

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Кафедра психиатрии,
наркологии и медицинской психологии**

О.В. Шилова, И.М. Сквиря, С.В. Толканец

**ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ЗНАНИЙ
ПО ПСИХОПАТОЛОГИИ,
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ**

для студентов IV и V курсов лечебного факультета

**Гомель
ГомГМУ
2015**

УДК 616.89 (072) (076.1)
ББК 56.14я73
Ш 59

Рецензенты:

Заведующий кафедрой психиатрии и наркологии
Учреждение образования «Витебский государственный медицинский
университет Ордена Дружбы народов», д.м.н., доцент
А.А. Кирпиченко

Заведующий кафедрой психиатрии и наркологии
Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский
университет», к.м.н., доцент
В.А. Карпюк

О.В. Шилова, И.М. Сквиря, С.В. Толканец

Ш 59 Тестовый контроль уровня знаний по психопатологии, психиатрии и наркологии: учеб. – метод. пособие для студентов IV и V курса лечебного факультета / О.В. Шилова, И.М. Сквиря, С.В. Толканец — Гомель: ГГМУ. — 2015 — 84 с.

Представлен перечень тестовых вопросов, предназначенных для итогового контроля знаний студентов по циклу «Психиатрия и наркология» для студентов лечебного факультета высших медицинских учебных заведений.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом УО «Гомельский государственный медицинский университет». Протокол № от 25 июня 2015 г.

УДК616.89 (072) (076.1)
ББК 56.14я73

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
Тестовые вопросы по теме №1 для 4 курса.....	5
Тестовые вопросы по теме №2 для 4 курса.....	13
Тестовые вопросы по теме №3 для 4 курса.....	18
Тестовые вопросы по теме №4 для 4 курса.....	27
Тестовые вопросы по теме №1 для 5 курса.....	36
Тестовые вопросы по теме №2 для 5 курса.....	45
Тестовые вопросы по теме №3 для 5 курса.....	53
Тестовые вопросы по теме №4 для 5 курса.....	59
Тестовые вопросы по теме №5 для 5 курса.....	73
Ответы на тестовые вопросы.....	76
Литература.....	83

ВВЕДЕНИЕ

Преподавание психиатрии и наркологии на лечебном факультете является неотъемлемой частью профессиональной подготовки в связи со значимыми медицинскими, экономическими и социальными последствиями психических расстройств.

Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с типовой программой Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Рег. №ТД-Л 254-тип от 14.06.2011г. по психиатрии и наркологии для высших учебных заведений по специальностям 1-79 01 01 Лечебное дело и 1-79 01 02 Педиатрия.

ТЕМА №1 (4 курс) «Организация психиатрической помощи»

1. Особенностью медицинского обслуживания психически больных в психиатрических стационарах является:

- 1) обязательное применение мер медицинского стеснения
- 2) большее количество ставок младшего медицинского персонала по сравнению с лечебными учреждениями соматического профиля
- 3) усиленный надзор и наблюдение за поведением больных
- 4) обязательное наличие в стационаре ставок медицинского психолога и психотерапевта
- 5) обязательное наличие в стационаре палаты интенсивной терапии

2. Какие сведения можно получить с помощью анамнестического метода:

- 1) характер наследственности
- 2) социальные условия жизни
- 3) перенесенные заболевания
- 4) данные о начале и развитии данного заболевания
- 5) все перечисленное верно

3. Экспериментально-психологический метод включает все перечисленное, кроме:

- 1) негласное наблюдение за больным
- 2) метод тестов
- 3) метод свободных ассоциаций
- 4) естественный психологический эксперимент
- 5) все перечисленное верно

4. Особенностью обслуживания психически больных в психиатрических стационарах является все, кроме:

- 1) принцип «закрытых дверей»
- 2) усиленный надзор и наблюдение за поведением больных
- 3) обязательное применение мер медицинского стеснения
- 4) организации трудотерапии и социальной реабилитации
- 5) верно 1) и 2)

5. Какие сведения можно получить с помощью анамнестического метода, кроме:

- 1) данные о наследственности
- 2) о социальных условиях жизни
- 3) о перенесенных заболеваниях
- 4) об этиологии заболевания
- 5) данные о начале и развитии данного заболевания

6. Какие существуют методы обследования психически больных:

- 1) анамнестический
- 2) объективный
- 3) субъективный
- 4) экспериментально-психологический
- 5) все перечисленное верно

