

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»**
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский
Университет)

СОГЛАСОВАНО

Директор Департамента подготовки
кадров высшей квалификации
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России (Пироговский
Университет)

_____ М.В. Хорева

«09» июня 2026 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность
31.08.20 Психиатрия

Этап программы ординатуры
Первый этап

Москва, 2026 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с образовательным стандартом специализированного высшего образования по специальности 31.08.20 Психиатрия, утверждённым ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет) "24" июня 2026 г. № 988 рук, межкафедрального объединения: кафедры психиатрии и медицинской психологии ИНН и кафедры психиатрии ИНОПР

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1.	Краснов Валерий Николаевич	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой психиатрии ИНОПР
2.	Шмилович Андрей Аркадьевич	д.м.н., доцент	Заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ИНН
3.	Казанцева Элла Львовна	к.м.н.	Доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии ИНН
4.	Краснослободцева Лариса Алексеевна	к.м.н.	Доцент кафедры психиатрии ИНОПР
5.	Сейку Юрий Викторович	к.м.н.	Доцент кафедры психиатрии ИНОПР
6.	Доровских Игорь Владимирович	д.м.н., профессор	Профессор кафедры психиатрии ИНОПР
7.	Гученко Елена Павловна	-	Ассистент кафедры психиатрии ИНОПР

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании межкафедрального объединения, протокол от «15» мая 2026 г. № 20.

Руководитель
межкафедрального объединения

_____ В. Н. Краснов

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	Цель и задачи государственной итоговой аттестации	4
2.	Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание	5
3.	Описание критериев и шкал оценивания компетенций	34
4.	Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации	35

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в первом этапе программы ординатуры по специальности 31.08.20 Психиатрия.

Задачи государственной итоговой аттестации

Оценка уровня сформированности универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, установленных образовательным стандартом специализированного высшего образования, утвержденным Университетом самостоятельно (далее – ОС СПбО).

Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации «Врач-психиатр (медицинская помощь в амбулаторных условиях)» – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению первого этапа программы ординатуры и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения первого этапа программы ординатуры, проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в первом этапе программы ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Коммуникация	УК-2. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-3. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
--	--

Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
--	--

Профессиональные компетенции

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен проводить диагностику психических расстройств и расстройств поведения (в амбулаторных условиях)
	ПК-2. Способен назначать и проводить лечение пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, контролировать его эффективность и безопасность (в амбулаторных условиях)
	ПК-3. Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (в амбулаторных условиях)
	ПК-4. Способен проводить медицинские освидетельствования, медицинские экспертизы и медицинские осмотры (в амбулаторных условиях)
	ПК-5. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения (в амбулаторных условиях)
	ПК-6. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, организовывать деятельность находящихся в распоряжении медицинских работников (в амбулаторных условиях)
	ПК-7. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения (в амбулаторных условиях)

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствие с требованием ОС СпВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 2 зачетные единицы (72 академических часа), из которых 1.3 зачетные единицы (48 академических часов) отводится на подготовку к государственному экзамену, 0.7 зачетных единиц (24 академических часа) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 1,5 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап - тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний , приобретенных обучающимся в результате освоения первого этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Университета в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений , приобретенных обучающимся в результате освоения первого этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ на практические вопросы. В процессе ответов на вопросы обучающийся должен продемонстрировать следующие навыки: оценить жалобы и анамнез, оценить результаты осмотра, оценить тяжесть состояния, сделать предварительное заключение, определить объем и показания к назначению лабораторных и (или) инструментальных исследований, провести анализ результатов лабораторных и (или) инструментальных исследований, сделать заключение об изменениях, поставить диагноз, предложить дальнейшую тактику ведения пациента с психическим заболеванием, определить показания к медицинской реабилитации, оценить состояние и определить нетрудоспособность пациента, определить профилактические мероприятия и сроки диспансерного наблюдения, определить показания к освидетельствованию. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап - собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Университета, так и на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.

Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)
----------------------------	--

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

1	Диспансерное наблюдение за лицом, страдающим психическим расстройством, предполагает
	обязательные осмотры пациента с частотой не реже 1 раза в месяц
	обязательные осмотры пациента с частотой не реже 1 раза в 3 месяца
	обязательные ежегодные курсы интенсивной терапии в дневном стационаре
	наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи
2	Психиатрическое освидетельствование больного, находящегося под диспансерным наблюдением, может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя
	только с разрешения главного врача диспансера
	только с санкции судьи
	только с санкции прокурора
	врачом-психиатром диспансера без получения дополнительного разрешения с чьей-либо стороны
3	Если в заявлении о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя отсутствуют предусмотренные Законом основания для такого освидетельствования, врач-психиатр
	направляет это заявление в суд
	отказывает заявителю устно
	направляет это заявление прокурору
	отказывает заявителю мотивированно в письменном виде
4	Причиной стигматизации психически больных считают
	социальную опасность психически больных
	распространенные в обществе заблуждения и предубеждения
	хронический характер психических заболеваний
	диспансерное наблюдение за больным
5	Пациент, который получает в ПНД консультативно-лечебную помощь
	не имеет права на получение листка нетрудоспособности
	имеет право отказаться от дальнейшего наблюдения и лечения
	обязан являться в ПНД не реже 1 раза в месяц
	обязан являться в ПНД не реже 2 раз в месяц
6	Диспансерное наблюдение устанавливается за психически больными в случае наличия
	острого психического расстройства

	хронического часто обостряющегося заболевания
	психического нездоровья в течение 1 года
	нетрудоспособности
7	Закон «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» действует с
	1976 года
	1985 года
	1993 года
	2008 года
8	Психиатрическая помощь в РФ осуществляется преимущественно
	добровольно
	по требованию органов правопорядка
	по решению суда
	по просьбе родственников больного
9	Диагностика психических расстройств в первую очередь основывается на анализе
	сведений, полученных от родственников больного
	высказываний и поступков больного
	данных лабораторного обследования
	МРТ и других методов визуализации мозга
10	Освидетельствование и помещение в психиатрический стационар без письменного согласия
	больного
	допустимо при наличии беспомощности или социальной опасности больного
	необходимо в случае нарушения общественного порядка
	проводится при наличии письменного согласия родственников
	разрешено при подозрении на шизофрению
11	Признание гражданина невменяемым предполагает
	установление за ним опеки
	лишение его прав на владение имуществом
	освобождение от ответственности за совершенное преступление
	отмену совершенных им ранее имущественных сделок
12	Стремление подчеркнуть отличие психически больных от всех остальных граждан с
	последующей их дискриминацией во всех сферах социальной жизни называют
	стигматизацией
	сублимацией
	агgravацией
	симуляцией
13	Правила деонтологии предполагают, что медицинскому работнику в отношении психически
	больного человека следует
	проявлять осторожность
	быть мене требовательным
	тщательно контролировать его поведение и предостерегать от ошибок
	стараться организовать сотрудничество
14	Неосознаваемый психологический прием, благодаря которому эмоционально неприятная
	информация изгоняется из сознания и становится недоступна логическому анализу и
	чувственному переживанию называют
	невменяемостью
	психологической защитой
	патернализмом
	демонстративным поведением

15	Психические и физические расстройства, возникающие по механизму самовнушения, которые не могут быть прекращены усилием воли больного, и не преследуют никакой другой цели, кроме стремления обратить на себя внимание и вызвать сочувствие называют невменяемостью
	симуляцией
	патернализмом
	демонстративным поведением
16	Недееспособность устанавливается
	участковым психиатром
	врачебной комиссией ПНД
	решением суда
	врачебной комиссией стационара
17	Правоспособностью обладают
	психически больные вне обострений
	не состоящие на учете в ПНД
	все граждане вне зависимости от их психического здоровья
	не проходившие стационарного лечения в психиатрических больницах
18	Разрешение на пребывание больного в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке дает
	врачебная комиссия
	судья
	главный врач больницы
	прокурор
19	Поведение пациента, который хорошо осознает наличие у себя психического расстройства, но настойчиво скрывает его и отвергает присутствие каких-либо симптомов болезни, называют невменяемостью
	самовнушением
	диссимуляцией
	патернализмом
20	Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе назначается для решения вопроса о гражданской недееспособности лиц и назначении над ними опеки
	об освобождении от наказания в связи с болезнью
	о назначении принудительных мер медицинского характера
	об ответственности лиц, совершивших преступление в связи с болезненным психическим состоянием
21	Госпитализация психически больных производится в недобровольном порядке
	при его непосредственной опасности для себя или окружающих
	по заявлению соседей
	по заявлению органов правопорядка
	при его недееспособности
22	Правильная тактика в отношении больного с алкогольным делирием:
	проведение успокоительной психотерапевтической беседы
	направление в наркологический диспансер
	назначение амбулаторной седативной терапии
	неотложное стационарирование в психиатрическую больницу
23	При наличии показаний к не добровольной госпитализации больной должен быть осмотрен комиссией врачей-психиатров в течение
	2-х часов
	12 часов
	24-х часов

