

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института
Н.И. Свиридова
« 24 » _____ 2024 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО
ДИСЦИПЛИНАМ**

Наименование дисциплины: **Психотерапия**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.22**
Психотерапия

Квалификация (степень) выпускника: **врач-психотерапевт**

Кафедра: **Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и
медицинской реабилитации Института НМФО**

Для обучающихся 2024 года поступления

Форма обучения – очная

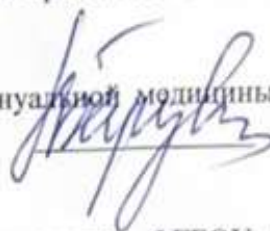
Волгоград, 2024

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Барулин Александр Евгеньевич	Заведующий кафедрой	д.м.н., доцент	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
2.	Ростовщиков Виталий Владимирович	Доцент кафедры	к.м.н., доцент	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
3.	Ростовщикова Сусанна Игоревна	Ассистент		Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры протокол №7 от «28» мая 2024 года

Заведующий кафедрой неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО, д.м.н., доцент



А.Е. Барулин

Рецензенты:

Заведующий кафедрой медицинской и общей психологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, д.м.н., профессор Менделевич В.Д.

Заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, д.м.н., доцент Курушина О.В.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 12 от «27» июня 2024 года

Председатель УМК



М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



М.Л. Наumenко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 18 от «27» июня 2024 года

Секретарь
Ученого совета



М.В. Кабытова

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОТЕРАПИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы психотерапии»	1. Предмет и задачи психотерапии и психиатрии, их отношение к другим разделам медицинской науки. 2. История психотерапевтической помощи в России. 3. Система законодательства, регулирующая область психотерапии. Формы организации психотерапевтической помощи. Основные нормативные документы. 4. Этические принципы психотерапевта.. Врачебная тайна в психотерапии. 5. Особенности реализации прав пациентов в психотерапии. Право на получение информации о своем здоровье в психотерапии. 6. Нормативная регуляция психиатрической помощи. Основные положения Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». 7. Основные структурные подразделения психотерапевтической направленности психиатрического ЛПУ (приказ Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. М 566 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»). 8. Организация стационарной психотерапевтической помощи. 9. Организация амбулаторной психотерапевтической помощи 10. Методы исследования, применяемые в психотерапии и психиатрии. Клинический метод. Параклинические методы. Диагностические возможности каждого метода 11. Принципы классификации психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением ПАВ, в соответствии с актуальной версией международной классификацией болезней. Факторы риска возникновения наркологических заболеваний.
Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Общая психопатология»	12. Понятие симптома и синдрома в психиатрии, их значение для диагностики психических расстройств. Понятие продуктивной и негативной симптоматики, их диагностическое значение 13. Расстройства ощущений. Диагностическое значение, особенности при различных заболеваниях. 14. Расстройства восприятия: иллюзии, их классификация. Диагностическое значение, особенности при различных заболеваниях 15. Расстройства восприятия: галлюцинации их классификация, объективные признаки наличия галлюцинаций. Диагностическое значение, особенности при различных заболеваниях. 16. Психосенсорные расстройства. Понятия дереализации и деперсонализации, явления déjà vu и jamais vu. Диагностическое значение 17. Расстройства мышления. Диагностическое значение симптомов 18. Сравнительная клиническая характеристика бредовых, навязчивых и сверхценных идей. Сравнительная клиническая характеристика дисморфоманий и дисморфофобии. 19. Бредовые идеи. Определение, критерии и основные варианты бреда 20. Бредовые синдромы: паранойяльный, параноидный, парафренный. Клиническая характеристика бредовых синдромов 21. Синдром психических автоматизмов Кандинского-Клерамбо. Клиническая характеристика. 22. Навязчивые состояния: obsessive, fobicheskie, kompulsivnye расстройства. Заболевания, при которых встречаются навязчивые

Б 1.Б.6.3 Раздел 3

«Дифференциальная диагностика психопатологических синдромов в психиатрии»

Б 1.Б.6.4 Раздел 4 «Частная психиатрия»

- состояния.
23. Ипохондрический синдром. Дифференциальная диагностика с соматическими заболеваниями.
24. Невротические и невротоподобные синдромы, клиническая характеристика
25. Отграничение неврозов от личностных расстройств (психопатий, «невроза характера», развитий личности т.п.) и шизотипического расстройства.
26. Расстройства внимания, клиническая характеристика, диагностическое значение
27. Расстройства памяти. Нарушение запоминания, сохранения и воспроизведения информации.
28. Парамнезии, классификация. Корсаковский синдром. Клиническая характеристика.
29. Умственная отсталость (легкая, умеренная, тяжелая, глубокая), диагностические критерии
30. Приобретенное слабоумие. Клиническая характеристика органической, эпилептической и шизофренической деменции.
31. Эмоциональные реакции. Физиологический и патологический аффект, сравнительная клиническая характеристика.
32. Расстройства эмоциональных состояний. Клиническая характеристика продуктивных и негативных симптомов, их диагностическое значение.
33. Депрессивный и маниакальный синдромы. Клиническая характеристика
34. Психоорганический синдром. Клиническая характеристика.
35. Расстройства воли и влечений. Клиническая характеристика основных симптомов и синдромов.
36. Двигательные расстройства. Кататонический синдром, клинические варианты его проявления: ступор, возбуждение.
37. Синдромы выключения сознания (оглушение, сопор, кома). Клиническая характеристика.
38. Синдромы помрачения сознания: делирий, онейроид. Клиническая характеристика.
39. Синдромы помрачения сознания: аменция, сумеречное помрачение сознания. Клиническая характеристика.
40. Пароксизмальные явления: припадки (grand mal, petit mal). Отличие истерических пароксизмов от эпилептических.
41. Принципы классификации психических расстройств в соответствии с актуальной версией международной классификацией болезней.
42. Факторы риска возникновения психических заболеваний.
43. Дегенеративные заболевания мозга: психические нарушения при болезни Альцгеймера, болезни Пика. Клиническая характеристика, течение, прогноз
44. Психические нарушения при черепно-мозговых травмах. Классификация, клинические проявления в различные периоды болезненного процесса
45. Психические нарушения инфекционного генеза (сифилис, энцефалиты, СПИД). Клинические особенности.
46. Психические расстройства сосудистого генеза. Общая характеристика. Клиника
47. Психические нарушения при внутричерепных опухолях. Клинические особенности.
48. Эпилепсия. Этиология, патогенез заболевания. Классификация. Клинические проявления пароксизмальных состояний. Изменение личности при эпилепсии.

Б 1.Б.6.5 Раздел 5 «Специальная психотерапия. Методики психотерапии»

49. Шизофрения. Определение. Классификация. Этиология и патогенез
50. Шизотипическое расстройство. Клиника. Особенности течения
51. Основные клинические формы шизофрении: параноидная, простая, кататоническая, гебефреническая. Клиника.
52. Шизоаффективные расстройства. Клиника. Общие черты и различия от биполярного аффективного расстройства
53. Биполярное аффективное расстройство. Клинические проявления. Варианты течения.
54. Понятие маскированной (соматизированной) депрессии. Клиническая характеристика, принципы дифференциальной диагностики с соматическими заболеваниями. Циклотимия
55. Реактивные психозы. Острые реакции: аффективно-шоковые и истерические реактивные психозы. Клинические проявления
56. Затяжные реактивные психозы: реактивная депрессия, реактивный паранойд. Клинические проявления
57. Неврозы. Клинические проявления. Определение невроза по Б.Д. Карвасарскому. Невротические синдромы. Критерии диагностики. Этиология, роль личности и среды в возникновении неврозов
58. Неврастения. Клинические проявления.
59. Обсессивно-фобический невроз. Клинические проявления.
60. Истерия. Клинические проявления.
61. Расстройства зрелой личности и поведения (психопатии). Определение. Систематика. Отличие от акцентуации характера.
62. Клинические проявления параноидного, шизоидного, сенситивного расстройств личности.
63. Клинические проявления эмоционально-лабильного, диссоциального, эпилептоидного расстройства личности
64. Клинические проявления истерического, циклотимического, неустойчивого, ананкастного расстройства личности.
65. Определения психотерапии. Отличия от психологической коррекции и психологической помощи.
66. Общие факторы в психотерапии. Факторы лечебного действия психотерапии.
67. Классификация в психотерапии. Восемь осей классификации.
68. Понятие направлений в психотерапии. Составные части направления.
69. Динамическое (психодинамическое, психоаналитическое) направление психотерапии.
70. Гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, опытное, феноменологическое) их направление представители. психотерапии. Основные подходы (философский, соматический, духовный)
71. Концепции патологии и терапии в психодинамической психотерапии.
72. Понятие переноса. История понятия. Прямое и косвенное выражение переноса. Использование в психотерапии.
73. Триада оптимального психотерапевтического контакта К. Роджерса.
74. Понятие контрпереноса. История понятия. Источники контрпереноса (по М. Кану). Использование в психотерапии.
75. Общие характеристики «автоматических когниций».
76. Биопсихосоциальная модель в современной психиатрии. Общественно ориентированные формы психиатрической помощи. Основные принципы организации психиатрической помощи с опорой на сообщество (по И.Я. Гуровичу).

Б1.Б.6.6 Раздел 6 «Психотерапия в клинике психических расстройств»

77. Понятие интрапсихического (внутриличностного) конфликта. Типология интрапсихических конфликтов (по В.Н. Мясищеву).
78. Три уровня личностной организации: невротический, пограничный, психотический. Критерии диагностики типа личностной организации.
79. Варианты проведения когнитивно-поведенческой психотерапии. Рационально-эмоциональная когнитивно-поведенческая терапия А. Эллиса, когнитивно-поведенческая терапия А. Бека, мультимодальная терапия А.Лазарауса и др.
80. Диагностический этап в поведенческой терапии. Основные задачи. Критерии выбора мишени терапии.
81. Поведенческий анализ как этап поведенческой терапии. Основные задачи.
82. Основная схема когнитивно-поведенческой психотерапии.
83. Поведенческие процедуры в когнитивно-поведенческой психотерапии.
84. Понятия эксплоративной (раскрывающей) и суппортивной (поддерживающей) психотерапии.
85. Экспрессивные методы психотерапии.
86. Гипносуггестивная терапия. Абсолютные противопоказания к проведению гипносуггестивной терапии.
87. Методика Джекобсона (варианты активной и пассивной прогрессивной мышечной релаксации).
88. Импульсивные техники (наводнение, имплозия, парадоксальная интенция, методика вызванного гнева).
89. Поверхностные и центральные установки. Методика выявления установок.
90. Экзистенциальный анализ. Основные представители и их психотерапевтические подходы.
91. Топографическая и структурная модели психики в психоанализе. Движущие силы личности. Концепция психосексуального развития в психоанализе.
92. Основные процедуры в психоанализе. Источники интерпретаций.
93. Семейная психотерапия. Показания и противопоказания для проведения семейной психотерапии.
94. Структура семейных отношений: сплоченность, иерархия, граница.
95. Иерархия, уровни иерархии в семейной психотерапии.
96. Жизненный цикл семьи. Стадии диагностического интервью и заключения терапевтического контракта.
97. Структура, состав и размер психотерапевтической группы. Групповые нормы.
98. Классификация методов групповой психокоррекции/психотерапии. Формы групповой психокоррекции/психотерапии.
99. Супервизия. Функции, основные составляющие.
100. Модели взаимодействия психотерапии и психофармакотерапии.
101. Области применения антипсихотиков (нейролептиков) в психотерапии.
102. Области применения антидепрессантов в психотерапии.
103. Области применения транквилизаторов и снотворных в психотерапии.
104. Общие принципы психотерапии тревожных и тревожно-фобических расстройств.
105. Общие принципы психотерапии обсессивно-компульсивных расстройств.