7. Укажите методы обследования психически больных:

- 1) изучение творчества больных
- 2) объективный анамнез
- 3) субъективный анамнез
- 4) экспериментально-психологический
- 5) все перечисленное верно

8. Виды экспертиз в психиатрии:

- 1) судебно-психиатрическая
- 2) военно-психиатрическая
- 3) трудовая
- 4) все перечисленное верно
- 5) верно 1) и 3)

9. В психиатрии существуют виды экспертиз, кроме:

- 1) судебно-психиатрическая
- 2) рабочая
- 3) трудовая
- 4) военно-психиатрическая
- 5) верно а) и б)

10. Судебно-психиатрическая экспертиза проводится:

- 1) по заявлению пострадавшего
- 2) по просьбе самого больного
- 3) по постановлению прокурора
- 4) по усмотрению лечащего врача
- 5) по просьбе родственников больного

11. Судебно-психиатрическая экспертиза проводится:

- 1) по заявлению пострадавшего
- 2) по определению суда
- 3) при совершении психически больным лицом социально опасного деяния
- 4) по просьбе самого больного
- 5) по просьбе родственников больного

12. Судебно-психиатрическая экспертиза проводится во всех случаях, кроме:

- 1) по постановлению прокурора
- 2) по определению суда
- 3) по постановлению следователя
- 4) по заявлению пострадавшего
- 5) верно а) и б)

13. Какие критерии входят в формулу невменяемости:

- 1) медицинский и юридический
- 2) медицинский и психологический
- 3) юридический и психологический
- 4) психиатрический и юридический
- 5) философский и психологический

14. Какой критерий входит в формулу недееспособности:

- 1) психологический
- 2) медицинский
- 3) социальный
- 4) психиатрический
- 5) философский

15. Какой критерий входит в формулу недееспособности:

- 1) психологический
- 2) юридический
- 3) социальный

- 4) психиатрический
- 5) философский

16. Медицинский критерий невменяемости:

- 1) хроническое душевное расстройство
- 2) слабоумие
- 3) расстройство личности
- 4) патологический аффект
- 5) все перечисленное верно

17. Медицинский критерий невменяемости включает все, кроме:

- 1) показания свидетелей преступления
- 2) слабоумие
- 3) расстройство личности
- 4) хроническое душевное расстройство
- 5) патологический аффект

18. Что такое вменяемость:

- 1) способность использовать свои права и свободы
- 2) достаточный уровень интеллекта
- 3) способность понимать и нести ответственность за свои поступки, управлять своими действиями
- 4) наличие сознания
- 5) все перечисленное верно

19. Что такое дееспособность:

- 1) способность анализировать свои поступки
- 2) способность осуществлять основные жизненные функции
- 3) способность использовать свои права и свободы, выполнять свои гражданские обязанности
- 4) способность нести ответственность за свои поступки
- 5) способность воспринимать, хранить и воспроизводить информацию

20. Сколько раз человек может быть лишен дееспособности:

- 1) один
- 2) зависит от количества совершенных им социально опасных деяний
- 3) неограниченное количество раз
- 4) два раза
- 5) все перечисленное верно

21. Заключение военной экспертизы могут быть все перечисленные, кроме:

- 1) годен
- 2) не годен
- 3) годен после лечения
- 4) ограниченно годен

22. Заключение военной экспертизы могут быть все перечисленные, кроме:

- 1) годен
- 2) не годен
- 3) ограниченно годен
- 4) годен для службы в щадящих условиях
- 5) верно 1) и 2)

23. Кто решает вопрос об ограничении трудоспособности душевнобольных:

- 1) лечащий врач
- 2) зам.главного врача по экспертной работе
- 3) врач-эксперт
- 4) МРЭК
- 5) зав. отделением

24. Укажите основные вопросы СПЭ:

- 1) решение вопроса вменяемости или невменяемости
- 2) решение вопроса трудоспособности
- 3) решение вопроса профпригодности психиатров
- 4) решение вопроса о годности к военной службе
- 5) решение вопроса о безопасности

25. Чем отличается аффект физиологический от патологического:

- 1) ужесточением приговора
- 2) патологический аффект возникает у психически больных людей
- 3) патологический аффект возникает у лиц в нетрезвом состоянии
- 4) амнезией произошедшего в момент совершения преступления

26. Госпитализация психически больных производится в следующем порядке, кроме:

- 1) в добровольном порядке
- 2) по заявлению родственников
- 3) принудительно

27. Госпитализация психически больных производится в недобровольном порядке:

- 1) при наличии сопутствующей тяжелой соматической патологии
- 2) по заявлению родственников
- 3) при беспомощности больного, невозможности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
- 4) по заявлению милиции
- 5) в алкогольном опьянении

28. Госпитализация психически больных производится в недобровольном порядке:

- 1) при наличии таких психических расстройств, которые могут привести к действиям, опасным для самого больного или окружающих
- 2) при сопутствующей беременности
- 3) по заявлению соседей, в случае, если больной проживает один
- 4) в случае, если пациент в момент госпитализации находится в нетрезвом состоянии
- 5) по заявлению милиции

29. Госпитализация психически больных в недобровольном порядке осуществляется:

- 1) по заявлению работодателя или коллектива, в котором работает госпитализируемый
- 2) в случае ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи
- 3) по заявлению соседей, в случае, если больной проживает один
- 4) если больной является инвалидом по психическому заболеванию
- 5) в случае сопутствующей беременности

30. Недобровольный порядок госпитализации психически больных осуществляется во всех случаях, кроме:

- 1) при наличии таких психических расстройств, которые могут привести к действиям, опасным для самого больного или окружающих
- 2) в случае ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи
- 3) если больной является инвалидом по психическому заболеванию
- 4) в случае беспомощности больного, невозможности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
- 5) верно 1) и 2)

31. В какой срок, в случае недобровольной госпитализации, должно быть произведено освидетельствование пациента:

- 1) 2 часа
- 2) 12 часов
- 3) 48 часов
- 4) 72 часа
- 5) 10 часов

32. В состав врачебно-консультативной комиссии должны входить все перечисленные, кроме:

- 1) лечащий врач
- 2) заместитель главного врача по лечебной части
- 3) заместитель главного врача по экспертной работе
- 4) заведующий отделением
- 5) все перечисленное верно

33. Принудительное лечение проводится:

- 1) при наличии таких психических расстройств, которые могут привести к действиям, опасным для самого больного или окружающих
- 2) при ухудшении психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи
- 3) в случае беспомощности больного, невозможности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
- 4) по определению суда
- 5) если больной является инвалидом по психическому заболеванию

34. Сколько врачей входит в состав врачебно-консультативной комиссии, производящей освидетельствование в случае недобровольной госпитализации:

- 1) 5
- 2) 4
- 3) 3
- 4) 2
- 5) 8

35. Сведения о состоянии психического здоровья гражданина имеют право получить:

- 1) никому не дано такого права
- 2) его сотрудники по работе
- 3) судебные органы и вышестоящие органы здравоохранения
- 4) врачи-консультанты других специальностей
- 5) верно в) и г)

36. Амбулаторное лечение лица, страдающего психическим расстройством в возрасте старше 15 лет, не признанного в установленном законом порядке недееспособным, проводится:

- 1) после получения его письменного согласия.

- 2) после получения его устного согласия
- 3) после получения согласия его ближайших родственников
- 4) без его согласия
- 5) только с разрешения главного психиатра данной территории

37. Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет дается:

- 1) самим лицом, страдающим психическим расстройством, в письменной форме
- 2) самим лицом, страдающим психическим расстройством, в устной форме
- 3) его законным представителем в письменной форме
- 4) другими ближайшими родственниками
- 5) без его согласия

38. Лечение без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя

- 1) не может проводиться никогда;
- 2) может проводиться только при применении принудительных мер медицинского характера
- 3) может проводиться при применении принудительных мер медицинского характера, а также при недобровольной госпитализации
- 4) может проводиться всем больным, находящимся под диспансерным наблюдением
- 5) верно 1) и 2)

39. Право на отказ от лечения психических расстройств имеют:

- 1) только лица, не состоящие под диспансерным наблюдением
- 2) только госпитализированные в недобровольном порядке
- 3) все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера
- 4) все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера, а также тех, кто госпитализируется в недобровольном порядке
- 5) все перечисленное верно

40. Согласие на лечение необходимо получать от больного или его законного представителя

- 1) только в начале курса терапии
- 2) при каждом и любом изменении первоначальной схемы терапии
- 3) в начале курса терапии, а также при смене метода терапии и таких изменениях в лечении, которые связаны с существенным возрастанием риска побочных эффектов и осложнений
- 4) при недобровольной госпитализации в психиатрический стационар
- 5) при принудительной госпитализации в психиатрический стационар