	48 часов
24	Медико-социальная экспертиза (МСЭ) определяет
	годность к военной службе
	наличие невменяемости
	наличие инвалидности
	наличие недееспособности
25	Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе назначается для решения вопроса
	о признании недействительной сделки, совершенной недееспособным лицом
	о признании брака недействительным
	о назначении опеки над недееспособным лицом
	о вменяемости и невменяемости лиц в момент совершения деликта
26	Психический статус должен отражать
	анамнестические сведения
	динамику психического состояния
	оценку врачом обнаруженных у больного расстройств
	состояние больного на момент осмотра
27	Выписной эпикриз отражает
	только состояние больного на момент выписки из стационара
	только состояние больного при поступлении в стационар и при выписке
	только динамику состояния больного за время наблюдения
	только динамику терапии за время наблюдения
	сжатое изложение анамнеза (катамнеза), психического статуса при поступлении и в динамике, соматический и неврологический статусы, данные о проведенных исследованиях и лечении, окончательный диагноз и рекомендации по лечебно-восстановительным мероприятиям после выписки из стационара
28	Лицо, находящееся на диспансерном наблюдении в ПНД, считается
	недееспособным
	дееспособным, пока обратного не установил суд
	ограниченно дееспособным
	дееспособным при наличии критики к заболеванию
29	К основным принципам оказания психиатрической помощи в РФ относят
	обеспечение гражданских прав и свобод
	гуманность и недопустимость унижения человеческого достоинства
	обеспечение безопасности и санитарно-гигиенических требований
	обеспечение наиболее ограничительных условий
	сохранение врачебной тайны
30	Основанием для недобровольного психиатрического освидетельствования и (при необходимости) недобровольной госпитализации служат
	непосредственная опасность данного лица для себя или окружающих
	его беспомощность, то есть неспособность удовлетворять основные жизненные потребности
	существенный вред его здоровью, если данное лицо будет оставлено без психиатрической помощи
	заявление соседей или родственников
31	Основные функции психиатрического диспансера
	оказание неотложной психиатрической помощи
	осуществление консультативно-диагностической, лечебной, психопрофилактической и реабилитационной помощи
	проведение всех видов психиатрической экспертизы
	оказание социально-бытовой помощи
	обеспечение художественно-эстетического и физического развития

32	К основным правилам освидетельствования лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке, относятся
	освидетельствование комиссией врачей
	проведение освидетельствования в течение 48 часов
	направление обоснованного заключения в суд в течение 24 часов
	использование мер принуждения
33	Какие существуют виды психиатрических экспертиз?
	трудовая
	военная
	судебная
	лечебная
34	Основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются
	наличие у лица психического расстройства и решение психиатра о проведении обследования и лечения
	необходимость проведения психиатрической экспертизы в порядке, установленном законами РФ
	постановление судьи
	согласие родителей или законного представителя, если лицо недееспособное или моложе 15 лет
35	Ятрогении могут привести к:
	ипохондрическим расстройствам
	Корсаковскому синдрому
	синдрому Кандинского–Клерамбо
	деменции
36	Для обсессивного синдрома характерно
	сделанность чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т.д
	затруднение процесса мышления
	чуждость, желание избавиться от навязчивых мыслей, страхов и т.д.
	отсутствие желания подвергаться различным методам обследования
37	Симптомом психического расстройства называют отступление от естественного течения психических процессов, ведущее к
	конфликту с обществом
	нарушению адаптации
	низкой самооценке
	отказу от борьбы против несправедливости
38	Проблемой изучения наркоманий и алкоголизма в рамках международных организаций занимаются
	комитет экспертов ВОЗ
	комитет по наркотическим средствам ООН
	организации ООН по вопросам образования, науки и культуры
	международный совет по алкоголизму и наркомании
	министерство экономического развития
39	Факторы, оказывающие наиболее значимое влияние на сохранение и укрепление здоровья населения
	уровень культуры населения
	экологические факторы среды
	качества и доступность медицинской помощи
	генетические (наследственные) факторы
	социально-экономические и образ жизни
	уровень заработной платы

40	Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства
	в особых случаях
	не всегда
	всегда
	оформляется лечащим врачом
	оформляется в суде
41	Состояние раздражительной слабости, при котором отсутствие сил и выраженная утомляемость сопровождаются чрезвычайной чувствительностью и ранимостью, называют
	апатией
	депрессией
	ипохондрией
	астенией
42	Гиперестезия чаще всего наблюдается в структуре
	делириозного синдрома
	астенического синдрома
	кататонического синдрома
	ипохондрического синдрома
43	Анестезия – это
	тягостные ощущения, не всегда имеющие четкую локализацию
	искаженное восприятие отдельных свойств предметов и явлений
	отсутствие чувствительности
	нарушение чувственной окраски восприятия окружающего
44	Бред – это
	ошибочные суждения, возникшие на болезненной основе и неподдающиеся коррекции
	патологически актуализировавшиеся представления, принявшие интенсивность восприятия для больного
	рассуждения, лишённые познавательного смысла (бесплодное мудрствование)
	искаженное восприятие отдельных свойств предметов и явлений
45	Дереализация - это
	тягостные ощущения, не всегда имеющие четкую локализацию
	искаженное восприятие отдельных свойств предметов и явлений
	отсутствие чувствительности
	нарушение чувственной окраски восприятия окружающего
46	Парестезии – это
	неприятные ощущения, ассоциированные с зоной иннервации
	искаженное восприятие отдельных свойств предметов и явлений
	отсутствие чувствительности
	нарушение чувственной окраски восприятия окружающего
47	Психосенсорные расстройства – это
	тягостные ощущения, не всегда имеющие четкую локализацию
	искаженное восприятие отдельных свойств предметов и явлений
	отсутствие чувствительности
	нарушение чувственной окраски восприятия окружающего
48	Сенестопатии – это
	тягостные необычные ощущения, не всегда имеющие четкую локализацию
	искаженное восприятие отдельных свойств предметов и явлений
	отсутствие чувствительности
	нарушение чувственной окраски восприятия окружающего

49	Что из ниже перечисленного неопровержимо свидетельствует о наличии у больного галлюцинаций?
	двигательное возбуждение
	непонимание больным происходящих событий
	речь больного, обращенная к отсутствующему собеседнику
	вычурные гримасы
50	При наличии каких симптомов больной не запоминает происходящих событий, но при этом рассказывает о том, что с ним не могло произойти?
	ретроградная амнезия и бред
	фиксационная амнезия и конфабуляции
	конфабулез и антероградная амнезия
	гипомнезия и галлюцинации
51	Галлюцинации – это
	ошибочные суждения, возникшие на болезненной основе и неподдающиеся коррекции
	патологически актуализировавшиеся представления, принявшие интенсивность восприятия для больного
	рассуждения, лишённые познавательного смысла (бесплодное мудрствование)
	искаженное восприятие отдельных свойств предметов и явлений
52	Резонерство – это
	ошибочные суждения, возникшие на болезненной основе и неподдающиеся коррекции
	патологически актуализировавшиеся представления, принявшие интенсивность восприятия для больного
	рассуждения, лишённые познавательного смысла (бесплодное мудрствование)
	искаженное восприятие отдельных свойств предметов и явлений
53	В структуре какого синдрома чаще всего наблюдается мегаломанический бред величия?
	гипоманиакальное состояние
	кататонический синдром
	парафренный синдром
	психоорганический синдром
54	Для синдрома Кандинского–Клерамбо наиболее характерно
	сценopodobные зрительные галлюцинации
	псевдогаллюцинации
	конфабуляции
	прогрессирующая амнезия
55	Для Корсаковского синдрома наиболее характерно
	сценopodobные зрительные галлюцинации
	стереотипии
	псевдогаллюцинации
	фиксационная амнезия
56	Для кататонического синдрома наиболее характерно
	сценopodobные зрительные галлюцинации
	стереотипии
	конфабуляции
	прогрессирующая амнезия
57	В позднем возрасте чаще других встречается одно из указанных ниже состояний
	психоорганический синдром
	параноидный синдром
	онейроидный синдром
	парафренный синдром