	106. Общие принципы психотерапии неврастении, соматоформных и ипохондрических расстройств. 107. Общие принципы психотерапии психогенных реакций. 108. Общие принципы психотерапии расстройств личности. 109. Общие принципы психотерапии невротоподобных расстройств при органическом поражении ЦНС. 110. Общие принципы психотерапии при аффективных расстройствах. 111. Общие принципы психотерапии при психозах. Сферы приложения психотерапии при психозах. Показания и противопоказания. 112. Общие принципы психотерапии в наркологической практике. 113. Методы психотерапевтической и фармакологической помощи при нехимических аддикциях. 114. Место и задачи семейной психотерапии в наркологии.
--	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы психотерапии»	1. Предмет и задачи психотерапии и психиатрии. 2. Основные этапы развития психотерапевтической помощи в России. 3. Формы организации психотерапевтической помощи. 4. Этические принципы психотерапевта.. 5. Нормативная регуляция психиатрической помощи. Основные положения Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». 6. Показания для недобровольного психиатрического освидетельствования и недобровольной госпитализации пациента в психиатрический стационар. 7. Основные структурные подразделения психотерапевтической направленности психиатрического ЛПУ (приказ Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. М 566 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»). 8. Методы исследования, применяемые в психотерапии и психиатрии. 9. Факторы риска возникновения психических заболеваний. 10. Принципы классификации психических и поведенческих расстройств.
Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Общая психопатология»	11. Понятие симптома и синдрома в психиатрии. Понятие продуктивной и негативной симптоматики. 12. Расстройства ощущений: классификация. 13. Расстройства восприятия: иллюзии, их классификация. Диагностическое значение, особенности при различных заболеваниях 14. Расстройства восприятия: галлюцинации их классификация, объективные признаки наличия галлюцинаций. 15. Психосенсорные расстройства. Понятия дереализации и деперсонализации, явления <i>deja vu</i> и <i>jamais vu</i>. 16. Расстройства мышления: классификация. 17. Сравнительная клиническая характеристика бредовых, навязчивых и сверхценных идей. 18. Сравнительная клиническая характеристика дисморфоманий и дисморфофобии.

Б 1.Б.6.4 Раздел 4 «Частная психиатрия»

19. Критерии бреда.
20. Клиническая характеристика паранойяльного синдрома.
21. Клиническая характеристика параноидного синдрома.
22. Клиническая характеристика парафренного синдрома.
23. Синдром психических автоматизмов Кандинского-Клерамбо. Клиническая характеристика.
24. Дифференциальная диагностика навязчивостей: obsessive, фобические, compulsive расстройства.
25. Ипохондрический синдром, клиническая характеристика.
26. Невротические и невротоподобные синдромы, клиническая характеристика
27. Отграничение неврозов от личностных расстройств (психопатий, «невроза характера», развитий личности т.п.) и шизотипического расстройства.
28. Расстройства внимания: виды, клиническая характеристика
29. Нарушение запоминания, сохранения и воспроизведения информации.
30. Парамнезии, классификация.
31. Корсаковский синдром. Клиническая характеристика.
32. Умственная отсталость (легкая, умеренная, тяжелая, глубокая), диагностические критерии
33. Дифференциальная диагностика органической, эпилептической и шизофренической деменции.
34. Физиологический и патологический аффект, сравнительная клиническая характеристика.
35. Депрессивный синдром. Триада Протопопова.
36. Маниакальный синдром, клиническая характеристика.
37. Психоорганический синдром. Клиническая характеристика.
38. Расстройства воли и влечений: виды, клиническая характеристика.
39. Двигательные расстройства. Кататонический синдром, клинические варианты его проявления: ступор, возбуждение.
40. Синдромы выключения сознания (оглушение, сопор, кома). Клиническая характеристика.
41. Делирий. Клиническая характеристика.
42. Онейроид. Клиническая характеристика.
43. Аменция, клиническая характеристика.
44. Сумеречное помрачение сознания. Клиническая характеристика.
45. Отличие истерических пароксизмов от эпилептических.
46. Психические нарушения при болезни Альцгеймера,
47. Психические нарушения при болезни Пика.
48. Психические нарушения при черепно-мозговых травмах. Классификация, клинические проявления в различные периоды болезненного процесса
49. Психические нарушения инфекционного генеза (сифилис, энцефалиты, СПИД). Клинические особенности.
50. Психические расстройства сосудистого генеза. Общая характеристика. Клиника
51. Психические нарушения при внутричерепных опухолях. Клинические особенности.
52. Эпилепсия. Классификация.
53. Изменение личности при эпилепсии.
54. Этиология и патогенез шизофрении.
55. Классификация шизофрении.
56. Типы течения шизофрении.
57. Шизотипическое расстройство. Клиника. Особенности течения

Б 1.Б.6.5 Раздел 5 «Специальная психотерапия. Методики психотерапии»

58. Биполярное аффективное расстройство. Варианты течения.
59. Принципы дифференциальной диагностики маскированной депрессии с соматическими заболеваниями.
60. Циклотимия, критерии диагностики.
61. Реактивные психозы. Острые реакции: аффективно-шоковые и истерические реактивные психозы. Клинические проявления
62. Затяжные реактивные психозы: реактивная депрессия, реактивный паранойд. Клинические проявления
63. Определение невроза по Б.Д. Карвасарскому.
64. Невротические синдромы. Критерии диагностики.
65. Этиология, роль личности и среды в возникновении неврозов.
66. Неврастения. Клинические проявления.
67. Обсессивно-фобический невроз. Клинические проявления.
68. Истерия. Клинические проявления.
69. Расстройства зрелой личности и поведения (психопатии). Классификация.
70. Клинические проявления параноидного расстройства личности.
71. Клинические проявления шизоидного расстройства личности.
72. Клинические проявления диссоциального, эпилептоидного расстройства личности
73. Клинические проявления истерического, циклотимического, расстройства личности.
74. Клинические проявления неустойчивого, ананкастного расстройства личности.
75. Определения психотерапии. Отличия от психологической коррекции и психологической помощи.
76. Факторы лечебного действия психотерапии.
77. Классификация психотерапии. Восемь осей классификации.
78. Динамическое (психодинамическое, психоаналитическое) направление психотерапии.
79. Гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, опытное, феноменологическое) их направление представители. психотерапии.
80. Основные подходы (философский, соматический, духовный) гуманистического подхода, краткая характеристика
81. Концепции патологии и терапии в психодинамической психотерапии.
82. Понятие переноса.
83. Прямое и косвенное выражение переноса.
84. Триада оптимального психотерапевтического контакта К. Роджерса.
85. Понятие контрпереноса.
86. Источники контрпереноса (по М. Кану). Использование в психотерапии.
87. Общие характеристики «автоматических когний».
88. Понятие интрапсихического (внутриличностного) конфликта.
89. Типология интрапсихических конфликтов (по В.Н. Мясищеву).
90. Три уровня личностной организации: невротический, пограничный, психотический. Критерии диагностики типа личностной организации.
91. Варианты проведения когнитивно-поведенческой психотерапии.
92. Рационально- эмоциональная когнитивно-поведенческая терапия А. Эллиса.
93. Когнитивно-поведенческая терапия А. Бека,
94. Мультиmodalная терапия А.Лазарауса и др.
95. Критерии выбора мишени терапии.
96. Основная схема когнитивно-поведенческой психотерапии.

**Б1.Б.6.6 Раздел 6 «Психотерапия в
клинике психических расстройств»**

97. Поведенческие процедуры в когнитивно-поведенческой психотерапии.
98. Понятия эксплоративной (раскрывающей) и суппортивной (поддерживающей) психотерапии.
99. Экспрессивные методы психотерапии.
100. Гипносуггестивная терапия. Абсолютные противопоказания к проведению гипносуггестивной терапии.
101. Методика Джекобсона (варианты активной и пассивной прогрессивной мышечной релаксации).
102. Импульсивные техники (наводнение, имплозия, парадоксальная интенция, методика вызванного гнева).
103. Поверхностные и центральные установки, определение.
104. Методика выявления установок.
105. Экзистенциальный анализ. Основные представители и их психотерапевтические подходы.
106. Движущие силы личности.
107. Концепция психосексуального развития в психоанализе.
108. Основные процедуры в психоанализе. Источники интерпретаций.
109. Показания и противопоказания для проведения семейной психотерапии.
110. Структура семейных отношений: сплоченность, иерархия, граница.
111. Иерархия, уровни иерархии в семейной психотерапии.
112. Стадии диагностического интервью и заключения терапевтического контракта.
113. Структура, состав и размер психотерапевтической группы. Групповые нормы.
114. Классификация методов групповой психокоррекции/психотерапии.
115. Формы групповой психокоррекции/психотерапии.
116. Супервизия. Функции, основные составляющие.
117. Модели взаимодействия психотерапии и психофармакотерапии.
118. Области применения антипсихотиков (нейролептиков) в психотерапии.
119. Области применения антидепрессантов в психотерапии.
120. Области применения транквилизаторов и снотворных в психотерапии.
121. Общие принципы психотерапии тревожных и тревожно-фобических расстройств.
122. Общие принципы психотерапии обсессивно-компульсивных расстройств.
123. Общие принципы психотерапии неврастении, соматоформных и ипохондрических расстройств.
124. Общие принципы психотерапии психогенных реакций.
125. Общие принципы психотерапии расстройств личности.
126. Общие принципы психотерапии невротоподобных расстройств при органическом поражении ЦНС.
127. Общие принципы психотерапии при аффективных расстройствах.
128. Общие принципы психотерапии при психозах. Сферы приложения психотерапии при психозах. Показания и противопоказания.
129. Общие принципы психотерапии в наркологической практике.
130. Методы психотерапевтической и фармакологической помощи при нехимических аддикциях.
131. Место и задачи семейной психотерапии в наркологии.

Банк тестовых заданий (с ответами);

Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы психотерапии»	1. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» применяется в отношении... а) государственных учреждений системы здравоохранения федерального уровня; б) медицинских учреждений независимо от их ведомственной принадлежности; в) всех учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь на территории РФ; г) медицинских учреждений муниципального уровня; д) всех врачей- психиатров за исключением частнопрактикующих врачей. 2. Психиатрическая помощь является добровольной, если она оказывается... а) по просьбе близких родственников пациента; б) при самостоятельном обращении дееспособного пациента в психиатрическое учреждение; в) по направлению участкового врача территориальной поликлиники; г) по просьбе или с согласия лица независимо от его возраста. 3. Право на получение информации о своих правах, а также о характере имеющихся психических расстройств и применяемых методах лечения в доступной форме и с учетом психического состояния имеют... а) только лица, не состоящие под диспансерным наблюдением; б) только лица, госпитализированные в психиатрический стационар; в) только лица, получающие лечение психотропными средствами; г) только лица, к которым применяются принудительные меры медицинского характера; д) все лица, страдающие психическим расстройством при оказании им психиатрической помощи. 4. Соблюдение врачебной тайны необходимо а) для защиты внутреннего мира человека, его автономии б) для охраны от манипуляций со стороны внешних сил в) для защиты социальных и экономических интересов личности г) для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач - пациент" д) для поддержания престижа медицинской профессии е) все перечисленное верно 5. Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства а) всегда б) в особых случаях в) не всегда 6. Сведения о состоянии психического здоровья гражданина имеют право запрашивать... а) сотрудники по работе; б) соседи; в) судебно-следственные органы, в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
---	---

	г) никому не дано такого права. 7. Согласие на психиатрическое лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет дается... а) самим лицом страдающим психическим расстройством в письменной форме; б) самим лицом страдающим психическим расстройством в устной форме; в) законным представителем; г) любым родственником; д) судом. 8. Медицинская деонтология - это а) самостоятельная наука о долге медицинских работников б) прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики в) правильного ответа нет 9. Укажите, какая из перечисленных ниже характеристик медицинской этики правильная а) это специфическое проявление общей этики в деятельности врача б) это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников в) это наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств г) верно все вышеперечисленное
Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Общая психопатология»	10. Галлюцинации, возникающие перед засыпанием, при закрытых глазах называются... а) функциональными; б) внушенными; в) гипнагогическими; г) гипнапомпическими; д) рефлекторными. 11. Патология восприятия, при которой вместо нейтральной речи больной слышит речь иного содержания, адресованную как, правило, к нему (брань, угрозы), называются... а) вербальные иллюзии; б) истинные галлюцинации; в) метаморфозии; г) дисмегалопсии; д) галлюцинации Шарля Боннэ. 12. Парейдолические иллюзии характерны для... а) алкогольного делирия; б) эпилепсии; в) истерии; г) неврастении; д) шизофрении.