41. При наличии сведений, дающих основания предполагать наличие у лица тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих, врач психиатр-нарколог может провести недобровольное освидетельствование

- 1) только с разрешения главного врача диспансера
- 2) только с разрешения главного психиатра данной территории
- 3) только по решению комиссии врачей-психиатров
- 4) самостоятельно, без дополнительного разрешения с чьей-либо стороны
- 5) все перечисленное не верно

42. Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, должно осматриваться комиссией врачей—психиатров-наркологов

- 1) однократно в течение 48 часов с момента госпитализации
- 2) ежедневно в течение всего периода недобровольного пребывания в стационаре

- 3) в течение 72 часов с момента госпитализации и далее, не реже одного раза в месяц в течение первых шести месяцев
- 4) не реже одного раза в месяц в течение первых шести месяцев
- 5) все перечисленное верно

43. До постановления судьи основанием для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке при наличии тяжелого психического расстройства являются:

- 1) заявления граждан о неправильном поведении пациента
- 2) направление в стационар психиатра скорой медицинской помощи
- 3) направление в стационар психиатра психоневрологического диспансера (отделения, кабинета)
- 4) беспомощность пациента, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
- 5) верно 1) и 2)

44. Самый низкий риск суицида среди:

- 1) вдовцов
- 2) разведенных
- 3) одиноких
- 4) женатых
- 5) гомосексуалистов

45. К основным разделам психиатрии не относится:

- 1) судебная психиатрия
- 2) психофармакология
- 3) наркология
- 4) детская психиатрия
- 5) психоанализ

46. К психологическим методам исследования не относится:

- 1) тест ММРІ
- 2) 16-факторный опросник Кетелла
- 3) комплексный тест Векслера
- 4) метод ЭЭГ
- 5) тест Спилбергера-Ханина

47. Миннесотский многофазный личностный опросник (ММРІ):

- 1) позволяет определить коэффициент интеллекта
- 2) используется для исследования опосредованного запоминания
- 3) состоит из 10 стандартных чернильных клякс
- 4) позволяет составить клинический профиль личности
- 5) состоит из 24 картинок с изображением явно конфликтных ситуаций

48. Наиболее часто пациенты кончают жизнь самоубийством при развитии у них:

- 1) эйфории
- 2) опьянения
- 3) иллюзии
- 4) галлюциноза
- 5) депрессии

49. На какой срок выдается больничный лист при длительном течении заболевания?

- 1) 2 месяца
- 2) 3 месяца
- 3) 4 месяца

- 4) 5 месяцев
- 5) 6 месяцев

50. Кто имеет право продлить пребывание больного на больничном листе свыше 4 месяцев?

- 1) ВКК
- 2) лечащий врач
- 3) заведующий отделением
- 4) заместитель главного врача по лечебной части
- 5) МРЭК

51. Какое учреждение направляет больного с хроническим алкоголизмом на принудительное лечение в лечебно-трудовой профилакторий?

- 1) наркологический диспансер
- 2) психиатрическая больница
- 3) прокуратура
- 4) милиция
- 5) суд

52. Психологическое обследование необходимо назначать при:

- 1) первичном осмотре в отделении
- 2) уточнении диагноза
- 3) известном диагнозе
- 4) для определения степени выраженности когнитивных нарушений
- 5) выписке из отделения
- 6) верно 2) и 4)

53. Психологическая методика Спилбергера-Ханина проводится:

- 1) для оценки бредового состояния
- 2) для расстройства восприятия
- 3) для оценки амнестических нарушений
- 4) для определения уровня тревожности
- 5) для оценки интеллекта

54. Указать основания для проведения судебно-психиатрической экспертизы:

- 1) заявления медицинских работников
- 2) заявления родственников
- 3) заявления пострадавших
- 4) постановления следователя
- 5) заявления подэкспертного

55. Какие психически больные не подлежат в неотложной госпитализации?

- 1) с бредом ревности
- 2) с суицидальными тенденциями
- 3) с агрессивным поведением
- 4) с бредовыми идеями переоценки собственной личности
- 5) с психическим автоматизмом

56. При каком диагнозе больной не может быть призван в армию?