58	Ангедония - это
	потеря способности получать удовольствие от приятной деятельности в норме
	отсутствие ответных эмоциональных реакций
	мрачный взгляд на будущее независимо от реальных обстоятельств
	пессимизм в связи с будущим
	неспособность справиться с рутинной ответственностью
59	При каком синдроме всегда отмечается психомоторное возбуждение?
	паранойяльный синдром
	делириозный синдром
	депрессивный синдром
	парафренный синдром
60	Истинные галлюцинации чаще всего наблюдаются при
	истерическом синдроме
	синдроме Кандинского-Клерамбо
	делирии
	сопоре
61	Что из числа ниже перечисленного несомненно свидетельствует о депрессивном синдроме?
	бред воздействия, сниженное настроение
	тоска, психомоторная заторможенность, идеи самоуничтожения
	психические автоматизмы, суицидальные мысли
	навязчивые сомнения, двигательная заторможенность
62	Какому симптому соответствует данное определение: «Яркие зрительные, нередко меняющиеся образы на рисунках обоев, штор, коврах»?
	галлюцинации
	явления дереализации
	метаморфопсии
	парейдолии
63	Какому синдрому соответствует данное определение: «больной лежит в постели, не касаясь головой подушки, неподвижно, на вопросы не отвечает, иногда пассивно подчиняется персоналу, оставаясь молчаливым и малоподвижным»?
	галлюцинаторно-параноидный синдром
	эпилептиформный синдром
	кататонический ступор
	астенический синдром
64	При аменции реже всего наблюдается один из перечисленных признаков
	несистематизированные бредовые идеи
	навязчивые действия
	аффект ужаса
	фрагментарные галлюцинации
65	Какой симптом относится к психосенсорным расстройствам?
	метаморфопсии
	амнезия
	сенестопатии
	галлюцинации
66	Какой симптом наблюдается в структуре синдрома Кандинского-Клерамбо постоянно?
	амнезия
	гиперестезия
	психические автоматизмы
	персеверации

67	Псевдогаллюцинации наблюдаются в структуре одного из указанных ниже синдромов
	делирий
	синдром Кандинского-Клерамбо
	истерический синдром
	сопор
68	Что из перечисленного служит признаком невротического состояния?
	псевдогаллюцинации зрительные
	бред Котара
	канцерофобия
	конфабуляции
69	При каком из указанных ниже заболеваний развитие количественных синдромов расстроенного сознания наиболее вероятно?
	нейросифилис
	опийная наркомания
	клещевой энцефалит
	алкогольный делирий
70	При наличии каких из перечисленных признаков диагноз синдрома помрачения сознания является несомненным?
	отрешенность, аллопсихическая дезориентировка, бессвязность мышления, амнезия
	двигательное возбуждение, бред воздействия, псевдогаллюцинации, дезориентировка во времени
	безразличие к окружающему, конфабуляции, фиксационная амнезия
	отсутствие речи, расстройства чувствительности
71	Какой синдром из числа перечисленных ниже относится к психотическому регистру?
	обсессивный синдром
	психопатический синдром
	делириозный синдром
	истерический синдром
72	Какой признак говорит в пользу дисморфофобии?
	идеи собственного превосходства
	стремление к самоутверждению
	убежденность в наличии физического недостатка
	сверхценное отношение к собственному здоровью
73	Какой симптом соответствует клиническому варианту бреда величия по Гризингеру?
	бред воздействия
	бред самообвинения
	бред обкрадывания
	бред знатного происхождения
74	Что из перечисленного относится к расстройству памяти?
	эхолалии
	конфабуляции
	бред
	псевдогаллюцинации
75	Что из перечисленного относится к расстройству мышления?
	эхолалии
	конфабуляции
	бред
	псевдогаллюцинации
76	Что из перечисленного относится к расстройству представлений?

	эхолалии
	конфабуляции
	бред
	псевдогаллюцинации
77	Что из перечисленного относится к большому эпилептическому припадку?
	фиксационная амнезия
	ритуалы
	аура
	фобии
78	Парестезии – это расстройства
	памяти
	ощущений
	воли
	эмоций
79	Конфабуляции – это проявления
	парамнезий
	паратимий
	парабулий
	парафилий
80	Какие нарушения преобладают при делирии?
	наплыв фантастических представлений
	обилие зрительных галлюцинаций
	ощущение перемещения в пространстве
	явления астазии-абазии
81	Что характерно для криптомнезий?
	присвоение себе чужого творчества
	сочетание с депрессивными расстройствами
	формирование на фоне астении
	наблюдается при дисморфофобиях
82	Нарушение аутопсихической ориентировки наблюдается
	при делириозном расстройстве сознания
	при онейроиде
	при психосенсорных расстройствах
	при дереализации-деперсонализации
83	Паранойяльный бред – это
	неправильное толкование реальных фактов
	бред образный
	бред самоуничижения
	вторичный бред
84	Что относится к качественным расстройствам ощущений?
	гиперестезии
	гипостезии
	сенестопатии
	псевдореминисценции
85	Количественными формами расстроенного сознания являются
	сумеречное состояние
	онейроид
	обнубиляция
	амения

86	К количественным расстройствам памяти относятся
	амнезия
	оглушение
	стереотипии
	эхолалии
87	Для онирического расстройства сознания характерны
	нарушение аутопсихической ориентировки
	нарушение способности дифференцировать события, приснившиеся во сне и произошедшие в реальной жизни
	дисморфофобии
	атактические замыкания
88	К первичному бреду относится
	параноидный бред
	паранойяльный бред
	парафренный бред
	персекуторный бред
89	У больного без видимых причин изменилось поведение: стал пассивным, замкнутым, избегает товарищей по работе, много лежит, не разговаривает. Преимущественно к какой сфере относится это расстройство?
	сфера мышления
	эмоционально-волевая сфера
	расстройства представления
	расстройства памяти
90	При каком из нижеперечисленных синдромов наблюдаются конфабуляции?
	синдром Кандинского-Клерамбо
	Корсаковский синдром
	делирий
	кататонический синдром
91	При каком из нижеперечисленных синдромов наблюдается прогрессирующая амнезия?
	синдром Кандинского-Клерамбо
	Корсаковский синдром
	делирий
	психоорганический синдром
92	При каком из нижеперечисленных синдромов наблюдается бред обнищания?
	невротический синдром
	синдром Кандинского-Клерамбо
	деменция
	дисморфофобический
93	При каком из нижеперечисленных синдромов наблюдается повышенная утомляемость?
	невротический синдром
	синдром Кандинского-Клерамбо
	деменция
	маниакальный синдром
94	При каком из нижеперечисленных синдромов наблюдается бред воздействия?
	невротический синдром
	синдром Кандинского-Клерамбо
	деменция
	депрессивный синдром