	13. Расстройство схемы тела - это... а) психосенсорное расстройство; б) нарушение памяти; в) нарушение сознания; г) нарушение интеллекта; д) нарушение мышления. 14. Идеаторные психические автоматизмы включают... а) убежденность больных, что их действиями кто-то управляет; б) сенестопатии и тактильные псевдогаллюцинации; в) ментизм, шперрунг, убежденность больных, что их мыслями кто-то управляет; г) парейдолические иллюзии и обонятельные псевдогаллюцинации; д) убежденность больных, что их эмоциями кто-то управляет. 4. Моторные психические автоматизмы включают... а) убежденность больных, что их эмоциями кто-то управляет; б) убежденность больных, что их действиями кто-то управляет; в) ментизм, шперрунг, зрительные и слуховые псевдогаллюцинации; г) сенестопатии и тактильные псевдогаллюцинации; д) парейдолические иллюзии и обонятельные псевдогаллюцинации. 5. Синдром Кандинского-Клерамбо включает... а) бред воздействия, псевдогаллюцинации, психические автоматизмы; б) истинные галлюцинации и бредовые идеи величия; в) психические автоматизмы и иллюзии; г) аффективные нарушения и псевдогаллюцинации; д) нарушения памяти и интеллекта. 6. Истинные галлюцинации... а) имеют интрапроекцию; б) связаны с реальной, конкретно существующей обстановкой; в) имеют чувство сделанности (подстроенности); г) являются составной частью синдрома Кандинского- Клерамбо; д) не зависят от времени суток. 7. Псевдогаллюцинации при шизофрении... а) воспринимаются ярко и отчетливо; б) связаны с реальной обстановкой; в) имеют чувство сделанности (подстроенности); г) имеют экстрапроекцию; д) усиливаются к вечеру. 8. Простейший процесс отражения свойств предметов, при их воздействии на органы чувств называется... а) восприятие; б) представление; в) парестезия; г) ощущение; д) сенестопатия. 9. Громкая и ускоренная речь чаще отмечается... а) у лиц астено-невротического типа;
--	---

- б) у лиц в маниакальном состоянии;**
в) у лиц с навязчивостями;
г) у лиц с ипохондрическими переживаниями;
д) у лиц с апато-абулическим типом дефекта.

10. При депрессивном синдроме могут наблюдаться...

- а) триада Протопопова (сухость слизистых оболочек, запоры, нарушение сердечного ритма, мидриаз);**
б) расторможенность влечений;
в) снижение интеллекта;
г) бред преследования.

11. К парамнезиям относится...

- а) гипермнезия;
б) амнезия;
в) фиксационная амнезия;
г) конфабуляция.

12. Эксплозивность – это нарушение...

- а) интеллекта;
б) эмоций;
в) мышления;
г) воли;
д) сознания.

13. При маскированной (соматизированной) депрессии...

- а) характерна депрессивная триада;
б) на первый план выходят соматические жалобы;
в) характерно ухудшение состояния к вечеру;
г) не свойственна сезонность;
д) имеются признаки соматического заболевания.

14. Для лакунарного слабоумия характерно...

- а) отсутствие критики к своему состоянию;
б) дезориентировка в собственной личности и окружающем;
в) завершается полным распадом всех сфер психической деятельности;
г) сохранность «ядра личности»;
д) свойственно для атрофических заболеваний.

15. Какой из приведенных психопатологических синдромов относится к негативным...

- а) корсаковский амнестический;**
б) галлюцинаторно-бредовый;
в) психоорганический;
г) сумеречное помрачение сознания;
д) онейроид.

16. Кардинальный признак, отличающий патологический аффект от физиологического...

- а) разрушительные агрессивные действия;
б) трехфазное течение;
в) нарушение сознания по типу сумеречного;
г) отсутствие признаков вегетативных реакций.

17. К наиболее легкой степени олигофрении относят...

- а) идиотию;

- б) тотальную деменцию;
- в) дебильность;**
- г) лакунарную деменцию;
- д) имбецильность.

18. Триада Вальтер-Бюэля характерна для...

- а) для Корсаковского синдрома;
- б) синдрома Кандинского-Клерамбо;
- в) психоорганического синдрома;**
- г) сумеречного расстройства сознания.

19. К проявлениям гебефренического синдрома относят...

- а) гримасничанье и кривляние;**
- б) апатия и агрессивность;
- в) грубость поведения, каталепсия и раздражительная слабость;
- г) детские выходки и каталепсия;
- д) восковая гибкость и негативизм.

20. Симптомы, свойственные кататоническому синдрому...

- а) фиксационная амнезия и псевдореминисценции;
- б) псевдогаллюцинации, снижение памяти и симптом капюшона;
- в) снижение интеллекта и памяти;
- г) явления негативизма и восковой гибкости;**
- д) психомоторное возбуждение и снижение памяти.

21. Явление, при котором больной не отвечает на задаваемые вопросы, при сохранности речевого аппарата, называется...

- а) пассивный негативизм;
- б) мутизм;**
- в) каталепсия;
- г) апатия;
- д) активный негативизм.

22. Наиболее часто проявления кататонического синдрома встречаются при...

- а) эпилепсии;
- б) расстройствах личности;
- в) шизофрении;**
- г) олигофрении;
- д) биполярном аффективном расстройстве.

23. Ангедония - это...

- а) сниженное настроение;
- б) отсутствие воли;
- в) неспособность переживать радость;**
- г) снижение интеллекта;
- д) нарушение памяти.

24. Дисфория – это нарушение...

- а) интеллекта;
- б) эмоций;**
- в) мышления;
- г) воли;
- д) сознания.

25. При эндогенной депрессии...

- а) **характерна депрессивная триада;**
 б) на первый план выходят соматические жалобы;
 в) характерно ухудшение состояния к вечеру;
 г) не свойственна сезонность;
 д) имеются признаки соматического заболевания.
26. Для маниакального синдрома характерны...
- а) **ускорение мышления;**
 б) критическая оценка своего состояния;
 в) бредовые идеи преследования;
 г) сонливость.
27. Возникновение эмоциональной дефицитарности является симптомом...
- а) **простой шизофрении;**
 б) обсессивно-фобического невроза;
 в) депрессии;
 г) расстройства личности и поведения.
28. Одним из критериев маниакального синдрома является...
- а) **повышенное настроение;**
 б) гипомнезия;
 в) замедление мышления;
 г) ухудшение памяти.
29. К симптомам расстройств влечений относятся...
- а) парамнезии;
 б) **абулия;**
 в) апраксия;
 г) афазия.
30. Компulsive влечение характеризуется...
- а) отсутствием критического отношения (борьбы мотивов);
 б) **возможностью асоциального поведения;**
 в) полным волевым контролем;
 г) пассивностью.
31. К синдромам выключения сознания относится...
- а) онейроид;
 б) **оглушение;**
 в) аменция;
 г) делирий;
 д) сумерки.
32. К синдромам помрачения сознания относят...
- а) кома;
 б) **онейроид;**
 в) сопор;
 г) оглушение.
33. Типичная продолжительность сумеречного помрачения сознания...
- а) 3-5 дней;
 б) **от нескольких минут (часов) до нескольких дней;**
 в) 1-2 недели;
 г) несколько месяцев;
 д) несколько лет.

	34. Типичная продолжительность делирия... а) 3-5 дней; б) несколько часов; в) 1-2 недели; г) несколько месяцев; д) несколько лет. 35. Аменция - это нарушение... а) памяти; б) эмоций; в) влечений; г) сознания; д) интеллекта. 36. Делирий - это острый психоз с помрачением сознания, который сопровождается... а) псевдогаллюцинациями; б) конфабуляциями; в) истинными галлюцинациями; г) полной амнезией; д) снижением интеллекта. 37. Типичная продолжительность онейроида... а) 3-5 дней; б) от нескольких минут (часов) до нескольких дней; в) 1-2 недели; г) несколько месяцев; д) несколько лет. 38. Максимальная продолжительность аменции... а) 3-5 дней; б) от нескольких минут (часов) до нескольких дней; в) 1-2 недели; г) несколько месяцев; д) несколько лет.
Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Дифференциальная диагностика психопатологических синдромов в психиатрии»	39. Для невротического уровня расстройств характерно... а) совершение опасных и нелепых поступков; б) сохранность критики к своему состоянию; в) ошибочное восприятие и осмысление действительности; г) отсутствие контроля за своим поведением; д) отсутствие стремления избавиться от болезни. 40. Для психотического уровня расстройства характерно... а) адекватное поведение; б) сохранение критики к своему состоянию; в) стремление избавиться от болезни; г) ошибочное восприятие и осмысление действительности; д) «борьба мотивов» при принятии решения. 41. При реактивных психозах встречается... а) Корсаковский синдром; б) синдром Ганзера; в) психоорганический синдром; г) симптом Липмана;

	д) симптом Ашаффенбурга. 42. Мнимая утрата простейших навыков и умений - это... а) олигофрения; б) лакунарная деменция; в) псевдодеменция; г) фиксационная амнезия. 43. Хроническая психическая травма вызывает... а) невроз; б) шизофрению; в) депрессию; г) циклотимию. 44. Назовите расстройство, для которого характерны детскость, наигранность, стремление играть в детские игры, возникшее после психической травмы... а) простая шизофрения; б) истерия; в) псевдодеменция; г) олигофрения; д) пуэрилизм.
Б 1.Б.6.4 Раздел 4 «Частная психиатрия»	45. Шизофренией наиболее часто заболевают в возрасте а) подростковом б) зрелом в) старческом г) одинаково во всех возрастных группах 46. Для шизофрении характерны все перечисленные расстройства, кроме а) неврозоподобных расстройств б) бредовых расстройств в) галлюцинаторно-бредовых расстройств г) судорожного синдрома д) верно а) и г) 47. Специфическими, встречающимися только при шизофрении, являются следующие расстройства а) синдром Кандинского - Клерамбо б) псевдогаллюцинации в) интерпретативный бред г) все перечисленные д) ничего из перечисленного 48. Характерным для изменений личности (негативных расстройств) при шизофрении является все перечисленное, кроме а) снижения энергетического потенциала б) эмоционального обеднения в) нарастающей интравертированности г) утраты единства психических процессов д) тугоподвижности, замедленности всех психических процессов 49. Для мышления больных шизофренией характерно а) замедление ассоциативного процесса