- 1) психопатия возбудимого круга
- 2) умственная отсталость
- 3) шизофрения
- 4) эпилепсия
- 5) все перечисленное

ТЕМА №2 (4 курс) «Клинического интервью. Психопатология ощущений и восприятий»

1. К нарушениям какой сферы психической деятельности относятся сенестопатии:

- 1) воля
- 2) ощущение
- 3) мышление
- 4) восприятие
- 5) эмоции

2. К нарушениям какой сферы психической деятельности относится явление дереализации:

- 1) воля
- 2) память
- 3) мышление
- 4) восприятие
- 5) эмоции

3. К нарушениям какой сферы психической деятельности относятся псевдогаллюцинации:

- 1) воля
- 2) память
- 3) мышление
- 4) восприятие
- 5) эмоции

4. Отражение совокупности качеств предметов и явлений действительности при непосредственном воздействии на органы чувств, это:

- 1) внимание
- 2) ощущения
- 3) обобщение
- 4) восприятие
- 5) память

5. Состояние повышенной чувствительности обозначается:

- 1) гипестезия
- 2) анестезия
- 3) иллюзия
- 4) гиперестезия
- 5) галлюцинация

6. К качественным нарушениям процесса восприятия относится все перечисленное, кроме:

- 1) абулия
- 2) галлюцинации
- 3) явления деперсонализации
- 4) сенестопатии
- 5) иллюзии

7. К качественным расстройствам восприятия не относятся:

- 1) сенестопатии

- 2) галлюцинации
- 3) психосенсорные нарушения
- 4) анестезия
- 5) все перечисленное верно

8. Определение сенестопатии:

- 1) следы бывших восприятий, их образы, возникающие в сознании при отсутствии самого объекта
- 2) неопределенные, нередко трудно локализуемые, диффузные, беспредметные, тягостные ощущения, проецируемые внутрь телесного «Я»
- 3) значительное снижение восприимчивости к действующим раздражителям
- 4) ошибочное, искаженное восприятие реально существующих в данный момент предметов или явлений
- 5) обман чувств

9. Иллюзии – это

- 1) следы бывших восприятий, их образы, возникающие в сознании при отсутствии самого объекта
- 2) неопределенные, нередко трудно локализуемые, диффузные, беспредметные, тягостные ощущения, проецируемые внутрь телесного «Я»
- 3) значительное снижение восприимчивости к действующим раздражителям
- 4) ошибочное, искаженное восприятие реально существующих в данный момент предметов или явлений
- 5) ощущение появления на поверхности тела посторонних предметов

10. Расстройство восприятия в виде образов и представлений, возникающих без реального раздражителя, но воспринимающихся как реальность

- 1) иллюзии
- 2) галлюцинации
- 3) психосенсорные расстройства
- 4) сенестопатии
- 5) амнезия

11. В чем заключается главное отличие иллюзий от галлюцинаций:

- 1) проецируются вне реального поля зрения
- 2) могут возникать у психически здоровых людей
- 3) имеется объективно существующий раздражитель
- 4) носят характер «сделанности»
- 5) появляются в строго определенное время

12. По органам чувств галлюцинации подразделяются на:

- 1) зрительные
- 2) слуховые
- 3) тактильные
- 4) обонятельные
- 5) все перечисленное верно

13. По содержанию галлюцинации подразделяются:

- 1) нейтральные
- 2) комментирующие
- 3) устрашающие
- 4) императивные
- 5) все перечисленное верно

14. Разновидности галлюцинаций по содержанию, кроме:

- 1) нейтральные

- 2) контролирующие
- 3) устрашающие
- 4) императивные
- 5) комментирующие

15. Псевдогаллюцинации отличаются от истинных галлюцинаций следующими признаками, кроме:

- 1) проецируются вне реального поля зрения, чаще всего в голове
- 2) проецируются в реальном поле зрения
- 3) носят характер «сделанности»
- 4) носят характер отчужденности
- 5) все перечисленное верно

16. Какие галлюцинации наблюдаются чаще всего:

- 1) зрительные
- 2) слуховые
- 3) тактильные
- 4) обонятельные
- 5) вкусовые

17. Для галлюцинаций характерно:

- 1) восприятие несуществующего
- 2) возникновение существующего без реального объекта
- 3) наличие произвольно возникающих представлений, проецируемых вовне
- 4) характер проекции, неотличимой от реальных объектов
- 5) все перечисленное