95	При каком из нижеперечисленных синдромов наблюдаются псевдогаллюцинации?
	невротический синдром
	синдром Кандинского-Клерамбо
	деменция
	маниакальный синдром
96	При каком из нижеперечисленных синдромов наблюдается истерический мутизм?
	невротический синдром
	синдром Кандинского-Клерамбо
	деменция
	Корсаковский синдром
97	При каком из нижеперечисленных синдромов наблюдаются навязчивые идеи?
	синдром Кандинского-Клерамбо
	Корсаковский синдром
	делирий
	невротический синдром
98	При каком из нижеперечисленных синдромов наблюдаются тревожно-фобические состояния?
	синдром Кандинского-Клерамбо
	Корсаковский синдром
	делирий
	невротический синдром
99	При каком из нижеперечисленных синдромов наблюдается раздражительная слабость?
	синдром Кандинского-Клерамбо
	Корсаковский синдром
	делирий
	невротический синдром
100	Синдромы помрачения сознания чаще встречаются в клинике
	биполярного расстройства
	невроза
	острых инфекционных заболеваний
	психопатий
101	Синдром патологического фантазирования включает в себя
	сознательное, корыстное искажение истины с целью получения выгоды
	сознательные вымыслы, необходимые для самоутверждения или реабилитации
	доминирование в сознании; готовность к перевоплощению в вымышленные образы; вживание в вымыслы; расстройства поведения, сопряженные с содержанием фантазий
	вытеснение психотравмирующей ситуации по механизму «замещения» реальной действительности
	переоценку своих возможностей, склонность ко лжи
102	Синдромом называют повторяющееся сочетание симптомов, тесно связанных между собой общими механизмами происхождения и характеризующих
	причину болезни
	стойкие личностные особенности пациента
	текущее состояние больного
	прогноз
103	Признаком расстройства психотического уровня служит
	отсутствие адаптации
	отсутствие критики
	низкая самооценка
	низкий интеллект

104	К негативным расстройствам относят
	бред и галлюцинации
	слабоумие
	эпилептиформные припадки
	психомоторное возбуждение
105	Негативные психические расстройства обычно
	требуют неотложной госпитализации
	уменьшаются под воздействием психотерапии
	являются стойкими и необратимыми
	указывают на высокую вероятность общественно опасных поступков
106	Острый чувственный бред характеризуется
	наличием стройной бредовой системы
	первичным бредом толкования
	правдоподобностью
	наличием идей отношения и инсценировки
107	Психическим автоматизмом называют
	стереотипные движения и высказывания
	символическое толкование смысла происходящего
	отчуждение собственных психических актов
	утрату логики и смысла происходящего
108	В составе каких синдромов нередко возникает бред величия?
	кататонического и гебефренического
	парафренного и маниакального
	паранойяльного и делириозного
	депрессивного и апатико-абулического
109	Характерным проявлением маниакального синдрома считают
	бред преследования
	истинные галлюцинации
	отчуждение собственных психических актов
	повышение настроения
110	Характерным проявлением депрессивного синдрома считают
	слабость и сонливость
	плаксивость
	ангедонию
	потливость и диарею
111	Типичная депрессия продолжается несколько
	часов
	дней
	недель
	месяцев
112	Характерным проявлением гебефренического синдрома считают
	злобность и агрессивность
	детскость и дурашливость
	отчуждение собственных психических актов
	повышение настроения и гиперсексуальность
113	При делирии обычно наблюдаются
	псевдогаллюцинации
	стереотипные движения и высказывания
	помрачение сознания и дезориентировка

	эхолалия и эхопраксия
	бредовые идеи величия
114	Расстройство сна, характеризующее пробуждением в ранние утренние часы и ложным чувством, что ночью не удалось заснуть совсем, характерно для
	онейроида
	депрессии
	мании
	делирия
	кататонии
115	Пароксизмально возникающее состояние, которое проявляется сложными формами поведения и завершается полной амнезией, называют
	Корсаковским синдромом
	онейроидом
	дисфорией
	сумеречным помрачением сознания
116	Судороги во всем теле, продолжающиеся в течение 20 минут, сопровождаемы учащенным дыханием, рыданием и последующей частичной амнезией, характерны для
	большого эпилептического припадка
	малого эпилептического припадка
	кататонического синдрома
	истерического припадка
117	Крайне разнообразные по своим проявлениям функциональные нарушения психических, соматических и неврологических функций, возникающие в ответ на тяжелую стрессовую ситуацию, развивающиеся по механизму самовнушения характерны для
	истерии
	мании
	кататонии
	эпилепсии
118	Больной с обсессивно-фобическим синдромом
	склонен к самоубийству
	может быть госпитализирован в недобровольном порядке
	осознает беспочвенность своих опасений
	стремится наказать своего обидчика
119	К расстройствам невротического уровня относят
	манию
	навязчивые идеи
	делирий
	деменцию
120	Корсаковский синдром проявляется
	бредом инсценировки
	навязчивыми мыслями
	бессонницей и снижением аппетита
	фиксационной амнезией
121	Дезориентировка в месте и времени с истинными слуховыми и зрительными галлюцинациями характерна для
	синдрома Кандинского-Клерамбо
	делириозного синдрома
	онейроидного синдрома
	Корсаковского синдрома

122	Синдром дисморфомании включает идею
	физического недостатка
	воздействия
	преследования
	отравления
123	Ведущими жалобами при фобическом синдроме являются
	утомляемость
	головная боль
	страхи
	эмоциональная лабильность
124	Для невротического синдрома нарушения дыхания характерно
	приступы экспираторной одышки, сопровождающиеся сухими жужжащими хрипами, слышными на расстоянии
	одышка усиливается при незначительной физической нагрузке и сопровождается цианозом
	приступы одышки возникают в ночное время и сопровождаются влажными хрипами в нижнезадних отделах легких
	периодически возникает чувство нехватки воздуха, ощущение неполноценности воздуха; цианоз и хрипы отсутствуют
125	В рамках депрессивного синдрома наиболее опасен следующий симптом:
	расстройство сна
	суицидные мысли
	отсутствие аппетита
	запор
126	Что свойственно истинным галлюцинациям?
	яркость, неотличимость от реальных предметов
	проецирование в субъективное пространство
	чувство сделанности
	безжизненность, беззвучность, бестелесность
127	Наиболее опасными слуховыми галлюцинациями являются
	комментирующие
	императивные
	повествовательные
	акоазмы
	функциональные
128	Расстройства памяти наиболее характерны для
	умственной отсталости
	шизофрении
	экзогенно-органической патологии головного мозга
	невротических состояний
	аффективных расстройств
129	За маской гиперкинетического синдрома с повышенной активностью, говорливостью, приподнятым настроением у детей может скрываться
	гипомания
	гиперкомпенсаторные реакции
	тревожная депрессия
	бредоподобное фантазирование
130	Боль - это
	неприятный чувственный опыт, ассоциируемый с реальным или потенциальным повреждением
	патологические сенсации от разрушенного органа
	сомато-вегетативные реакции

	нарушение чувственного познания
131	Нарастание продуктивной симптоматики свидетельствует о
	остроте заболевания
	злокачественности заболевания
	хронификации заболевания
	пароксизмальности
132	Гипестезия – это
	следы бывших восприятий, их образы, возникающие в сознании при отсутствии самого объекта
	усиление восприимчивости при воздействии обычных или слабых раздражителей за счет понижения порога чувствительности
	потеря чувствительности одного или нескольких анализаторов при их анатомо-физиологической сохранности
	понижение восприимчивости к внешним раздражителям за счет повышения порога чувствительности
133	Гиперестезия – это
	следы бывших восприятий, их образы, возникающие в сознании при отсутствии самого объекта
	усиление восприимчивости при воздействии обычных или слабых раздражителей за счет понижения порога чувствительности
	потеря чувствительности одного или нескольких анализаторов при их анатомо-физиологической сохранности
	понижение восприимчивости к внешним раздражителям
134	Искаженное восприятие реально существующих объектов называется
	иллюзия
	галлюцинация
	псевдогаллюцинация
	психосенсорное расстройство
135	Аффективные иллюзии возникают
	перед засыпанием
	после пробуждения
	только в ночное время
	под влиянием чрезвычайной тревоги и чувства страха
136	Ощущение, что окружающий мир повернулся на 180 градусов, следует назвать
	галлюцинозом
	деперсонализацией
	психосенсорным расстройством
	сенестопатией
137	При вербальном галлюцинозе сознание
	выключено
	помрачено
	аффективно сужено
	не нарушено
138	Состояние, при котором больной испытывает двойную ориентировку, характерно для
	делирия
	сумеречного помрачения сознания
	онейроида
	деменции
139	Процесс установления связей между предметами и явлениями окружающего мира – это
	восприятие
	память