	б) феномен соскальзывания и явление закупорки мышления в) обстоятельность г) ускорение ассоциативного процесса д) все перечисленное
	50. Для эмоциональной сферы больных шизофренией характерно а) прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций б) неадекватность, парадоксальность эмоциональных реакций в) раздвоение эмоциональных реакций на одно и то же событие г) все перечисленное д) ничего из перечисленного
	51. Для внешнего вида больных шизофренией свойственны а) неадекватная мимика б) исчезновение вазомоторных реакций в) "стальной" блеск глаз г) замедленность или ускоренность пантомимики д) верно а) и б)
	52. Основными формами течения шизофрении являются все перечисленные, кроме а) параноидной б) вялотекущей в) кататонической г) приступообразно-прогредиентной д) рекуррентной
	53. Для всех непрерывнотекущих форм шизофрении характерно а) острое, внезапное начало б) развитие негативных расстройств только после появления продуктивной симптоматики в) выраженные аффективные фазы г) все перечисленное д) ничего из перечисленного
	54. Для непрерывнотекущих форм шизофрении характерно разворачивание всех перечисленных синдромов, кроме а) неврозоподобных б) бредовых в) галлюцинаторных г) кататонических д) аффективных (психические депрессии, мании)
	55. Для злокачественной шизофрении характерно все перечисленное, кроме а) возникновения в зрелом возрасте б) начала болезни с негативной симптоматикой в) быстроты наступления конечного состояния с момента манифестации психоза г) синдромальной незавершенности позитивных расстройств, их полиморфизма д) тяжести конечных состояний

	56. Для инициальной стадии злокачественной шизофрении характерно все перечисленное, кроме а) падения психической продуктивности б) нарастания эмоциональных изменений в) явлений искаженного пубертатного криза г) рудиментарных бредовых и галлюцинаторных расстройств д) выраженных аффективных расстройств
Б 1.Б.6.5 Раздел 5 «Специальная психотерапия. Методики психотерапии»	57. Внушение обычно действует тем сильнее, чем а) критичнее относится пациент к тому, что ему внушают б) спокойнее, будничнее держится психотерапевт в) тоньше, глубже размышление о механизме совершающегося с ним в это время г) сильнее охвачен пациент верой в психотерапевта д) более склонен пациент к психоаналитической терапии 58. Самыми известными способами определения внушаемости являются все перечисленные, за исключением а) "падения назад" б) протреники и способа Бехтерева с остро отточенным карандашом в) внушения одеревянения рук, сцепленных в "замок" г) способа Буля с магнитом д) правильно а) и г) 59. Гипноз - это (в соответствии с известными взглядами в психотерапии) а) условно-рефлекторный сон, вызванный внушением, при котором через "сторожевой пункт" поддерживается контакт между загипнотизированным и гипнотизером, и он является частичным сном; состояние суженного сознания, вызванное действиями гипнотизера и характеризующееся повышенной внушаемостью б) вид онейроидного помрачения сознания в) состояние легкой оглушенности, вызванное гипнотизацией г) искусственно, гипнотизацией вызванная определенная психологическая защита, свойственная данному человеку д) правильно а) и г) 60. К известным способам (методам) гипнотизации с воздействием на зрительный анализатор относятся все перечисленные, за исключением а) гипнотизации с внезапной вспышкой яркого света в темной комнате б) метода интроспекции и метода Капустина ("серебристое озарение") в) метода фиксации взора г) метода следовых образов 61. К известным способам (методам) гипнотизации с воздействием на кожный анализатор относятся а) гипнотизация с помощью своеобразного "массажа" и с помощью "пассов" б) гипнотизация с втиранием в кожу лба специального крема в) гипнотизация с мягкой струйкой воздуха в носовые отверстия г) гипнотизация с помощью теплого метронома 62. Форель различает следующие степени гипноза, кроме а) гипотаксии

	б) легкой оглушенности и обнубиляции в) сомноленции г) сонливости д) правильно а) и г) 63. Катаlepsия возникает а) в сомнамбулизме и гипотаксии б) в гипнотической оглушенности в) в обнубиляции г) в легкой ономатомании д) правильно б) и г) 64. Гипнотерапия противопоказана всем перечисленным больным, кроме а) пациентов, у которых гипнотический транс провоцирует возникновение судорожного припадка б) больных эпилепсией с припадками и больных, получающих одновременно талассатерапию в) больных с бредовыми психотическими расстройствами г) больных с лихорадкой 65. Теоретическими положениями прогрессирующей (прогрессивной) релаксации Джекобсона являются а) положение о церебронейромускулярном круге б) положение о том, что многократное сознательное повторение привычного болезненного действия избавляет от него в) в сновидениях происходит серьезное отреагирование переживаний г) отреагирование серьезно помогает, если эмоциональное воспроизведение прошлого сочетается с участием со стороны врача д) положение о десенситизации 66. Техника релаксации по Джекобсону включает в себя следующие основные упражнения а) лечь на спину, согнуть руки в локтевых суставах и резко напрячь мышцы рук, обращая внимание на ощущение мышечного напряжения; расслабить мышцы и дать рукам свободно упасть, обращая внимание на ощущение мышечного расслабления б) согнуть и разогнуть мышцы пальцев ног шесть раз подряд, обращая внимание на ощущения напряжения-расслабления в) сокращать бицепсы сначала сильно, потом все более слабо и пребывать в неподвижности с расслабленными мышцами-сгибателями в течение 15 мин г) научиться расслаблять мышцы языка, смягчая этим тревожную напряженность д) правильно а) и в) 67. Аутогенная тренировка по Шульцу отличается от прогрессирующей релаксации Джекобсона а) тем, что ее лечебный эффект основан лишь на действии релаксации б) тем, что способствует не столько мышечному, сколько душевному успокоению
--	--

	в) особым вниманием к поперечно-полосатой мускулатуре и специальными гимнастическими упражнениями г) особым сосредоточением на духовных переживаниях д) ни одно из перечисленных 68. К основным позам для занятий классической аутогенной тренировкой относятся позы а) "весенней лягушки" б) "кучера" в) стоя ("лепесток лотоса") г) полулежа на боку ("парящая птица") д) "согнутых локтей" 69. Первое стандартное упражнение низшей ступени классической аутогенной тренировки имеет своей целью вызвать ощущение а) тепла и тяжести в обеих руках б) тяжести во всем теле и покоя в) приятной тяжести в области живота г) покоя в области сердца д) ничего из перечисленного 70. Четвертым стандартным упражнением низшей ступени классической аутогенной тренировки является упражнение, направленное на а) овладение ритмом сердечной деятельности б) вызывание ощущения тепла в эпигастральной области в) овладение регуляцией ритма дыхания г) вызывание образных однотонных представлений д) вызывание чувства тепла в области солнечного сплетения 71. К высшей ступени классической аутогенной тренировки относятся следующие основные упражнения а) вызывание у себя состояния легкой оглушенности со зрительным представлением таких абстрактных понятий, как красота и счастье б) вызывание у себя чувства тяжести во всем теле с аментивными галлюцинациями любимых мест природы в) пребывание в деперсонализационном состоянии с продумыванием своего жизненного пути; поиск смысла жизни в состоянии обнубления г) визуализация представлений д) ничего из перечисленного 72. Рациональную психотерапию 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 73. Существом классической рациональной психотерапии Дюбуа является все перечисленное, за исключением а) безимперативного внушения в бодрствующем состоянии б) живого, диалектического взаимодействия внушения с отвлечением в психотерапевтической работе с пациентом
--	---

в) лечебного доказательства

г) сочетания разъяснения с эмоциональным внушением наяву

д) мотивированного внушения

74. При лечении убеждением, в отличие от лечения внушением, имеет место все перечисленное, за исключением

а) образуются у пациента новые связи, "корни", они переплетаются с имеющимися представлениями, поддерживаются ими

б) лечебный эффект наступает часто не так быстро

в) пациент активно участвует в процессе лечения

г) мышление пациента становится критичнее, основательнее

д) пациент проникает верой в своего врача

75. Рациональная психотерапия в классическом своем варианте особенно эффективна для лечения

а) ананкастических переживаний

б) душевно ограниченных пациентов с истеро-невротическими расстройствами

в) психастеников

г) всевозможных навязчивостей и мягких паранояльных расстройств

д) ни одно из перечисленных

76. Когнитивная терапия Бека основывается на всех следующих положениях, кроме

а) депрессия возникает тогда, когда человек неадекватно интерпретирует мир и себя, не видит альтернативных объяснений и решений

б) тревожно-ипохондрические сомнения есть результат конкретизации изначальной аморфной тревоги среди определенных житейских событий; в основе тягостных "черных" депрессивных мыслей (в том числе, суицидальных) лежит патология аффекта

в) пациенту следует проанализировать свой способ мышления, понимания вещей как один из многих возможных наряду с более адекватными по отношению к действительности

г) основной метод работы психотерапевта -

формулирование вопросов, как это делал Сократ

77. Различают следующие подходы в групповой психотерапии, за исключением

а) дидактического

б) аналитического

в) поведенческого

г) восточно-иероглифического

д) экзистенциально-гуманистического

78. Особенности психотерапевтической работы "группы встреч" (Роджерс) состоят в том, чтобы

а) познавать себя и других 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 г) 79. В развитии и функционировании психотерапевтической группы основными фазами (по 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 80. Климат, атмосферу групповых занятий определяют (по Карвасарскому) а) вербальные средства воздействия б) невербальные средства воздействия в) мимика психотерапевта, его жестикация и интонация г) объяснения психотерапевтом проблем пациента д) правильно б) и в) 81. Аспектами функционирования семьи известной "модели Мак-Мастерса" являются все перечисленные, за исключением (Э.Г.Эйдемиллер и В.В.Юстицкий, 1990) а) коммуникативных характеристик б) аффективной вовлеченности в) "поведенческого контроля" г) сексуальной утонченности д) ролевых характеристик 82. "Уровень удовлетворенности" члена семьи связан, прежде всего, с проблемами (Э.Г.Эйдемиллер и В.В.Юстицкий, 1990) 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) 83. Терапия творческим самовыражением предназначена прежде всего а) для асоциальных пациентов с истерическими расстройствами б) для пациентов с художественными творческими способностями в) для остроспихотических пациентов г) для пациентов с агрессивными тенденциями д) для пациентов с дефензивными расстройствами пограничного регистра 84. Конкретными методиками терапии творчеством, "работающими" в рамках терапии творческим самовыражением, является терапия всем перечисленным, кроме а) проникновенно-творческим погружением в прошлое б) творческим поиском одухотворенности в повседневном
--	---

	в) творческим общением с литературой, искусством, наукой и природой г) психодрамой и проективным рисунком 85. В основное содержание терапии творческим самовыражением включены следующие процессы а) самопознание как изучение собственных болезненных расстройств, своего характера б) познание других человеческих характеров (занятия по типологии характеров); познание себя и других в творчестве в) творческое приобщение к той или иной религиозной системе; психосинтез г) самоактуализация в духе гуманистической психологии Маслоу д) правильно а) и б) 86. Групповые воздействия в рамках терапии творческим самовыражением отличаются от групповых воздействий в рамках психологически ориентированной групповой терапии тем, что а) открывается в группе свободное откровенное самовыражение участников группы в непосредственном, живом, глубоком взаимодействии друг с другом, рассказывая свое сокровенное б) пациенты познают себя и других более или менее интуитивно-недирективно в живом общении, помогая товарищу в его житейском конфликте мнением группы в) познание в группе идет на базе изучения характерологических радикалов, типов характера, клиники; нравственный выход из трудного, конфликтного положения подсказывается здесь пациенту психотерапевтом, группой - сообразно клинике, душевному складу пациента г) пациенты разыгрывают в группе ролевые ситуации, занимаются творчеством 87. 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 88. Психодрама (по Морено) - 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 89. Основой лечебного эффекта психодрамы Морено считает
--	---