18. Истинным галлюцинациям свойственно

- 1) усиление вечером и ночью
- 2) проецирование их вовне
- 3) яркость, неотличимость от реальных предметов
- 4) все перечисленное
- 5) верно 1) и 2)

19. При истинных тактильных галлюцинациях возникают:

- 1) ощущение ползания по телу насекомых
- 2) ощущение появления на поверхности тела посторонних предметов
- 3) ощущение появления под кожей посторонних предметов
- 4) все перечисленные ощущения
- 5) ни одно из перечисленных ощущений

20. Гипнагогические галлюцинации проявляются в виде видений

- 1) произвольно возникающих перед засыпанием
- 2) возникающих при закрытых глазах
- 3) возникающих на темном поле зрения
- 4) всех перечисленных
- 5) ни одного из перечисленных

21. Для псевдогаллюцинации характерно все перечисленное, кроме:

- 1) лишения конкретности, реальности
- 2) наличия признаков нарушения сознания
- 3) безжизненности, беззвучности, бестелесности
- 4) интроекции внутри организма
- 5) наличия характера «сделанности»

22. К признакам псевдогаллюцинаций не относятся:

- 1) проецирование вне реального поля зрения, чаще всего в голове
- 2) проецирование в реальном поле зрения
- 3) характер «сделанности»
- 4) характер отчужденности, т.е. больные подчеркивают особый характер этих галлюцинаций, отличая их от реальных объектов
- 5) ничего из перечисленного

23. Функциональные галлюцинации характеризуются:

- 1) появлением при существовании реального внешнего раздражения
- 2) сосуществованием с внешним раздражением, не сливаясь с ним
- 3) исчезновением с прекращением действия раздражителей
- 4) всем перечисленным
- 5) ничем из перечисленного

24. По содержанию различают следующие виды бреда:

- 1) persecutory
- 2) с пониженной самооценкой
- 3) с повышенной самооценкой
- 4) все перечисленное верно
- 5) все перечисленное не верно

25. Что из перечисленного включает в себя синдром Кандинского- Клерамбо:

- 1) парафренный бред
- 2) иллюзии
- 3) псевдогаллюцинации
- 4) галлюцинации
- 5) эйфория
- 5) иллюзии

26. Что из перечисленного включает в себя синдром Кандинского- Клерамбо:

- 1) иллюзии
- 2) гипомнезии
- 3) истинные галлюцинации
- 4) бред преследования
- 5) бред ревности

27. Синдром Кандинского- Клерамбо включает в себя все перечисленное, кроме:

- 1) сенестопатии
- 2) псевдогаллюцинации
- 3) психические автоматизмы
- 4) бред воздействия или преследования

28. Идеаторные (ассоциативные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме:

- 1) мнимого воздействия на процессы мышления и другие формы психической деятельности
- 2) ментизма, симптома открытости, звучания мыслей
- 3) сделанных неприятными ощущения
- 4) отнятия мыслей, сделанных мыслей, разматывания воспоминаний

29. Сенестопатические (сенсорные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме:

- 1) крайне неприятных ощущений, возникающих в результате мнимого воздействия посторонних сил
- 2) разнообразного характера сделанных ощущений
- 3) сделанного настроения, сделанного чувства
- 4) чувства сделанного жара или холода, болезненных ощущений в разных частях тела
- 5) необычности, вычурности ощущений

30. Кинестетические (моторные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме:

- 1) убеждения, что движения производятся помимо воли, под влиянием извне
- 2) убеждения, что действиями руководят, двигают их конечностями
- 3) отнятия мыслей, разматывания воспоминаний
- 4) проявления ощущения неподвижности, оцепенения
- 5) речедвигательных автоматизмов

31. Термин «дежа вю» наиболее правильно отражает состояние:

- 1) уже виденного
- 2) никогда не виденного
- 3) дереализация в виде искажения предметов
- 4) все перечисленное
- 5) ни одно из перечисленного

32. Психосенсорные расстройства – это:

- 1) искаженное восприятие с сохранением узнавания воспринимаемого объекта
- 2) следы бывших восприятий, их образы, возникающие в сознании при отсутствии самого объекта
- 3) значительное снижение восприимчивости к действующим раздражителям
- 4) расстройство восприятия в виде образов и представлений, возникающих без реального раздражителя, но воспринимающихся как реальность
- 5) восприятия носят характер отчужденности