	мышление
	воля
140	Патологическая обстоятельность мышления характерна для
	депрессии
	маниакального состояния
	органических заболеваний головного мозга
	истерии
141	Наплыв мыслей помимо воли больного – это
	бредовые идеи
	сверхценные идеи
	неологизмы
	ментизм
142	Медленная тягучая речь, изобилующая несущественными подробностями, наблюдается при
	замедлении мышления
	вязкости мышления
	резонерстве
	шперрунге
143	Речевые стереотипии обычно рассматривают как признак
	мании
	депрессии
	расстройства сознания
	кататонического синдрома
144	Новые слова, понятные только больному или вообще не имеющие смысла, называются
	бредовые идеи
	сверхценные идеи
	неологизмы
	ментизм
146	Ложные умозаключения, возникающие в результате болезненного процесса, овладевающие сознанием больного и не поддающиеся разубеждению, называются
	бредовые идеи
	сверхценные идеи
	неологизмы
	навязчивости
147	Для инволюционного возраста характерно появление бреда
	изобретательства
	реформаторства
	материального ущерба
	воздействия
148	Бред, возникающий на фоне возбуждения, иллюзий и дереализации, является
	систематизированным
	чувственным
	первичным
	интерпретативным
149	Страх открытых пространств и толпы называется
	агорафобией
	клаустрофобией
	acroфобией
	ксенофобией

150	К проявлениям синдрома Кандинского-Клерамбо относится
	метафизическая интоксикация
	симптом открытости мыслей
	симптом Фреголи
	истинные вербальные галлюцинации

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Проведение полного обследования больных с выявлением признаков психической патологии.
2. Сбор субъективного и объективного анамнеза и катамнеза.
3. Диагностика, дифференциальная диагностика заболеваний с учётом возрастных особенностей.
4. Оценка тяжести состояния больного.
5. Определение показаний к применению и оценка результатов лабораторных и инструментальных методов исследования (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, анализ крови на содержание глюкозы, ЭЭГ, ЭхоЭГ, рентгенографии черепа, РЭГ, КТ и МРТ).
6. Определение показаний к привлечению специалистов - консультантов (медицинского психолога, логопеда, терапевта, педиатра, невропатолога, окулиста, отоларинголога, эндокринолога, кардиолога).
7. Проведение медикаментозной терапии психических заболеваний (нейролептической терапии, терапии антидепрессантами, транквилизаторами, корректорами ЭПС).
8. Ведение медицинской документации (история болезни, амбулаторная карта диспансерного больного, направление на медико-социальную экспертную комиссию, оформление недобровольной госпитализации и др.).
9. Борьба с отказом от еды.
10. Транспортировка больного в остром психотическом состоянии.
11. Неотложная помощь при суицидальных тенденциях.
12. Неотложная помощь при состояниях помрачения сознания.
13. Лечение тяжелой алкогольной интоксикации и абстинентного синдрома.
14. Лечение отравлений психотропными средствами.
15. Лечение тяжёлых форм алкогольного делирия и острой алкогольной энцефалопатии.
16. Проведение курсовой противосудорожной терапии.
17. Выявление суицидальных и гетероагрессивных тенденций у психически больных.
18. Экстренная помощь при анафилактическом шоке, обусловленном приемом психотропных препаратов.
19. Проведение амбулаторной поддерживающей терапии.
20. Экстренная помощь при коматозных состояниях, обусловленных гипогликемией при инсулинотерапии.
21. Экстренная помощь при острой токсико-аллергической реакции, обусловленной приемом психотропных средств.
22. Выявление больных, нуждающихся в недобровольной госпитализации.
23. Купирование злокачественного нейролептического синдрома.
24. Проведение алкогольно-антабусной пробы.
25. Корригирование неврологических побочных эффектов при терапии психотропными средствами.
26. Показания и принципы проведения дегидратирующей терапии при органических заболеваниях головного мозга.
27. Лечение острой интоксикации и абстиненции при наркомании и токсикомании.

28. Методы купирования различных методов возбуждения.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
2. Основные принципы организации психиатрической помощи в РФ.
3. Организация внебольничной психиатрической помощи. Психоневрологические диспансеры и консультации.
4. Алгоритм ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации в условиях амбулаторной помощи. Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Психиатрия» на амбулаторном приеме.
5. Функции психоневрологического диспансера.
6. Психоневрологические интернаты, основания для помещения больных.
7. Виды медицинских экспертиз. Медицинские показания для направления пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения на медицинскую экспертизу.
8. Судебно-психиатрическая экспертиза, ее цели и порядок проведения. Вопросы невменяемости и дееспособности.
9. Вопросы психиатрического освидетельствования.
10. Показания к недобровольному психиатрическому освидетельствованию и госпитализации.
11. Понятие «нормы» и «патологии» в психиатрии.
12. Методы обследования психически больных. Клинико-психопатологический метод.
13. Эпидемиология психических расстройств (заболеваний).
14. Психические расстройства в общесоматической практике.
15. Психика и психическая болезнь. Понятие психического здоровья.
16. Понятие «нормы» и «патологии» в психиатрии.
17. Психотические и непсихотические расстройства.
18. Негативные и продуктивные расстройства у психически больных.
19. Теория «экзогенного типа реакции» Бонгёффера.
20. Течение и исходы психических расстройств.
21. Классификации психических расстройств, особенности МКБ-10.
22. Расстройства ощущений. Сенестопатии.
23. Расстройства восприятия: иллюзии и галлюцинации.
24. Сенестезии и синестезии, их диагностическое значение.
25. Особенности галлюцинаций при различных видах психической патологии.
26. Истинные и псевдогаллюцинации, определение, клиническая характеристика, диагностическое значение.
27. Синдромы патологии мышления (сверхценные, бредовые, навязчивые идеи).
28. Сверхценные идеи.
29. Виды бреда, характеристика по содержанию и механизмам формирования.
30. Синдром Кандинского-Клерамбо, его диагностическое значение.
31. Персекуторные виды бреда.
32. Экспансивные и депрессивные формы бреда.
33. Навязчивые расстройства, клинические варианты.

34. Расстройства формального мышления.
35. Синдромы аффективных расстройств.
36. Депрессивный синдром. Выявление суицидального поведения. Группы риска.
37. Маниакальный синдром, клинические варианты.
38. Волевые расстройства.
39. Нарушения внимания, синдромы, методы выявления.
40. Синдромы двигательных расстройств. Ступор, его виды.
41. Нарушения сознания. Синдромы выключения и помрачения сознания.
42. Клинические особенности делирия и онейроида.
43. Клинические варианты деперсонализации.
44. Соматизированные и соматоформные расстройства.
45. Расстройства памяти. Виды амнезий. Корсаковский синдром.
46. Расстройства интеллекта, варианты слабоумия.
47. Расстройства влечений.
48. Расстройства сексуального поведения.
49. Психические расстройства при соматических заболеваниях.
50. Интоксикационные психические расстройства (острые и хронические интоксикации).
51. Психические расстройства при сифилисе.
52. Систематика психических расстройств позднего возраста.
53. Инволюционные (пресенильные) психозы.
54. Климактерические расстройства.
55. Болезнь Альцгеймера с поздним началом (сенильная деменция).
56. Рекуррентная шизофрения, клинические особенности.
57. Шизотипическое личностное расстройство.
58. Шизоаффективные психозы.
59. Аффективные психозы (МДП), психические и соматические проявления.
60. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (психопатии). Критерии диагностики.
61. Реакция личности на болезнь (анозогнозии, гипернозогнозии, гипонозогнозии, диссоматонозогнозии).
62. Навязчивые состояния у детей.
63. Припадки. Клиническая характеристика, особенности у детей.
64. Ранний детский аутизм.
65. Умственная отсталость (олигофрении).
66. Особенности психофармакотерапии у детей и подростков.
67. Наркомании и токсикомании. Психические и поведенческие расстройства при употреблении психоактивных веществ (ПАВ).
68. Клинические проявления и стадии алкоголизма.
69. Клинико-психопатологический метод.
70. Психометрические методы обследования в психиатрии.
71. Нейрофизиологические исследования (ЭЭГ, РЭГ, ЭхоЭГ), их значение в психиатрии.
72. Нейрорентгенологические исследования, их значение в психиатрии.
73. Классификация психотропных средств.
74. Варианты и принципы психофармакотерапии.
75. Принципы поддерживающей терапии больных шизофренией.
76. Систематика антидепрессантов. Показания к применению, побочные эффекты и осложнения.
77. Механизм действия транквилизаторов, возможное формирование зависимости.

