей степени на диэнцефальном уровне
- раздражении коры по всей конвекситальной поверхности

Пароксизмальных, в том числе эпилептиформных нарушений активности не регистрируется.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 16

Пациент Н. 30 лет.

Жалобы при поступлении: на повышенную тревожность, внутренний дискомфорт, страхи различного содержания, преимущественно по поводу собственного самочувствия, симптоматики. Вегетативные нарушения, неустойчивое настроение с тенденцией к снижению, нарушение сна, неустойчивый аппетит. Периодические головные боли пульсирующего или давящего характера по всей поверхности головы. Купируется приемом пенталгина. Хроническая усталость, тремор конечностей, век, пульсация в голове, шаткость при ходьбе. Снижение работоспособности, активности.

История заболевания: В 2013г. прекратил употребление алкоголя, наркотических средств (марихуана, амфитамины, психотактивные вещества) на фоне возникновения вегетативных нарушений по типу панических атак со страхом смерти. Злоупотреблял в течение 4-5 лет. Обращался на отделение неврозов и психотерапии, принимал сонапакс, феварин, занимался индивидуальной психотерапией с психологом в течение 3 месяцев. В течение 3 лет чувствовал себя хорошо. С января 2016г., после новогодних праздников стал отмечать появление и постепенное усиление тревоги, сдавление в области головы, нарастание усталости, астении, появление тремора рук и век, покачивание при ходьбе, резь в глазах, снижение фона настроения, нарушение сна и аппетита. Обратился для госпитализации.

История жизни: Работает инженером. Женат. Имеет ребенка 6 лет. На МРТ головного мозга от 2007г., 2013г. - признаки органического поражения головного мозга. Киста прозрачной перегородки. Мелкая киста в субкортикальном белом веществе левой теменной доли. Небольшая асимметрия позвоночных артерий D>S.

Операции - в 10 классе школы под общим наркозом выправление сломанной руки.

Перенесенные заболевания: гастрит, панкреатит, грыжа межпозвоночная в поясничном отделе, травма головы с сотрясением головного мозга в детстве, аритмия (принимает пропанорм, беталок-зек по назначению кардиолога), простатит.

Местный статус: Контактен. Сознание ясное. Ориентирован во времени, месте, собственной личности верно. Предъявляет жалобы активно. Речь правильная, модулированная. Эмоционально лабилен. Тревожен, напряжен. Внимание привлекаемо, истощено, фиксировано на симптоматике. Настроение неустойчивое. Внешне упорядочен, ухожен, дистанцию соблюдает. Мышление в обычном темпе, без существенного снижения продуктивности. Активной психосимптоматики в виде бредовых переживаний и галлюцинаций не обнаруживается. Агрессивные тенденции, суицидальные мысли на момент осмотра отрицает. Обеспокоен своим состоянием. Настроен на медикаментозную терапию.

Невролог: Резидуальные явления органического поражения головного мозга.

Церебральная киста. ДДЗП. Остехондроз шейно-грудного отдела позвоночника.

Терапевт: Гепатоз смешанного генеза (лекарственный + алиментарный).

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 17

Пациентка А. 30 лет.

Жалобы при поступлении: снижение памяти, тревога, трудности сосредоточения на чем-либо; периодическое ощущение сердцебиения и тахикардии (обследовалась у кардиолога - без патологии).

Анамнез заболевания: В июле 2015 года после смерти соседа по даче от ОИМ на следующий день испытала приступ паники, страх, что подобное может произойти и с ней. Приступ длился 5 минут, купировала приемом Валидола. В дальнейшем испытывала тревогу по поводу того, что подобные приступы паники могут повториться, принимала с профилактической целью Персен и Глицин, отмечала стабильное состояние до конца августа. По дороге на дачу, 26 августа по телефонному звонку сообщили о смерти близкой подруги. После чего каждую пятницу, перед поездкой на дачу стала наблюдать возникновение приступов паники, сопровождающихся дискомфортными ощущениями за грудиной, либо трудностями в дыхании и соответственно страхом остановки сердца, либо страхом задохнуться от нехватки воздуха. Приступы длились по 5-10 минут. Что провоцировало развитие ипохондрической симптоматики. В периоду между поездками на дачу подобных приступов не было, отмечала лишь внутреннее напряжение, чувство тревоги, трудности с концентрацией внимания. В середине сентября обратилась к неврологу. Был назначен Грандаксин, на фоне приема, которого стала ощущать себя более спокойно (уменьшилась тревожная симптоматика), но отмечала периодическое появление раздражительности. Также прошла обследования кардиолога и эндокринолога, патологии не выявили. Последние 2 недели поездок на дачу не было и наступление приступов паники не отмечала.