	а) душевное очищение, облегчение, катарсис б) сублимацию вытесненного сексуального влечения в) катаболизм г) анаболизм д) перенос
Б1.Б.6.5 Раздел 6 «Неотложная наркология»	90. При лечении истерического невротического состояния целесообразно, выяснив причину истерического симптома, по возможности (по Свядощу) а) попытаться эту причину устранить б) попытаться помочь больному найти рациональный выход из возникшей неблагоприятной для него обстановки, по возможности удовлетворив его желания и стремления в) не пытаясь устранить причину симптома, призвать пациента бороться со своей детскостью и более зрело отнестись к травмирующим его обстоятельствам г) назначить физиотерапию или витаминотерапию в порядке косвенного внушения д) правильно все перечисленное, кроме в) 91. В процессе лечения истерического невроза целесообразно (по Свядощу) а) указывать, доказывать пациенту, что его состояние есть "бегство в болезнь", стремление извлечь выгоду из этой болезни б) объявить больному, что он способен сам устранить свой невротический симптом, если сильно захочет этого (поднять парализованную ногу, приостановить гиперкинез и т.п.) в) подчеркивать больному при всяком удобном случае, что это у него не болезнь, это все продукт его "злой воли" г) никогда, ни при каких обстоятельствах не говорить больному о зависимости болезненного симптома от его воли д) в беседе с больным согласиться с ним в том, что он, действительно, болен и в своей болезни не виноват 92. Помогая пациенту с навязчивостями, врач должен (по Консторуму) 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 93. Выделяют следующие стадии развития фобий (по Н.М.Асатиани) а) возникновение фобий при непосредственном психотравмирующем воздействии б) возникновение фобий при неприятных соматических (вегетативных) ощущениях в) появление фобий даже при одном ожидании столкновения с психотравмирующими факторами; в объективно индифферентной обстановке г) возникновение фобий при душевных переживаниях, не имеющих отношения к невротическому конфликту д) правильно а) и в)

94. Для лечения фобий применяются
- а) **отвлечение по Бехтереву; активирование по Консторуму; мотивированное внушение по Платонову**
 - б) "просветляющее" внушение по Втюрину
 - в) "кавалерийская противофобическая атака" по Яковлевой
 - г) Кречмеровская протрептика
 - д) правильного ответа нет
95. Основной причиной возникновения фобического невроза является
- а) **действие психической травмы**
 - б) психопатическая шизоидная почва
 - в) эмотивно-лабильная личностная почва
 - г) астеническая личностная почва
 - д) психастеническая личностная почва
96. Существо клинко-психотерапевтической помощи любому epileptoидному психопату, стремящемуся к лечению, состоит в том, чтобы
- а) указать ему на его врожденный нравственный дефект с категорическим требованием нравственно перестроиться
 - б) с помощью особых психотерапевтических методик сделать прямолинейно-инертное epileptoидное мышление подвижным, живым, естественным; не выслушивать пациента подробно, а требовать от него краткости в беседе и беспрекословного выполнения советов психотерапевта
 - в) **помочь ему по возможности общественно-полезно реализовать свою психопатическую авторитарность; научить его хотя бы притворяться благодарным людям за их помощь, притворяться участливым к переживаниям других**
 - г) протрептически "отрезвить" пациента
 - д) научить аутогенной тренировке
97. Болезненные, тревожные сомнения ипохондрического содержания обычно ослабевают или уходят
- а) в процессе внушения в бодрствующем состоянии
 - б) благодаря приемам элементарного самовнушения
 - в) **в процессе компетентного, информативного, врачебного разъяснения**
 - г) при попытке отвлечься от них какими-либо делами
 - д) в занятиях аутогенной тренировкой
98. К основным классическим клинко-психотерапевтическим принципам в работе с больными шизофренией относятся все перечисленные, за исключением
- а) доверительного обучения больного известной диссимуляции
 - б) активирования как воздействия на психику, в конечном счете, через моторику-поведение
 - в) эмоционального благотворного оживления пациента различными способами
 - г) **принципа критического наступления на бредовые и сверхценные, навязчивые построения**
 - д) принципа особого значения интимного, эмоционально-тесного контакта с врачом
99. Так называемое "вхождение" психотерапевта в мир своего шизофренического пациента принято на Западе называть всеми

	следующими терминами, кроме а) "душевная близость" б) "интенциональность" в) "идентификация" г) "терапевтическая любовь" д) "психотерапевтическое зеркало" 100. Целями групповой психотерапии депрессивных больных (по С.Днепровской, В.Шульте) является все перечисленное, за исключением (Карвасарский, 1985) а) снять эндогенную симптоматику б) способствовать созданию у пациента чувства принадлежности и безопасности в) способствовать изменению представлений пациента об исключительности его заболевания г) способствовать повышению самооценки д) научить пребывать в целебном состоянии творческого вдохновения 101. К главным психотерапевтическим мероприятиям при эпилепсии относят (по В.Смирнову) а) гипнотическое внушение и культтерапию б) разъяснительное подкрепление всех видов лечебных процедур и лекарственных назначений в) установление плотного, информационно насыщенного доверительного контакта с больным г) протренировку д) правильно б) и в) 102. Основные принципы и формы работы обществ анонимных алкоголиков - это а) больные рассказывают товарищам по несчастью истории своего "падения" и возвращения через трезвость в жизнь б) чтение произведений Дюма по ролям в) чтение глав книги "Alcoholics Anonymous" г) члены этих обществ не могут быть атеистами; для вступления в АА необходим только вступительный взнос д) правильно а) и в) 103. К известным 12 "ступеням", которые члены общества анонимных алкоголиков проходят за 6 и более месяцев, относятся следующие, кроме а) мы решили отдать свою волю и жизнь в руки Бога, как мы понимаем его; мы полностью готовы к тому, чтобы Бог помог освободить нас от недостатков в нашем характере б) только мы сами волей своей способны выбраться из пьяного болота и никто более нам не поможет в) мы признали свое бессилие перед алкоголем - мы потеряли контроль над своей жизнью г) ничего из перечисленного д) правильно а) и в) 104. При лечении опийных наркоманий у подростков а) следует составить психотерапевтическую группу
--	--

	только из подростков со сформировавшейся наркоманией б) следует дать близким больного достаточную информацию о проявлениях и течении наркомании и начинать семейную психотерапию с родными без подростка в) не следует давать родителям подростка сведения о наркомании г) необходимо убедить родителей подростка в том, что подросток нуждается, прежде всего, в родительских дисциплинарных мерах
--	--

Банк ситуационных клинических задач

Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы психотерапии»	1. Вы - врач скорой помощи. Вас вызвали к больной, совершившей суицидальную попытку. Больная лежит в постели на окровавленной простыне, в области левого запястья неглубокие резаные раны с небольшим венозным кровотечением. Родственники сообщили, что прежде веселая, активная больная две недели назад без видимой причины стала подавленной, много плакала, не спала по ночам, отказывалась от еды, перестала заботиться о своей внешности, не ходила на работу. Два дня назад стала говорить, что всем в тягость, считала себя никчемной, зря прожившей жизнь. Сегодня утром была обнаружена дочерью в ванной с лезвием в руках. Ваши действия? Недобровольная госпитализация на основании ст. 29 п.(а). 2. На приеме представители организации с официальным заявлением. Они требуют госпитализировать в психиатрическую больницу их бывшего сотрудника. Тот уже несколько лет судится с ними, считая себя несправедливо уволенным. В своих заявлениях, рассылаемых в суды, редакции газет, правоохранительные организации, клеветает и оскорбляет их, несколько раз он даже обращался на телевидения, требуя дать ему прямой эфир "чтобы рассказать всю правду о творимых безобразиях и разоблачить их. Многочисленные комиссии эти жалобы не подтвердили. Суды 6 раз признавали требования бывшего сотрудника необоснованными, ему неоднократно это пытались объяснить, но без результата. Мать этого сотрудника находится в доме-интернате для хронически больных с психическими заболеваниями, он сам дважды лечился в психиатрических больницах, но себя психически больным не считает и от обследований (амбулаторного или стационарного) психиатрами отказывается. Ваш ответ представителям организации. (Оснований для недобровольной госпитализации нет, можно рекомендовать обратиться в суд)
Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Общая психопатология»	3. Больная жалуется, что ее мучают тягостные ощущения в голове: «как будто что-то там булькает, переливается, мозжечок качается». Испытывает «мучительные неопределенные боли мозговых оболочек». Назвать симптом. (сенестопатии) 4. Больной жалуется, что после гриппа обычный разговор кажется ему громоподобным, свет электрической лампочки слепит глаза. Назвать симптом. (общая гиперестезия) 5. Периодически больной испытывает такое чувство, что все

предметы становятся то большими, то уменьшенными, то скошенными, то перекрученными вокруг своей оси. Назвать симптом. **(психосенсорные расстройства)**

6. Больной рассказывает, что вместо узоров на ковре видел сказочных героев, фантастических героев. Назвать симптом. **(парейдолические иллюзии)**

7. Больная М., 60 лет слышит голоса двух женщин, доносящиеся из стены. Голоса обсуждают её, комментируют её поступки, обвиняют её, приказывают ей. Назвать симптом. **(слуховые галлюцинации истинные)**

8. Больная «слышит», что откуда-то доносятся неясные голоса, которые повторяют ее мысли. Создается впечатление, что они делаются специально для нее, передаются по радио ей в голову. Назвать симптом. **(слуховые псевдогаллюцинации)**

9. Медицинская сестра сообщает о больном, что он сидит, плотно зажмурив глаза и закрыв уши руками. В ответ на вопрос больной сообщил, что видит во дворе больницы бегущую на него толпу людей, а сверху «голос» приказывает ему выброситься из окна.