78. Нормотимики, показания к применению.
79. Электросудорожная терапия, показания, возможные осложнения.
80. Основные методы психотерапии.
81. Терапия депрессивных состояний.
82. Терапия биполярных аффективных расстройств.
83. Терапия при отказе от еды.
84. Лечение эпилептического статуса и серийных припадков.
85. Лечение фобического синдрома и панических атак.
86. Понятие психопрофилактики, основные положения и принципы. Психопрофилактика и реабилитация психически больных.
87. Качество жизни психически больных.
88. Профилактика стигматизации и самостигматизации.
89. Организация наркологической помощи. Специфика реабилитационных программ для пациентов, злоупотребляющих ПАВ.

Ситуационные задачи

Задача № 1

К знакомому врачу обратился мужчина 35 лет с жалобами на расстройство потенции. При этом врач заметил, что его знакомый выглядит печальным, кожа приобрела землистый оттенок, волосы стали тусклыми, больной как бы постарел на несколько лет. При расспросе выяснилось, что больного также беспокоят запоры, снижение аппетита, слабость, утомляемость, отсутствие интереса к жизни. Все эти явления, а также снижение настроения больной считает собственной психологической реакцией, на расстройство потенции. Самочувствие больного несколько улучшается к вечеру. Кроме того, больной припомнил, что уже несколько лет весной и осенью он ощущает некоторый дискомфорт, снижение активности, появляются неопределенные и непостоянные неприятные ощущения в теле, однако все это больной считает малозначительным.

Вопросы:

1. Укажите ведущий психопатологический синдром.
2. Что такое триада Протопопова?
3. Какие элементы триады Протопопова не описаны в данной задаче?
4. Назовите препарат, принадлежащий к классу СИОЗС, расшифруйте аббревиатуру, показано ли применение препаратов данного класса у этого пациента?

Задача № 2

Больная Н., 19 лет. При выходе из кабинета чему-то улыбнулась. Неожиданно выразила желание «все рассказать». «Я собой не управляю, все время нахожусь под чьим-то влиянием. Вы бессильны против этого ... Они (невидимые преследователи) сами управляют мной, против своей воли я им отвечаю, они же сильнее меня... В любое время дня и ночи они заставляют думать, делают ведения в голове. Показывают мне страшные картины. Они как настоящие, но только в голове: то части тела показывают, то туманные картины, как в кино. К тому же, вызывают у меня внутренние голоса женские, но очень неприличные, как мысленные голоса, которые скандалы устраивают, бранятся, заставляют делать «непотребное»: сами двигают моим языком, вызывают жжение в груди, кровь нагревают, обостряют слух.

Вопросы:

1. Назовите ведущий синдром.
2. Дайте ему определение.
3. Психические автоматизмы: назовите виды и приведите примеры для каждого вида

4. О каком заболевании в первую очередь стоит думать у данного больного?
5. Назовите класс и подкласс препаратов которые будут препаратами выбора в данном случае, назовите несколько из препаратов данной группы.

Задача № 3

Вызов участкового врача на дом. Больному 34 года. Движения скованные, в то же время отмечается мелкоразмашистый тремор пальцев рук, головы. «Закатывает глаза», топчется, непрерывно меняет положение. Мышечный тонус изменен по типу "зубчатого колеса". Жалуется на общее беспокойство, со страхом ждет, что «снова сведет шею и рот». Со слов больного и его родственников известно, что в несколько лет назад обращался к психиатру, получал лечение, какое не помнит. В последние недели плохо спал, испытывал страхи, боялся выходить из дома, так как замечал за собой слежку. Приглашенный психиатр назначил галоперидол 6 мг и тизерцин 50 мг на ночь. После приема в течение 5 дней назначенной терапии появилось настоящее состояние.

Вопросы:

1. Как называется синдром, развившийся у данного больного?
2. Как можно неврологически оценить состояние больного?
3. Нарушением в балансе какого нейромедиатора является данное состояние?
4. Препараты какого класса нужно применять для купирования и предупреждения развития данного состояния, назовите какие-нибудь из них.

Задача № 4

К., 40 лет, две недели назад привлечен к уголовной ответственности за грабеж. Первое время в камере предварительного заключения поведение было правильным. Затем внезапно состояние изменилось: заискивающе улыбается, таращит глаза, на предъявляемые ему вопросы отвечает в плане вопроса, но всегда неправильно. Не знает число, месяц, год, день недели. Не может сосчитать и назвать пальцы на руках. На просьбу сказать сколько у него пальцев на ногах, разувается и начинает считать пальцы, считает неправильно. На вопрос сколько у него глаз ответил «Три», на просьбу уточнить где находится третий глаз, ответил «Сзади». Не мог назвать ряд предъявленных ему предметов (карандаш, ключи, зажигалка). При закуривании зажигает спичку обратным концом.

Вопросы:

1. К расстройствам какой психической деятельности относится описанный синдром?
2. Назовите критерии нарушения «этой» формы психической деятельности и автора этих критериев.
3. Назовите другие синдромы нарушения этой же области психической деятельности.
4. Как называется синдром у данного больного?

Задача № 5

Больная А., 22 года, токарь. Поступила в психиатрический стационар в состоянии выраженного психомоторного возбуждения. Поминутно вскакивает с постели, кричит, плюется, стучит кулаками о стену. В постели все время крутится, то обнажается, сбрасывает с себя одежду, то натягивает себе на голову одеяло, бьет себя кулаками по голове. Большей частью все это проделывает молча, выражение лица озлобленное. Повторяет движения других людей: врач поднял руку — и больная подняла, врач хлопнул в ладоши — и больная сделала тоже. Временами, наряду с двигательным возбуждением, начинает без умолку говорить, в свою речь без всякого смысла включает слова и фразы, услышанные из разговора окружающих.

Вопросы:

1. Как называется данный синдром?
2. Назовите симптомы, характерные для данного синдрома из описанных здесь.

3. При каких психических заболеваниях обычно встречается данный синдром?

Задача №6

К гинекологу обратилась девушка 18ти лет с жалобами на расстройства менструального цикла. Рост больной 165 см, вес 48кг. Из расспроса известно, что примерно с 15 лет девушка считает себя безобразно толстой, пыталась соблюдать множество различных диет, в последние месяцы после приема пищи стала вызывать у себя рвоту, чтобы «родители не догадались, что она ничего не ест». Намерена продолжать борьбу с «лишним весом», обеспокоена лишь расстройством менструального цикла, просит о помощи.

Вопросы:

1. Какой диагноз вы предполагаете?
2. Проявление каких синдромов психических расстройств можно выявить у данной больной?
3. Какой уровень психических нарушений у данной больной? Почему?
4. Есть ли показания к госпитализации в недобровольном порядке, в связи с чем, будет ли это законно?

Задача № 7

Больной Б., 30 лет. В отделении психиатрического стационара держится самоуверенно, говорит с апломбом. Себя называет «властителем Мира». Слышит «голоса», доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что он свободно может переноситься на Луну, Юпитер, откуда он управляет Вселенной. Часто ощущает запах бензина, который ему «подпускают в нос с помощью особой техники». Чувствует, как с помощью аппарата ему создают «превратные мысли», из Лондона действуют с помощью «электронов». Заявляет, что ему с помощью аппарата вызывают болезненные ощущения в области желудка. Требуется немедленной выписки, хочет ехать в Париж, где ему «дадут столько денег, сколько он захочет».

Вопросы:

1. Какой синдром представлен в данном случае?
2. Какие симптомы можно отметить в его структуре?
3. Возможный нозологический диагноз?
4. Препараты первой линии при данном состоянии?
5. Вы выбрали группу препаратов, в этой группе согласно современным представлениям можно выделить минимум две большие подгруппы препаратов на основе рецепторного профиля и клинического действия. Назовите принципиальные отличия на рецепторном уровне, назовите препараты каждой из групп.

Задача № 8

Больной С. перенес черепно-мозговую травму. Находясь в стационаре, ежедневно на протяжении 2-х недель приветствовал лечащего врача одной и той же фразой: «Очень рад с Вами познакомиться, как Ваше имя-отчество?» На вопрос, что он делал в течение дня говорил, что много работал, развозил документы, встречался с подчиненным. На вопрос какое сейчас время года, после некоторой запинки посмотрел в окно и сказал: «Снег, зима... Точно зима!». На вопрос, где он сейчас находится, пожимал плечами: «Люди в белых халатах, кровати... Наверное, в поликлинику зашел за рецептом». О перенесенной травме воспоминаний нет.