Анамнез жизни: Родилась 7-месечной, старшим ребенком (есть младшая сестра с разницей в возрасте в 6 лет). Родителями было лет 17-18. Отец - музыкант, со слов, "человек в себе, на своей волне, раздолбай, как подросток", даже в настоящее время, когда ему 48 лет. Отмечает, что на него нельзя было положиться, что он был безответственным (например, "иногда забывал забрать сестру из детского садика"). В воспитании участия не принимал. После развода (из-за измен со стороны мужа) родители проживали в соседних комнатах. Она жила с матерью, но также общалась и с отцом. Он больше времени общался с её сестрой. Сейчас общается с ним реже (например, он не знал о беременности своей дочери, узнал об этом лишь после рождения внучки, приехал навестить спустя 2 месяца). С матерью были более близкие отношения, в школьные годы "начались с ней разногласия из-за того, что она заставляла учиться лучше и лучше". Говорит о том, что она была очень заботливой, порой с элементами гиперопеки, не разрешала гулять с друзьями поздними вечерами (только днем). Сейчас маму называет "идеальной, всегда помогавшей своим детям, очень терпеливой". Но в раннем детстве из-за того, что мама много работала, она уделяла меньше времени и была вспыльчивой. В детских воспоминаниях она представляется как унывающая женщина (на фоне расставания с мужем, после которого до настоящего времени не возникало серьезных отношений). Сейчас мама не расположена к отцу. Раннее развитие шло соответственно возрасту. ДДУ не посещала (была в трех учреждениях), так как сильно переживала временную разлуку с матерью, плакала. В школу пошла с 6 лет (в сентябре исполнилось 7 лет). Училась хорошо до 10 класса. Появилась компания старших девочек, с которыми прогуливала уроки, выпивала алкогольные напитки. Закончив 9 классов, поступила в ПТУ, где 3 года училась на парикмахера. Теорию сдавала на отлично, практические занятия ей не нравились, из-за чего не закончила обучение. Экстерном закончила 11 классов. С 18 лет работала в бухгалтерии в течение 8 лет. Уволилась и с 25 лет поступила в институт бизнеса и политики на специальность журналиста.

В 2011 году вышла замуж за человека старшего на 6 лет, с которым была знакома с 16 лет. Из-за организации свадьбы приостановила учебу в институте, уйдя в

академический отпуск (который предоставляется до 5 лет). В 2012/13 году прошла курсы фотографа, после чего работает в фотостудии.

В 2014 году родила дочку. Во время беременности муж хотел уйти к другой женщине, некоторое время жили отдельно, до родов разрешили конфликтную ситуацию. С тех пор живут в хороших взаимоотношениях.

Травмы, операции отрицает.

Аллергологический анамнез спокойный.

Акушерско-гинекологический анамнез: менархе в 14 лет, м.ц. регулярный, б - 2, р - 1 (в 28 лет), а - 1 (в 29 лет).

Вредные привычки: курение с 15 лет, в настоящее время уменьшила количество сигарет в день из-за опасений по поводу самочувствия (начинает испытывать головокружение, чувствовать сердцебиение, появляется тахикардия), курит до 5 сигарет в день (ранее 10 сигарет в день). Алкоголь - 1-2 раза в месяц по выходным (бутылка пива или вина). ПАВ - в 20 лет до 5 раз принимала экстази (амфетамины).