Назвать симптом. **(сложные слуховые и зрительные псевдогаллюцинации)**

10. Больной шизофренией заявляет, что любит жену и детей, и сразу же говорит, что ненавидит их. В больнице ему нравится, и он намерен убежать из нее. Заявляет, что голоден, но отказывается от приема пищи. Назвать симптом. **(амбивалентность)**

11. Молодой специалист внес ряд ценных, рационализаторских предложений. Однако одно из них было отвергнуто в связи с небольшими техническими погрешностями. Это не удовлетворило его. Считает, что его предложение «многого стоит». С тех пор он занят только тем, что «протаскивает» свое изобретение: постоянно пишет жалобы о «несправедливости» решения. Его не смущает тот факт, что он не выполняет свои обязанности на производстве, в семье, добиваясь «справедливого» решения. Назвать симптом. **(сверхценные идеи изобретательства, необходимо дополнение анамнеза для исключения бреда изобретательства).**

12. Больной сообщает, что его сосед намерен отнять у него имущество, а его самого погубить. Сосед владеет гипнозом, с помощью которого вызывает боли в желудке у больного, жжение в кишечнике, поносы, атрофию мозга. Он же вызывает у больного отвратительные запахи, придает пище неприятный вкус. Назвать симптом. **(обонятельные галлюцинации, бред воздействия; сенсорные автоматизмы)**

13. Образец речи больного, находящегося в формально ясном сознании: «Я шел по улице, а справа пронесли длинную пожарную кишку. Где же эта книга? Не бывает ведь снега без мороза. Если бы прибавить и отнять, то все равно сопротивление кончится». Назвать симптом. **(разорванное мышление)**

14. Больной жалуется, что боится острых, режущих и колющих предметов. Не решается брать их в руки. Понимает, что страх нелеп, но побороть его не может. Назвать синдром.**(фобический синдром)**

15. Больная заявляет, что ее лечащий врач влюблен в нее. Постоянно заговаривает с врачом на эротические темы, требует от него признания в любви. На обходах устраивает сцены ревности. Назвать синдром.**(любовный бред)**

16. Больному последовательно показывают ключ, карандаш, ручку, перочинный нож и просят назвать показываемые предметы. Все предметы он называет ключ. Назвать расстройство ассоциативного процесса.**(персеверации)**

17. Больной считает, что прибором, установленным в лаборатории, читают его мысли, вкладывают ему мысли. Этот прибор насильственно заставляет его то веселиться, то плакать, то печалиться. Одновременно прибор «делает» ему голоса, которые звучат где-то в голове. Уверен, что существует целая организация, которая намерена погубить его с помощью прибора. Назвать синдром.**(с-м Кандинского-Клерамбо).**

18. Больной утверждает, что он великий грешник. Вся его жизнь аморальна, он заслуживает тяжелого наказания, какого еще свет не видел. Единственный выход из этой ситуации – покончить с собой. Назвать синдром.**(бред Котара).**

19. Больной 70 лет не спит ночами, чтобы посмотреть, как его жена (68 лет) уйдет «на сеновал к соседу». Постоянно во всем старается подтвердить неверность жены. Назвать синдром.**(бред ревности).**

20. Больной двигательно заторможен, словесному контакту не доступен, молчит. Временами спонтанно застывает в странной позе. Если больному искусственно придать неестественную позу: поднять обе руки и поднять ногу так, чтобы он оставался стоять на другой ноге, то больной остается в таком положении продолжительное время.

Назвать вариант ступора.**(кататонический ступор)**

21. Больной обратился к врачу и рассказал, что время от времени он не может удержаться от желания куда-либо уехать без цели и надобности, не имея на это средств. Был однажды осужден за нарушение паспортного режима, но это не останавливает его от поездок.

Назвать расстройство влечений.**(дромомания)**

22. Больной многоречив, не фиксирует внимание на задаваемые вопросы, его отвлекает любой внешний раздражитель. Назвать расстройство внимания.**(гиперпрозексия)**

23. Больной перенес острое отравление угарным газом. Сегодня уже вторые сутки находится в ясном сознании. Вчера он дал анамнестические сведения лечащему врачу, смотрел телепередачу. Сегодня не узнает лечащего врача, не помнит содержания

телепрограммы. Назвать симптом.(**антероградная, фиксационная амнезия**)

24. Больной после травмы мозга забыл, кем и где он работал последние 10 лет, не помнит, что у него есть 4-х летний сын. Память на текущие события сохранена. Назвать симптом.(**ретроградная амнезия**).

25. После ЧМТ больной забыл, как он собирался переходить улицу, как дошел до ее середины, где был сбит машиной. Сегодня он уже третий день в ясном сознании. Не помнит событий вчерашнего и позавчерашнего дней (разговоры с женой, лечащим врачом, чтение газеты). Назвать симптом.(**ретроантероградная амнезия**)

26. Больному четырежды назвали имя и отчество лечащего врача, предлагая запомнить. Однако каждый раз, спустя 2-3 минуты, больной повторить их не мог. Память на давно прошедшие события удовлетворительная. Назвать симптом.(**фиксационная амнезия**)

27. Больная в течение месяца находилась в больнице, но сообщает врачу, как она вчера ходила в гости к знакомой, что была сегодня утром дома, занималась хозяйством. Назвать симптом.(**псевдореминисценции**)

28. Больной во сне видел, как он играл в концертной программе, играл на скрипке. Проснувшись, в беседе с врачом заявил, что он умеет играть на скрипке (это не соответствует действительности). Назвать симптом.(**криптомнезия**)

29. Ребенок 12 лет. По словам родителей, с раннего детства уступал сверстникам в умственном развитии. С трудом окончил первый класс школы, научился писать отдельные слова, считает до 100, легко складывает в пределах 30, но с трудом вычитает числа. Знает, что такое кровать, стол, стул, но сгруппировать их в одно понятие не может. Очень прилежен, довольно хорошая механическая память.

Назвать степень умственной отсталости. (**дебильность (легкая степень умственной отсталости)**)

30. Больная 80 лет. Перестала узнавать своих детей, окружающих. Говорит, что ей 18 лет, «готовится к свадьбе». Помнит события раннего детства, память на настоящее резко снижена, не может запомнить имени врача. Суетлива, настроение то повышено, то снижено, бывает злобна, ломает вещи. Ревнует свою 50-ти летнюю дочь к внуку.

Назвать вид слабоумия.(**органическая деменция**)

31. Больная молчалива, бездеятельна, безынициативна, время проводит однообразно, ее желания ограничены простейшим. Лежит в постели, отвернувшись к стене. Отказывается от приема пищи. Перестала следить за своим внешним видом. Часто плачет.

Назвать симптомы, синдром.(**гипобулия, гипотимия, идеомоторная заторможенность, депрессивный синдром**).

32. У больного крайне неустойчивое настроение, которое легко и быстро меняется под влиянием ситуации. Сдерживать свои эмоции больной не в состоянии. Назвать симптом.(**эмоциональная лабильность**)

33. Больной безучастен к окружающему и своему положению, ничто не вызывает эмоционального отклика, ничто его не радует, и не огорчает. Назвать симптом.**(апатия)**

34. Больной активен, весел, многоречив до хрипоты, с любым из больных пытается поговорить, но не выслушав последнего, с увлечением декламирует стихи другому. Увидев, что санитарка пытается мыть пол, бросается ей на помощь, но вскоре, бросив начатое, дает советы больным, играющим в шахматы. Он неистощим в своей деятельности, говорит скороговоркой, настроение приподнято. Назвать симптомы, синдром.**(Гипертимия, двигательное и идеаторное возбуждение. Маниакальный синдром).**

35. У больного немотивированно веселое настроение. Все воспринимается им в «розовом цвете». Больной оптимистичен, на отрицательные аффекты не реагирует, переоценивает свои возможности. Темп мышления ускорен, в беседе отвлекаем. Назвать синдром.**(маниакальный)**

36. Родители больного обратились к врачу и рассказали, что сын после менингоэнцефалита стал неузнаваем. Всякий раз, как он возвращался из школы, в его портфеле обнаруживались ученические ручки, чужие тетради, детскую обувь и множество других ненужных вещей. Родителей вызвали в школу, где классный руководитель стал уверять, что их сын склонен к кражам. Назвать расстройство влечений.**(клептомания).**

37. Больной обратился к врачу и рассказал, что время от времени он не может удержаться от желания куда-либо уехать без цели и надобности, не имея на это средств. Был однажды осужден за нарушение паспортного режима, но это не останавливает его от поездок.

Назвать расстройство влечений.**(дромомания)**

38. Больной рассказывает о себе: «Временами, 2-3 раза в год, у меня без причин возникает тоскливое настроение, появляется непреодолимое желание выпить. В таких случаях я не выхожу на работу и пью день и ночь. В одно утро я просыпаюсь совершенно без этого тягостного чувства, пьянствовать больше неохота и я живу и работаю, как и все остальные люди. Назвать симптом.**(дипсомания)**

39. Больной с ЧМТ доставлен в приемный пункт станции СМП. Лежит, на окружающую обстановку не реагирует. Спонтанная и ответная речь отсутствуют. Реакция зрачков на свет, корнеальные, конъюнктивные и сухожильные рефлексы ослаблены, патологических нет. На болевые раздражители – кратковременная реакция (одергивание руки, гримаса боли). По выходе из этого состояния – полная амнезия всего болезненного периода.

Назвать предположительный синдром.**(сопор)**

40. Больной во время игры в шахматы внезапно застыл с фигурой коня в руке, фигура выпала. Это продолжалось несколько секунд. Больной после этого был растерян, не мог сразу собраться с мыслями, не помнил, что произошло.

Назвать предположительный синдром.**(эпилептический пароксизм, абсанс)**

41. Больная малоподвижна, большую часть времени проводит в постели, на лице выражение страдания. На вопросы не отвечает, при настойчивых обращениях к ней закрывает лицо руками. Это

Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Дифференциальная диагностика психопатологических синдромов психиатрии- наркологии»	продолжалось в течении двух недель. По выходе из этого состояния рассказывала, что «видела», как истязают и казнят ее родных, наблюдала гибель города от землетрясения. Окружающую обстановку при этом не фиксировала, активно принимала участие в спасении людей во время землетрясения. Назвать предположительный синдром.(онейроид). 42. Больной дезориентирован в месте и времени, но правильно назвал свою фамилию. Больницу принимает за вокзал, окружающих людей – за пассажиров. Испытывает зрительные галлюцинации: видит белых мышей, кошек, собак, сбрасывает с себя пауков, испытывает страх, пытается бежать. Назвать предположительный синдром.(делирий). 43. Больная эпилепсией развешивала белье на веревке. Около нее был ребенок 4 лет. Внезапно больная стала злобной, бросилась к ребенку, вспорола ему живот ножом, вытащив кишки, развесила их вместе с бельем. После этого больная погрузилась в глубокий сон. Никакого воспоминания о совершенном не сохранила, была поражена случившимся. Назвать синдром.(сумеречное помрачение сознания). 44. Больной 22 лет, студент академии. Жалобы на неуверенность в себе, повышенную утомляемость, выраженную сонливость днем при беспокойном ночном сне, раздражительность, непоседливость. Указанные жалобы появились 3-4 месяца и постепенно нарастали. Женат, скоро должен родиться ребенок. Из-за материальных трудностей около года совмещает учебу с подработкой в 2-х разных местах, что очень утомляет. Последнее время снизилась успеваемость, появились задолженности, в связи с приближающимися экзаменами вызывался в деканат, где имел неприятную беседу. Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз.(истощаемость; неврастения (синдром раздражительной слабости)). 45. Больной перенес тяжелый грипп. Через месяц после заболевания жалуется на постоянные головные боли, плохой сон, аппетит; отмечает, что стал раздражаться по пустякам. После вспышки гнева, плачет. Быстро устает, даже беседа с врачом спустя 20-30 минут утомляет. Не может читать книги, так как постоянно отвлекается, начинает думать о другом. К своему состоянию критичен. Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз.(Истощаемость, раздражительность, эмоциональная лабильность, гипопрозекия. Астенический синдром, как последствие перенесенной вирусной инфекции) 46. Больная 30 лет, по характеру эгоцентричная, капризная, мнительная. Отец страдал туберкулезом легких, постоянно подозревая его у себя, многократно обследовался, но патологии со стороны органов дыхания не обнаруживалось. 5 лет назад после конфликта с мужем, чтобы "успокоиться" хотела выпить 2 таблетки феназепамы, но поперхнулась, была рвота, возникло чувство удушья, страх смерти. Подобные состояния повторялись еще несколько раз при конфликтах с мужем и на работе. После очередного приступа в прошлом месяце появилось чувство сухости во рту, стала постоянно носить бутылочку с водой и несколько раз за день полоскать горло. На приеме после каждых 2-3 фраз полощет горло. Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз.(Панические атаки, соматоформная дисфункция, Диагноз: Соматоформное расстройство у истероидной личности).
Б 1.Б.6.4 Раздел 4 «Частная психиатрия»	