Вопросы:

1. Какие синдромы и симптомы можно выявить у данного больного, поясните их.
2. К какой этиологической группе относится данное состояние, приведите примеры других психических расстройств, относящихся к той же группе.

3. Относится эпилепсия к той же группе? А если не к этой, то к какой?

Задача № 9

Больной А., 36 лет в 18 часов вечера вышел с работы. Когда он пришел в себя, то обнаружил, что находится в незнакомой части города, с удивлением узнал, что он не в Москве, а в Санкт-Петербурге и время 16 часов. Не помнил, что с ним произошло. В кармане обнаружил билет до Санкт-Петербурга, но не помнил, как покупал билет, как ехал и зачем, где был до 16 часов. Подумал, что вел себя правильно, так как никто не обратил на него внимания.

Вопросы:

1. К нарушению какой сферы психической деятельности относится данное состояние?
2. Как назвать состояние больного?
3. Как называется группа синдромов, куда входит описанное состояние?
4. Назовите другие синдромы этой группы.
5. При каких состояниях чаще всего встречается описанная клиника?
6. Какие методы дополнительного обследования следует использовать?

Задача № 10

Повторный вызов участкового терапевта к больному пневмонией. Родственники сообщили врачу следующее. Вечером предыдущего дня температура тела была 39°. Стал суетливым. Чего-то боялся. Просил не оставлять его одного в комнате. Запрещал выключать свет. С трудом заснул. Вскоре проснулся. Выкрикивал обрывки фраз, отдельные слова. Угрожал убийством какому-то Коле. Требовал, чтобы прогнали кошек, показывая в угол комнаты. К чему-то прислушивался и закрывал лицо руками. Прятался с головой под одеяло. Вскрикивал, пытался бежать. Через 2 часа уснул. При обследовании температура тела 37,3°. Вял, сонлив. В ходе расспроса, правильно называет число и месяц, неохотно рассказывает, что ночью на подоконнике вместо горшка с цветком вдруг появилась "собачья морда". Потом по комнате начали бегать кошки с громким мяуканьем. Заметил, что из-за шкафа какой-то человек корчит «рожи». Узнал в нем Николая, бывшего приятеля с которым недавно поссорился. Слышал из угла, где стоит шкаф, шорохи, сопение. Больше ничего не помнит.

Вопросы:

1. Как называется данное состояние?
2. Как можно оценить поведение больного в ночное время?
3. Опишите динамику развития состояния относительно ориентировки в окружающем и наличии критики.

Задача № 11

Больной Р., 38 лет, служащий, не имевший эмоциональных нарушений в анамнезе, обратился с жалобой на страх авиа полётов. После серии авиакатастроф, больной стал бояться летать. Перед полётом у него развивается выраженная тревога, сопровождающаяся «нехваткой воздуха». Появляется бессонница, пациент не может выполнять служебные обязанности. После полёта состояние быстро стабилизируется.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

Задача № 12

Пациентка 30 лет перенесла плановую операцию на щитовидной железе. Послеоперационный период протекал благополучно, но больная не встаёт с постели, отмечает резкую слабость, повышенную утомляемость. После выписки, несмотря на то, что эндокринолог не находил столь выраженной патологии, продолжала чувствовать себя больной. В течение последующих 4 месяцев целыми днями лежала в постели, не могла себя заставить сделать что-нибудь, почти не общалась с родственниками, никого не хотела видеть. Консультирована врачами разного профиля, с диагнозом: «Нейроциркуляторная дистония» наблюдалась неврологом. Данное состояние продолжается на протяжении 2 лет. Вынуждена оставить работу. Прекратила общение с подругами. При осмотре жалобы на слабость, утомляемость, чувство бессилия, непереносимости нагрузок. Считает состояние прямым следствием физического недомогания.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

Задача № 13

Больной 20 лет. С детства отличался замкнутостью, не имел друзей, большую часть времени проводил дома, учился неровно, но всегда отлично по точным предметам. После окончания школы поступил в МГУ, сдал экзамены за первый семестр. Состояние изменилось остро, стал растерянным, импульсивным, совершал неожиданные и стереотипные движения руками и телом, затем стал застывать на одном месте, на вопросы не отвечал, иногда произносил отдельные слова. Потом надолго замолкал, тонус мышц был повышен. Был стационарирован.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром.
2. При каких расстройствах он наблюдается?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Какова врачебная тактика при возникновении этого синдрома?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача № 14

Больная К. в 40-летнем возрасте перенесла травму головного мозга, после чего ухудшилась память, часто беспокоила головная боль. Продолжала работать инженером. С 64 лет ещё более начала ухудшаться память. Забывала, куда положила посуду, какую покупку надо сделать. К 66 годам стала ворчливой, раздражительной, обидчивой. Обвиняла сестру в пропаже вещей. Перестала ходить в магазин, т.к. путалась в ценах. Иногда по ночам искала “пропавшие” вещи. Далее стала тревожной, суеливой. Речь была сбивчивой, состоящей из обрывков фраз. Потеряла ориентировку во времени, путалась в месте пребывания.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

Задача № 15

Бывший военный, 31 год. Воевал в Чечне в должности командира взвода. В горах его подразделение попало в засаду, многие погибли. Сам он получил огнестрельное ранение кисти, находился на лечении в медицинском батальоне. С этого времени стали беспокоить приступы сердцебиения и удушья, бессонница, ночные страхи и кошмары, боязнь одиночества. При осмотре фиксирован на своих навязчивых воспоминаниях, «перед глазами стоит кровавая картина». Жалуется на внезапные приступы сердцебиений, боли в груди, удушья, головокружения, сопровождаемые страхом. Боится оставаться один. Ночами мучают кошмары, воспроизводящие ситуации боя. Настроение снижено, чувствует «душевную усталость».

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Спланируйте лечение
3. Как бы вы проводили профилактику подобных состояний у военнослужащих.

Задача № 16

Больной Т, 20 лет. Состояние остается неизменным на протяжении последних двух недель. Ни с кем не общается, часами лежит в постели, сохраняя одну и ту же позу, голова приподнята над подушкой. Контакт малодоступен. Не дает себя осмотреть, сопротивляется каждому воздействию, стискивает челюсти, зажмуривает глаза. После осмотра застывает в приданной позе.

Вопросы:

1. Определите ведущий синдром
2. Назовите описанные симптомы.
3. Лечение.

Задача № 17

Больной Г., 25 лет, курьер, доставлен коллегами с места работы, где вел себя странно, предъявлял нелепые требования: в конце рабочего дня пришел к распределителю грузов, требовал выдать посылки (которые получил уже ранее), уверял, что не получал их, торопил распределителя, т.к. боялся не успеть развести все до 10 утра. В отделении спокоен, общается с другими больными. Встретив врача, любезно его приветствует, но через несколько минут здоровается снова. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что находится в больнице, но в какой не помнит. Не знает даты текущего дня, месяца, но правильно называет в год. Предполагает, что находится в больнице, т.к. должен сделать прививки против клещевого энцефалита в связи с тем, что сейчас находится в отпуске и собирается ехать в тайгу в поход. Больным себя не считает, уверен, что в больницу зашел пару часов назад, чтобы выполнить прививки. Выйдя из процедурного кабинета, после взятия крови из вены, уверяет, что медсестра угощала его шампанским, повязку на руке объясняет тем, что при открытии шампанского пробка попала ему в руку и добрая медсестра помазала ему место удара и наложила повязку, сердится, когда ему говорят, что этого не было. Приветливо встречает родственников и друзей, спрашивает их о делах, интересуется с какого вокзала куплены билеты в предстоящий поход, за время свидания снова и снова возвращается к этим вопросам, уверяет, что ответов на них еще не получал.

Вопросы:

1. Назовите основной синдром
2. Квалифицируйте нарушения памяти
3. При каких состояниях встречается данный синдром?