Психический статус при поступлении: Контакт продуктивный. Сознание ясное. Ориентирована в месте, времени, собственной личности верно. В поведении дистанцию врач-пациент соблюдает. Активно рассказывает о своем состоянии. Речь правильная, модулированная. Мимика живая. Настроение удовлетворительное. Присутствуют невербальные признаки тревоги. Описывает периодически возникающие кратковременные приступы страха за своё физическое здоровье, когда испытывает болевые и дискомфортные ощущения в соматическом состоянии. Мышление последовательное. Внимание истощаемо, легко привлекаемо. Память снижена на текущие события (на фоне тревожного состояния). Аппетит хороший, соблюдает трех кратное питание. Сон достаточный, продолжительностью до 7 часов в сутки. Бредовые идеи активно не высказывает. Обманы восприятия отрицает, в поведении не обнаруживаются. Агрессивные тенденции на момент осмотра не проявляет. Суицидные мысли и намерения отрицает. Критика к своему состоянию на вербальном уровне.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача № 18

Пациент С., 31 год

О больном известно следующее:

Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Родился от нормально протекавших беременности и родов, единственный ребенок в семье. Раннее развитие без особенностей. В 1.5 года перенес инфекционный мононуклеоз, по поводу которого лечился в инфекционной больнице. В дальнейшем отмечались частые отиты, простудные заболевания. Так же с этого времени страдает хроническим вазомоторным ринитом (аллергия на пыль и на собачью шерсть). Посещал детский сад. В возрасте два года отец оставил семью и в дальнейшем с сыном близких отношений не поддерживал. С 3 до 15 лет воспитывался отчимом, который хорошо относился к нему. В школу пошел в 7 лет, учился хорошо, в учебе был прилежен. В 13 лет перенес краснуху. Посещал различные спортивные секции - легкая атлетика, футбол, плавание, тренажерный зал. В 14 летнем возрасте у матери возникли конфликтные отношения со вторым мужем, и она стала злоупотреблять алкоголем, лечилась неоднократно в наркологическом диспансере. Тяжело переживал это, не чувствовал заботы о себе и в этот период жизни больше находился у бабушки. После окончания 9 классов поступил в Морской Рыболовский Колледж, который успешно закончил. После колледжа 3 года работал по специальности на судоремонтном предприятии и в локомотивном депо. В дальнейшем имел нестабильную и не постоянную работу. В это время увлекся увлекся уличными танцами и диджеингом. С 13 до 24-х лет курил, бросил курить самостоятельно. Алкоголь употребляет несколько раз в году в небольших дозах, переносит плохо. Имелись эпизоды курения марихуаны. ЧМТ, венерические заболевания, туберкулез отрицает. В 18 лет перенес операцию по поводу варикоцеле. В 25 лет установлен диагноз хронический простатит, по поводу которого проходил неоднократно курсовое лечение. В 27 лет установлен диагноз остеохондроз грудного отдела позвоночника. С 24 лет находится в гражданских отношениях с девушкой, отношения хорошие, на данный момент из-за бытовых условий проживают отдельно, детей нет. Считает себя больным с 18 летнего возраста, когда впервые без каких-либо предшествующих событий возник приступ сильной паники, с сердцебиением, нехваткой воздуха, ощущением собственной измененности, страхом смерти. Была вызвана скорая помощь и в течение недели находился на стационарном лечении в неврологическом отделении Многопрофильной больницы. Был установлен диагноз - ишемическая транзиторная атака в вертебро-базиллярном бассейне. В дальнейшем диагноз не подтвердился по результатам МРТ. После проведенной сосудистой терапии улучшения не отмечал. После выписки панические атаки были практически ежедневно. Больной в течение двух месяцев не выходил из дома, на улице возникали приступы панических атак, которые длились 30-40 минут, потом долго не мог успокоиться. Из-за опасений повторения приступа большую часть времени проводил дома, посетил ряд врачей (нейрохирурга, невролога, кардиолога), которые какой-либо патологии не обнаружили. Обратился в эпилептологический центр, где была исключена эпилепсия и был назначен клоназепам в дозе 0.025 в день, после его приема отмечал значительное улучшение состояния. Был направлен к психиатру. Назначались Афобазол, Реланиум, Леривон, Ципралекс, Феварин, Атаракс, Феназепам. Улучшения самочувствия после назначенных препаратов, кроме как после транквилизаторов, не отмечалось. Частота приступов уменьшилась и они стали носить abortивный характер. С помощью приемов саморегуляции, аутогенной тренировки научился справляться с ними, однако кристаллизовались жалобы на постоянное чувство тревоги, особенно во второй половине дня, при прерывистом поверхностном сне. Периодически доминировали жалобы на нехватку воздуха, сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца, в связи с чем обращался к кардиологу (делал различные исследования - ЭКГ, функция внешнего дыхания). Последние 3-4 года на фоне обнаружения таких заболеваний как эрозивный гастрит, хронический простатит, гипертония отмечалось усиление тревоги. В настоящее

время принимает периодически только феназепам с целью уменьшения тревоги и улучшения сна (до 1 мг в сутки).