47. 28-летняя больная, стеснительная и неуверенная в себе, на работе тайком оформила себе беспроцентную ссуду для покупки квартиры. После этого стало казаться, что за ней начали следить сотрудники компании ("специально начали подходить к моему столу, чтобы посмотреть, какие бумаги я оформляю", "стали заводить разговоры о квартирах", "неожиданно встречаю их на улицах"). Появилась уверенность, что главный бухгалтер и директор сообщили о ней в милицию и налоговую инспекцию ("захожу к ним, а они постоянно по телефону звонят"). Уволилась с работы. Находилась на лечении в психиатрической больнице, после выписки устроилась на работу, при обследовании через два года психически здорова. Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. **(Реактивный паранойя).**

48. Больная 49 лет обратилась к психиатру после смерти мужа. Тяжело переживала утрату, много плакала, постоянно думала о муже. При засыпании часто видела мужа, который звал ее к себе. Настроение резко снижено. Выражение лица печальное, на глазах слезы. Рассказывая о своей жизни, о муже, плачет, говорит, что без него жизнь для нее закончилась. Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. **(Реактивная депрессия).**

49. Больной А., 39 лет, доставлен в стационар женой, в связи с неправильным поведением дома. Жалоб не предъявляет, больным себя не считает. Поступает в стационар третий раз, после каждой госпитализации чувствует себя здоровым, возвращается на работу. Состояние изменилось 2 недели назад, когда пациент стал чрезмерно общительным, легко заводит новые знакомства, даже на улице, приглашает случайных людей к себе домой, доверяет им ключи от квартиры, от машины, раздает деньги. Спит не более 3-4 часов в сутки. Весел, в беседе не может сдерживать смех. Мимика живая. На месте не удерживается, быстро ходит по комнате, жестикулирует. Многословен, склонен к рифмованию, декламирует стихи, рассказывает анекдоты. Часто не заканчивает фразы, переходит к новой мысли. Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. **(гипертимия, идеаторное и двигательное возбуждение, маниакальный синдром. Биполярное аффективное расстройство, маниакальная фаза)**

50. Больной К., 48 лет. Жалобы на «душераздирающую тоску», тревогу. Поступает в стационар в четвертый раз, приступы по типу клише. После каждой госпитализации чувствует себя здоровым, возвращается на работу. Настоящая госпитализация связана с тем, что был намерен «убить себя и жену, чтобы избавиться от мучений и ее, и себя». При поступлении выражение лица печальное, настроение резко снижено. Не сидит на месте, вскакивает, говорит, что так ему легче. Во время разговора тербит одежду, заламывает руки, внезапно хватается за голову: «Что же будет?!». Винит себя в том, что «запустил болезнь, не пришел к врачу вовремя». Пессимистичен, не видит выхода из своей «ситуации». Высказывает суицидальные намерения. Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. **(Гипотимия, ажитация, депрессивный синдром (возможно, с конгруэнтным бредом), рекуррентное депрессивное расстройство).**

51. Больная В., 47 лет. Поступила в стационар в третий раз, с депрессивным состоянием. Две недели назад снизилось настроение, нарушился сон и аппетит, перестала справляться с домашними делами, не

ходила на работу. Не общалась с родными, не следила за собой. Известно, что две предыдущие госпитализации были связаны с маниакальным состоянием: была чрезмерно активной, веселой, пела, танцевала, не спала по ночам. Перед второй госпитализацией привела в дом незнакомого мужчину, сообщила, что теперь он будет жить здесь, выгнала мужа из дома. Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. **(Гипотимия, гипобулия, депрессивный синдром, биполярное аффективное расстройство)**

52. Больной Ч., 32 года. Жалуется врачу на то, что последние 2-3 года отмечает повышенное внимание к себе со стороны сотрудников и посторонних людей. На улице постоянно встречает людей «с одинаково внимательным взглядом и многозначительными улыбками». Считает, что сотрудники органов госбезопасности «проверяют его благонадежность». Среди сотрудников на работе тоже есть «проверяющие люди». Некоторые факты из газет, телепередач относит к себе: «диктор дает понять, что он — на крючке». Снизилась трудоспособность, стал более эмоционально холодным, эгоистичным, ухудшились отношения в семье. Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. **(Бредовые идеи отношения, преследования. Параноидный синдром. Параноидная форма шизофрении).**

53. Больной У., 36 лет. Около полугода назад стал замечать, что за ним следят, замечал подозрительные машины, «зачем-то мне навстречу катафалк ехал», казалось все подстроенным. Обращал внимание, что жена ведет себя как-то особенно: переставляет после него стулья, просит его выйти на улицу, перед приездом сестры убрала их фотографию, искал в этом какой-то умысел, возникло предположение, что жена как-то связана с преследователями. Уехал от преследователей в деревню, но через некоторое время заметил, что там ситуация та же, считал, что кто-то хочет его убить, «стал сам искать опасность» для проверки предположения о том, что кто-то собирается подстроить несчастный случай. Везде замечал какие-то знаки, которые указывали на то, что его ждет смерть, испытывал страх. В течение последнего месяца перестал выходить из дома. Рассказывал, что испытывает странные ощущения в груди, теле, замирание сердца, испытывал страх. Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. **(Бредовые идеи отношения, преследования, особого значения. Параноидный синдром. Параноидная форма шизофрении).**

54. Больная Р., 17 лет. Обратила на себя внимание родственников неадекватным поведением: стала говорить, что может «читать мысли других людей», высовывалась в форточку и громко кричала, надевала на голову юбку, обматывала полотенцем. Доставлена в психиатрическую больницу. В отделении временами дурашлива, капризна, шаловлива, ведет себя как ребенок: хохочет, гримасничает, кувыркается, бегает по коридору, прячется. На свидания с матерью ходит без удовольствия, старается побыстрее с ней расстаться, не интересуется домашними делами и проблемами. Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. **(Бредовые идеи особых способностей, гебефреническое возбуждение, Гебефреническая форма шизофрении).**

55. Больная В., 39 лет. Неделю назад на фоне полного благополучия стала вести себя неадекватно. Закрывалась в комнате, часами лежала в постели, на обращенную к ней речь не реагировала, застывшим взглядом смотрела в потолок. Перестала ухаживать за собой. Застывала в нелепых позах. Родственниками доставлена в больницу. Через некоторое время рассказала врачу, что «видела» вокруг себя странные картины «рая и ада», где находились родственники, знакомые, она сама. Испытывала страх, что не вырвется из этого ада, мысленно общалась с «потусторонним миром», «высшим разумом».

Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. **(Каталепсия, ступор, онейроидное помрачение сознания, Кататонический синдром (онейроидная кататония). Кататоническая форма шизофрении).**

56. Больной К., 58 лет. Два месяца назад попал под машину, получил ушиб головы. Сейчас не знает текущей даты, не помнит, почему попал в больницу, не запоминает имени лечащего врача. Не находит свою кровать. Делает ошибки в счете ($9-7=5$). Жалуется на головную боль, просит отпустить его домой «посмотреть за коровой, как бы не увели со двора». Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. **(Фиксационная амнезия. Амнестический (Корсаковский) синдром).**

57. Больная, 69 лет, в течение последнего года бывают головные боли, головокружения, раздражительность, бессонница, стала уставать от домашней работы. Иногда забывает имена знакомых, не может вспомнить, куда положила нужную ей вещь. Отмечает затруднения в запоминании новых фактов, неточно называет даты, для того, чтобы не забыть имя своего врача, записывает его на бумажку. При воспоминании о давних событиях путает их последовательность, сама замечает свои ошибки, при этом очень огорчается. Устный счет производит правильно, иногда ошибается в простых задачах. Поправляет свои ошибки сама. При последовательном вычитывании от 100 по 7 вначале правильно выполняет задание, потом сбилась и не могла определить, в чем ее ошибки. При упоминании о дочери и внуках на глазах появляются слезы, но тут же при перемене темы разговора успокаивается. В неврологическом состоянии: изредка пошатывается при ходьбе. В соматическом состоянии: выглядит старше своих лет, извитые жесткие сосуды на висках и кистях рук. Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. **(гипомнезия, эмоциональное слабодушие, психоорганический синдром сосудистого генеза)**

58. Больной Р., 45 лет. За год до поступления в психиатрическую больницу стал забывчивым, рассеянным, делал ошибки в работе. Чтобы перевязать палец, отрезал кайму у шторы. Ворует из магазина хлеб, молоко (не смотря на наличие денег, чтобы заплатить за покупку). Лицо маскообразное, речь монотонная, невнятная. Плохо помнит события своей жизни, не запоминает текущие события. Настроение благодушное. Больным себя не считает. Сообщает, что собирается работать начальником отдела в строительной компании. Отсутствует реакция зрачков на свет, при сохранности её на конвергенцию. Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз. **(фиксационная амнезия, утрата контроля за поведением (лобная симптоматика),**

Б 1.Б.6.5 Раздел 5 «Специальная психотерапия. Методики психотерапии» Б1.Б.6.6 Раздел 6 «Психотерапия в клинике психических расстройств»	синдром Аргайла Робертсона, псевдопаралитический синдром вследствие нейросифилиса) 59. Больной Г., 54 года. Известно, что с 20-летнего возраста беспокоят припадки с потерей сознания, тоническими и клоническими судорогами, пеной изо рта, иногда – непроизвольным мочеотделением. О приступах знает со слов окружающих. Получает противосудорожную терапию. Жена отмечает, что изменился по характеру, стал мелочным, чрезмерно аккуратным, педантичным, легко озлобляется по пустякам. Около года назад появилась следующая симптоматика: периодически уходит из дома, ходит по городу без цели, в себя приходит в незнакомых ему местах. Не помнит, как очутился в этом месте, как уходил из дома, где был все это время. Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз.(концентрическое слабоумие, эпилепсия, судорожная форма) 60. Пациент А., 36 лет, пришел на прием к неврологу с жалобами на нарушения сна, головные боли напряжения, утомляемость, трудности сосредоточения, проблемы с усвоением новой информации, снижением работоспособности, которые развились в течение последних 3 месяцев, после того, как пациента повысили по службе. Из анамнеза известно, что всегда был ответственным, целеустремленным, ориентированным на карьерный рост, на работе брал на себя основную нагрузку, считая, что коллеги могут допустить ошибки. Работает в офисе, должен быстро реагировать на изменение рабочей ситуации, удерживать в поле внимания большое количество меняющейся информации. До начала заболевания были эпизоды бессонницы и головных болей, когда нервничал в период сдачи экзаменов, в остальном считает себя здоровым, женат, профессионально успешен, имеет широкий круг друзей. 1. Установите диагноз заболевания 2. Определите лечебную тактику.(Неврастения. Назначение транквилизаторов, ноотропов, по необходимости - антидепрессантов, рациональная психотерапия) 61. Пациентка Н, 43г., была направлена к психотерапевту кардиологом. Обратилась с жалобами на тревогу, страх смерти, приступы паники, сопровождающиеся сердцебиением, головокружением, кратковременным подъемом АД до 160/100 мм. рт ст., приливами жара, нарушением дыхания с ощущением «кома в горле», полиурией. Впервые приступ паники возник накануне очередной командировки мужа, внезапно стало трудно дышать, поднялось давление, возник острый страх смерти от сердечного приступа, вызвала скорую. Врач скорой помощи зафиксировал синусовую тахикардию. Увидев врача, пациентка успокоилась, почувствовала облегчение. В дальнейшем из-за опасения развития приступа стала бояться выходить одна из дома, ночевать одной в квартире. Предъявляет жалобы в демонстративной манере, склонна преувеличивать тяжесть своего состояния, инфантильна, незрела в суждениях, отношения с мужем описывает как идеальные. 1. Установите диагноз заболевания 2. Определите лечебную тактику. (Паническое расстройство с агорафобией. Назначение транквилизаторов, СИОЗС. Когнитивная и суггестивная психотерапия). 62. Пациентка Н., 29 лет, домохозяйка, обратилась с жалобами на страх перед авиа-перелетами, Жалобы на учащенное сердцебиение, ощущение удушья даже при мысли о том, что она должна сесть в самолет. Жалобы появились два года назад, когда во время «воздушной ямы» сидящий впереди ребенок вдруг завыл. При этом, так как муж — хоккеист, работающий в другом городе, ей приходится сидеть с 4-летним
---	--