Задача № 18

Мальчик 12 лет, ученик шестого класса во время уроков плохо себя вел, кидался учебниками в стенгазету, перевернул парту, показывал свои гениталии девочкам. Классный руководитель отвела мальчика на прием к психиатру. Мальчик не возражал против осмотра психиатром. Врач-психиатр освидетельствовал ребенка.

Вопросы:

1. Оцените действия классного руководителя и врача-психиатра?
2. Каков правильный алгоритм действий?

Задача № 19

Больной В., 40 лет, с подросткового возраста отличался впечатлительностью, ранимостью. Склонность к тревожным опасениям проявлялась в боязни опоздать на занятия, получить замечание, отвечать у доски. В зрелом возрасте данные черты сгладились, в то время как на первый план выступили черты ригидности, упрямства, а также, высокая степень склонности к сомнениям и отсутствие внутренней уверенности. Заболел около двух лет назад. На протяжении этого времени испытывает постоянную тревогу, беспокойство, чувство внутреннего напряжения, ожидание худшего. Тревога охватывает все стороны социального функционирования данного больного. Засыпает и просыпается с тревогой. С критикой относится к своему заболеванию, активно ищет помощи.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите имеющееся у больного коморбидное расстройство.
3. Укажите, к какой группе расстройств личности относится данное преморбидное расстройство личности.
4. Каков прогноз имеющегося расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача № 20

Больной Т., 13 лет, учащийся. С детства послушный, спокойный, уравновешенный. Психопатологическая наследственность не отягощена. Учится только на «отлично», серьезно относится к занятиям, много времени уделяет урокам. Любит читать "серьезные книги", политические обзоры в газетах. Пожаловался матери, что мысли возникают вопреки его желанию, вновь и вновь повторяются, мешают заниматься. Например: "Решаю задачу о квадрате, вновь перебираю решение, хотя уже решил ее. Думаю, почему квадрат, что будет, если он будет прямоугольником, цилиндром, а если - кругом? Тогда, будет ли он тем же квадратом? Решится ли задача? Иду по дороге и размышляю, почему кирпич лежит здесь, а что было бы, если бы он лежал в другом месте? Тянуло вернуться, еще и еще думать и думать о кирпиче". Постоянно считает окна второго этажа зданий по дороге в школу, складывает номера, автомашин и, если сумма оказывается меньше 14, не может идти дальше, ждет, когда пройдет машина с суммой цифр на номере выше 14. Просит помочь ему избавиться от своего состояния, так как это мешает хорошо учиться, требует "постоянной борьбы". Болезненно беспокоен и тревожен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Уровень психических нарушений?
2. Медикаментозное лечение, тактика.
3. Немедикаментозные методы терапии.

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

Полный перечень вопросов к первому этапу государственного экзамена приведен в Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АС ПКВК).

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускаются, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические

положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров, ссылка на электронный источник
1.	Психиатрия [Электронный ресурс] : национальное руководство / гл. ред. : Т. Б. Дмитриева и др. -Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1000 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/I/SBN9785970427705.html
2.	Психиатрия [Электронный ресурс] / Н. Г. Незнанов и др. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 496 с. -Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/I/SBN9785970457382.html
3.	Психогенетика [Электронный ресурс]: учебное пособие / Б. Р. Мандель. - 2-е изд., стер. - Москва: ФЛИНТА, 2018. - 247 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/I/SBN97859765200041.html
4.	Психиатрия [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования] / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. –496 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/I/SBN9785970460535.html
5.	Психиатрия и наркология [Текст]: учеб. для студентов мед. вузов / И. И. Сергеев, Н. Д.Лакосина, О. Ф. Панкова. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 750 с.	6
6.	Руководство по геронтологии и гериатрии [Текст]: в 4 т. / под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. -Т. 1: Основы геронтологии; Общая гериатрия / [С. Г. Абрамович, Г. П. Арутюнов, А. И. Арчаков и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010.	4
7.	Руководство по геронтологии и гериатрии [Текст]: в 4 т. / под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. -Т. 2 : Введение в клиническую гериатрию / [М. Х. Абулов, Н. А. Агаджанян, О. В. Александров и др.].- Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010.	4
8.	Руководство по геронтологии и гериатрии [Текст]: в 4 т. / под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. -Т. 3: Клиническая гериатрия / [С. Н. Авдеев, В. В. Аникин, В. Н. Анохин и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010.	4
9.	Руководство по геронтологии и гериатрии [Текст]: в 4 т. / под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. -Т. 4:	4

	Клиническая гериатрия / [В. М. Аксенов, В.Ф. Антонив, Б. Я. Барт и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008.	
10.	Психиатрия детского возраста [Электронный ресурс]: психопатология развития: [учеб. для вузов] / Д. Н. Исаев. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2013. – 470 с. – Режим доступа: http://e.lanbook.com .	Удаленный доступ https://e.lanbook.com/book/59806
11.	Психиатрия [Текст]: учеб. для студентов мед. вузов/ М. В. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко, И. И. Сергеев. - 4-е изд. - Москва: МЕДпресс-информ, 2008. - 566 с.	5
12.	Психиатрия [Текст]: учеб. пособие / С. Г. Обухов; под ред. Ю. А. Александровского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 346 с.	7
13.	Психиатрия [Текст] : учеб. для вузов / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 381 с.	3
14.	Психиатрия и медицинская психология [Электронный ресурс] : учебник / Н. Н. Иванец [и др.]: ил. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022- 896 с. -Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467398.html
15.	Введение в психиатрическую клинику [Текст]: пер.с нем / Крепелин Э. - 2-е изд., испр. - М.: БИНОМ. Лаб. знаний, 2007. - 493 с.: табл. - (Классика и современность. Психиатрия).	3
16.	Введение в психиатрическую клинику [Электронный ресурс]: пер. с нем. / Э.Крепелин. – 6-е изд. (эл.). – Москва: БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. – 493 с. – (Классика и современность. Психиатрия). – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785001016700.html
17.	Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии [Электронный ресурс] / А. И. Нельсон. – 4-е изд. (эл.). – Москва: БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. – 369 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785001018445.html
18.	Шизофрения [Текст] / В. Л. Минутко. - Москва: Курск, 2009. - 687 с.	2
19.	Патопсихология шизофрении [Электронный ресурс] /Критская В.П., Мелешко Т.К. - Институт психологии РАН, 2015 .-Режим доступа: http://iprbookshop.ru	Удаленный доступ https://www.iprbookshop.ru/51936.html
20.	Острые психические расстройства в интенсивной терапии [Текст]: практическое руководство для анестезиологов-реаниматологов, хирургов, неврологов и психиатров / [Г. Н. Авакян, М. В. Алексеев, О. Б. Букаев и др.]; под ред. Б. Р. Гельфанда, В. Н. Краснова. - Москва: МИА, 2014. -226 с. : ил. - Библиогр. : С. 225-226. - Авт. указ. на с. 3-4. -(в пер.).	3
21.	Психические расстройства и творчество [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Дикая Л.А., Дикий И.С.— Ростов-на-Дону, Таганрог: Издательство Южного федерального университета, 2018.— 114 с.— Режим доступа: http:// iprbookshop.ru	Удаленный доступ https://www.iprbookshop.ru/87752.html
22.	Психические состояния человека в профессиональной деятельности / Щербинина О.А., Болдырева Т.А. - Оренбургский государственный университет, ЭБС АСВ, 2017. -Режим доступа: http:// iprbookshop.ru	Удаленный доступ https://www.iprbookshop.ru/78827.html
23.	Социально-психологическая помощь лицам с социальной дезадаптацией [Электронный ресурс] (на основе когнитивно-поведенческого подхода)/ Патраков Э.В., Абдуллаева С.Г., ДеточенкоЛ.С.,2016.- — Режим доступа: http:// iprbookshop.ru	Удаленный доступ https://www.iprbookshop.ru/78706.html

24.	Современные психотропные средства, используемые в психиатрии [Текст]: учебно-методическое пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. психиатрии и мед. психологии; сост.: О. Ф. Панкова, А. В. Алексеев, А. В. Абрамов]. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020.	10
25.	Современные психотропные средства, используемые в психиатрии [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. психиатрии и мед. психологии; [сост.: О. Ф. Панкова, А. В. Алексеев, А. В. Абрамов]. -- Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190695.pdf&show=dcatalogues/1/4532/190695.pdf&view=true