Психическое состояние. Сознание формально ясное, ориентировка всех видов сохранена. Доступен контакту, открыт, дружелюбен, охотно делится своими переживаниями, ищет помощи. При описании своих ощущений подробно их описывает - жалобы на постоянное чувство тревоги, страх, периодически возникающие приступы сердцебиения, повышение артериального давления, чувство тяжести и сжатия в голове, ощущение собственной измененности и отрешенности, потливость, озноб, ком в горле, затрудненное дыхание, трудности при глотании, головокружение, шаткость походки, шум в ушах, раздражительность, беспокойство, плохой сон. Отмечается ригидность в установках, ипохондрическая фиксация на своих ощущениях. Высказывает идеи малоценности, в выздоровление не верит, считает себя тяжелобольным человеком. Во время беседы заметно волнуется. Галлюцинаторно-бредовые расстройства не выявляются. Обнаруживает такие личностные черты как неуверенность в себе, сенситивность.

ЭЭГ: в пределах нормы. Межполушарной асимметрии нет. Патологической и эпилептиформной активности не выявлено.

Заключение психолога:

Контакту доступен. Несколько напряжен. На вопросы отвечает подробно, по существу. Речь последовательная, с сохранностью модуляций. Мимика и эмоциональные реакции выразительные, конгруэнтные. Предъявляет жалобы на постоянное чувство тревоги и страхи, порой сопровождающееся тремором всего тела, учащенным сердцебиением, повышенным потоотделением, чувством сдавливания в голове, жара или озноба. Отмечает, что усиление симптоматики происходит при эмоциональных нагрузках, на фоне соматических заболеваний. На проведение исследования соглашается. Инструкции к заданиям усваивает с первого предъявления. Работает старательно. Интересуется результатами обследования. Нарушений произвольного внимания не прослеживается (отсчитывание, Шульте: 36, 28, 25, 28, 35 сек.). Показатели мнестической деятельности в нормативных границах - при непосредственном механическом запоминании 10 слов кривая имеет вид: 7-7-9-10, в ретенции 8; при опосредованном запоминании продуктивность отсроченного воспроизведения составляет 90%. При исследовании мыслительной деятельности (сравнение понятий, исключение предметов, классификация, интерпретация пословиц и метафор) обнаруживается способность испытуемого оперировать абстрактными понятиями, доступность установления сложных обобщений. Вместе с тем, отмечается некоторая непоследовательность суждений в виде понижения уровня решений вне зависимости от объективной сложности проб, что, однако, легко поддается коррекции. Так, при классификации предметов, на фоне адекватных групп, испытуемый объединяет птиц и бабочку: «Они летают», лебедя и рыб: «Они водоплавающие», при этом легко справляется с третьим этапом задания, выделяя группы «растительная жизнь», «животная жизнь», «предметы». Отмечается также тенденция к непродуктивному рассуждательству, признаки инертности мышления – чрезмерная детализированность образов в пиктограммах, множественный тип выбора, стереотипия. В эмоционально-волевой сфере (МСИЛ, МЦВ, Сонди, рисунок) на первый план выступают признаки дезадаптации, сопровождающейся выраженной тревогой, напряженностью и неустойчивостью эмоций, пониженным фоном настроения, пессимистической оценкой ситуации, хронически существующим чувством душевного дискомфорта, снижением общей продуктивности, комплексом неполноценности, склонностью к образованию навязчивостей.

Таким образом, на первый план исследования выступает выраженная тревожность, напряженность, неустойчивость эмоций, пониженный фон настроения, пессимистическая оценка ситуации, хронически существующее чувство душевного дискомфорта, комплекс неполноценности, склонность к образованию навязчивостей. Нарушений аттентивно-мнестических процессов не обнаруживается. Мышление с сохранностью уровня основных

мыслительных операций. Обращает лишь на себя внимание некоторая непоследовательность суждений, тенденция к непродуктивному рассуждательству, легкая инертность мышления.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
 2. Составьте план обследования больного.
 3. Проведите дифференциальную диагностику.
 4. Установите предположительный клинический диагноз.
 5. Составьте план ведения и лечения больного.
 6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
 7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.