ребенком, часто совершать авиа-перелеты. При обращении — напряжена, но о себе говорит охотно, стремится показать себя только с лучшей стороны. Имеет высшее юридическое образование, но не работает, так как «посвятила себя семье». 1. Установите диагноз заболевания 2. Определите лечебную тактику. **(Аэрофобия, фобический невроз. Когнитивная психотерапия).**

63. Пациентка А., 32 лет, после развода обратилась с жалобами на постоянный плач, бессонницу, постоянные головные боли. Муж ушел от нее, узнав об измене. Сейчас живет один. На попытки помириться с ним - не реагировал, сказал, что уйдет в монастырь. Пыталась покончить жизнь самоубийством месяц назад, проглотив 20 таблеток феназепама, но мать вовремя заметила сонливость, вызвала скорую помощь. Врачи, оказав помощь, и взяв подпись об отказе от госпитализации, уехали, так как больная «клятвенно» заверила врачей, что раскаивается, и такое поведение больше не повторится. В психическом статусе - гипомимична, постоянно плачет, сидит ссутулившись. В настоящий момент мысли о самоубийстве категорически отрицает. 1. Установите диагноз заболевания. 2. Определите лечебную тактику. **(Невротическая депрессия. Назначение антидепрессантов, транквилизаторов. Когнитивная психотерапия).**

64. Пациент К., 29 лет, нигде не работающий, обратился по поводу постоянного кашля. Уже в течение двух лет проходит обследования у врачей — интернистов по этому поводу, и, по их настоятельной рекомендации, и по настоянию матери, решил проконсультироваться у психотерапевта. Воспитывался гипернормативной, доминантной матерью, сейчас проживает с семьей родителей, большей частью просто лежит на диване (со слов матери). Имеет экономическое образование, хочет работать только в банке, однако везде при собеседовании получает отказ. От работы вместе с отцом - строителем на стройке отказывается. Четыре года назад впервые вступил в интимные отношения с девушкой, но, почувствовав «проявления СПИДа» порвал с ней отношения, обвинив её в том, что «она его заразила». В течение двух последующих лет регулярно обследовался на наличие СПИДа, и всегда получал отрицательные результаты. Считает, что напрасно пришел к психотерапевту, так как у него — соматическое, а не психическое заболевание, и что это он сделал только по настоянию матери. 1. Установите диагноз заболевания 2. Определите лечебную тактику. **(Ипохондрический синдром в рамках неврозоподобного варианта шизотипического расстройства. Назначение антипсихотиков. По мере медикаментозной коррекции нарушений мышления – проведение рациональной, когнитивной психотерапии).**

65. Пациентка В., 27 лет, психолог, обратилась по поводу постоянных конфликтов с мужем, в результате которых у неё развивается крик, продолжительностью 1-2 минуты, который она не может сдерживать. Понимает, как специалист, что сама провоцирует конфликты, так как при общении с мужем растет беспричинная раздражительность на него, и она также не может себя контролировать. Подобное поведение было и в первом браке, которое и привело его к разрыву. Сейчас боится, что распадется и второй брак. 1. Установите диагноз заболевания 2. Определите лечебную тактику. **(Истерический невроз. Назначение транквилизаторов, при необходимости – малых нейролептиков. Суггестивные методы психотерапии).**

66. Пациентка Д., 25 лет, русскоязычная итальянка, не работает, имеет музыкально-вокальное образование. Обратилась по скайпу по поводу ссор с мужем. Три месяца назад уехала из России, выйдя замуж за итальянца. В беседе выяснилось, что питается избирательно, в основном — обезжиренными йогуртами, периодически — «ест лишнее — тарелку пасты, например», после чего искусственно вызывает у себя рвоту. Особо этому не придает значение, так как всегда старалась выглядеть хорошо, считает это основной целью настоящей женщины. Презирует полных женщин: «Нельзя себя так распускать!». Основной проблемой называет скупость мужа — из-за которой у них постоянные конфликты, при этом она может наброситься на него и ударить. Постоянно выкладывает в интернете свои фотографии в купальниках, где видно кахексичное тело, однако этого не замечает. Лицо — с ярким макияжем, подчеркивающими без того красивую, привлекательную внешность. 1. Установите диагноз заболевания 2.. Определите лечебную тактику. **(Нервная анорексия, булимический этап, у истероидной личности. Назначение СИОЗС, транквилизаторов. Когнитивно-поведенческая психотерапия, суггестивные методы психотерапии)**

67. Пациент С., 30 лет, водитель, обратился из-за постоянного страха за свое здоровье, боязни «умереть от сердечной недостаточности». Появилась данная симптоматика год назад, после смерти отца от инфаркта миокарда, с которым в течение всей жизни были постоянные конфликты. Начал обследовать сердце, чтобы «застать болезнь на начальной стадии». Очередным отрицательным результатам исследования не верил, шел обследоваться в другую больницу. Из-за постоянных переживаний стал плохо спать, снизилась потенция. В связи с необходимостью отпрашиваться с работы для очередного обследования, стал мало зарабатывать, в связи с чем дома постоянно возникают конфликты. Однако ничего не может с этим сделать, аргументированные доводы не помогают. 1. Установите диагноз заболевания 2. Определите лечебную тактику. **(Тревожно-фобический невроз (кардиофобия) с ипохондрическим синдромом. Назначение транквилизаторов, антидепрессантов. Когнитивная психотерапия).**

68¹. Женщина, 30 лет. По характеру эгоцентричная, капризная, мнительная. Отец страдал туберкулезом легких, постоянно подозревая его у себя, многократно обследовалась, но патологии со стороны органов дыхания не обнаруживалось. 5 лет назад после конфликта с мужем, чтобы "успокоиться" хотела выпить таблетку фенибута, но поперхнулась, была рвота, возникло чувство удушья, страх смерти. Подобные состояния повторялись еще несколько раз при конфликтах с мужем и на работе. После очередного приступа в прошлом месяце появилось чувство сухости во рту, стала постоянно носить бутылочку с водой и несколько раз за день полоскать горло. На приеме после каждой 2-3 фразы полощет горло.

Назовите симптомы. Укажите синдром. Предварительный диагноз.

69¹. Женщина, 49 лет обратилась к психиатру после смерти мужа. Тяжело переживала утрату, много плакала, постоянно думала о муже. При засыпании часто видела мужа, который звал ее к себе. Настроение резко снижено. Выражение лица печальное, на глазах слезы. Рассказывая о своей жизни, о муже, плачет, говорит, что без него жизнь для нее

закончилась.

Назовите симптомы. Укажите синдром. Предварительный диагноз.

70¹. Мужчина, 39 лет, доставлен в стационар женой, в связи с неправильным поведением дома. Жалоб не предъявляет, больным себя не считает. Поступает в стационар третий раз, после каждой госпитализации чувствует себя здоровым, возвращается на работу. Состояние изменилось 2 недели назад, когда пациент стал чрезмерно общительным, легко заводит новые знакомства, даже на улице, приглашает случайных людей к себе домой, доверяет им ключи от квартиры, от машины, раздает деньги. Спит не более 3-4 часов в сутки. Весел, в беседе не может сдерживать смех. Мимика живая. На месте не удерживается, быстро ходит по комнате, жестикулирует. Многословен, склонен к рифмованию, декламирует стихи, рассказывает анекдоты. Часто не заканчивает фразы, переходит к новой мысли.

Назовите симптомы. Укажите синдром. Предварительный диагноз.

71¹. Мужчина, 52 года. Злоупотребляет алкоголем около 30 лет. Последние 14 лет пьет запоями по 5-7 дней. К настоящему времени перешел на крепленые вина, эпизодически- суррогаты. В течение 2 последних лет стал обращать внимание на то, что жена им не интересуется, поздно возвращается домой. Настойчиво стал выяснять «где она пропадает» в течение дня. Ответы жены не удовлетворяли его, перестал ей верить. Стал подозревать, что она ему изменяет, стал за ней следить. Во время ссор стал применять физическое насилие, угрожает расправой. Требуется «сознаться во всем и не доводить его до греха», находит «доказательства» неверности (незнакомый запах парфюма, слишком яркий макияж). Пришел к выводу, что жена изменяет ему с начальником.

Назовите симптомы. Укажите синдром. Предварительный диагноз.

72¹. Мужчина, 34 года, техник-строитель. Среди родственников психически больных нет. По характеру в раннем детстве был добрым, заботливым примерным мальчиком, старался всем угодить. В школе был прилежным, дисциплинированным, аккуратным, особенно в одежде. Старался угодить учителям, которые его любили. На работе пунктуален, все выполнял четко, по плану. С возрастом характер Г. стал раздражительным, вспыльчивым, напряженным, грубым. Аффектировался, бывал склонен к агрессии. Говорил, что «если ненавижу, то мстить буду до конца». Очень любил девушку, из-за ревности пытался задушить ее. Обычно после аффективных вспышек настроение улучшалось, становился услужлив, славяв.

Назовите симптомы. Укажите синдром. Предварительный диагноз.

73.¹ Мужчина, 48 лет. Жалобы на «душераздирающую тоску», тревогу. Поступает в стационар в четвертый раз, приступы по типу «клише». После каждой госпитализации чувствует себя здоровым, возвращается на работу. Настоящая госпитализация связана с тем, что был намерен «убить себя и жену, чтобы избавить от мучений и ее, и себя». При поступлении выражение лица печальное, настроение резко снижено. Не сидит на месте, вскакивает, говорит, что так ему легче. Во время разговора теребит одежду, заламывает руки, внезапно хватается за

	голову: «Что же будет?!». Винит себя в том, что «запустил болезнь, не пришел к врачу вовремя». Пессимистичен, не видит выхода из своей «ситуации». Высказывает суицидальные намерения. Назовите симптомы. Укажите синдром. Предварительный диагноз. 74.¹ Женщина, 65 лет. После смерти мужа, 2,5 года назад стала принимать феназепам в дозе 1 мг на ночь. Через 3 месяца поняла, что одной таблетки для сна недостаточно. Знакомые посоветовали добавить корвалол. В течение последующих месяцев принимала сперва по 30-40 капель корвалола и 1-2 таблетки феназепама на ночь, затем доза лекарств постепенно повышалась. При попытке уменьшить дозу возникала бессонница, добавляла корвалол, иногда принимала корвалол в течение дня вместе с таблеткой феназепама. На момент осмотра суточная доза феназепама составляет 6-7 мг, в день выпивает по 100-150 капель корвалола. При попытке отказаться от приема препаратов хотя бы в дневные часы становится раздражительной, тревожной, устраивает скандалы дочери. В тайне от нее стремится принять «свою дозу», чтобы успокоиться. Назовите симптомы. Укажите синдром. Предварительный диагноз.
--	---

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для промежуточной аттестации по практикам по специальности 31.08.22 Психотерапия 2024-2025 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №7 от 28.05.2024 г.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Отлично (5)	
--------------------	--

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)