33. Больной чувствует, что части его тела стали непропорциональны, а руки и ноги изменили свои размеры

- 1) сенестопатии
- 2) истинные галлюцинации
- 3) иллюзия
- 4) расстройство схемы тела
- 5) псевдогаллюцинации

34. Дерееализация – это:

- 1) искаженное восприятие собственной личности в целом, отдельных качеств, а также частей тела
- 2) нарушение восприятия окружающего пространства, формы и размера предметов, расстояния и времени
- 3) ошибочное, искаженное восприятие реально существующих в данный момент предметов или явлений
- 4) целостное отражение предметов и явлений действительности при их непосредственном воздействии на органы чувств
- 5) гипомнезия от настоящих событий к прошлым

ТЕМА №3 (4 курс) «Психиатрическая пропедевтика: методика обследования когнитивной сферы»

1. Процесс установления связей между предметами и явлениями реального мира это:

- 1) восприятие
- 2) память
- 3) мышление
- 4) воля
- 5) эмоции

2. К нарушениям темпа мыслительной деятельности относится:

- 1) тахипсихизм
- 2) бредовые идеи
- 3) разорванность
- 4) резонерство
- 5) аффект

3. К нарушениям темпа мыслительной деятельности относятся:

- 1) тахипсихизм
- 2) брадипсихизм
- 3) скачка идей
- 4) все перечисленное верно

4. Явления тахипсихизма наблюдаются при следующем состоянии:

- 1) шизофрения
- 2) маниакальное состояние
- 3) депрессия
- 4) эпилепсия
- 5) соматоформные расстройства

5. Явления брадипсихизма наблюдаются при:

- 1) шизофрения
- 2) маниакальное состояние
- 3) депрессия
- 4) эпилепсия
- 5) неврозы

6. Резонерство - это:

- 1) расстройство мышления по содержанию и продуктивности
- 2) страдает общий смысл высказываний при правильности отдельных предложений
- 3) встречается при шизофрении
- 4) верны все высказывания
- 5) все неверны

7. Укажите признаки, не характерные для обсессивного синдрома:

- 1) навязчивые мысли, действия, чувства
- 2) критическое отношение к своему состоянию
- 3) наличие чувства “сделанности”
- 4) повторяющиеся ритуалы
- 5) сомнения и тревога

8. К нарушениям содержания мышления относятся:

- 1) бредовые идеи

- 2) сверхценные идеи
- 3) навязчивые мысли
- 4) все перечисленное верно
- 5) верно 1) и 2)

9. К нарушениям содержания мышления относится все перечисленное, кроме:

- 1) скачка идей
- 2) бредовые идеи
- 3) сверхценные идеи
- 4) навязчивые мысли
- 5) все перечисленное верно

10. Суждения, возникающие на болезненной почве, не соответствующие действительности и не поддающиеся разубеждению, называются:

- 1) бредовые идеи
- 2) сверхценные идеи
- 3) неологизмы
- 4) ментизм
- 5) персеверации

11. Новые слова, понятные только больному или вообще не имеющие смысла, называются:

- 1) бредовые идеи
- 2) сверхценные идеи
- 3) неологизмы
- 4) ментизм
- 5) дипсомания

12. Что из перечисленного включает в себя синдром Кандинского- Клерамбо:

- 1) иллюзии
- 2) бред ревности
- 3) галлюцинации
- 4) бред воздействия
- 5) амнезию

13. Синдром Кандинского- Клерамбо включает в себя все перечисленное, кроме:

- 1) сенестопатии
- 2) псевдогаллюцинации
- 3) психические автоматизмы
- 4) бред преследования
- 5) иллюзии

14. О чем свидетельствует парафренный бред у больного:

- 1) о нарушении сознания
- 2) о легком течении заболевания
- 3) о длительности и тяжести заболевания
- 4) о неэффективности лечения
- 5) все перечисленное верно

15. Стадии развития бреда:

- 1) бредовое настроение
- 2) бредовое восприятие
- 3) кристаллизация бреда
- 4) систематизация бреда

- 5) все перечисленное верно
- 6) верно 3 и 4

16. Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме:

- 1) несоответствия действительности
- 2) доступности исправления, устранения путем убеждения
- 3) искажения отражения действительности
- 4) нарушением поведения пациента и адаптации к реальности
- 5) невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью

17. Бред инсценировки характеризуется следующим восприятием:

- 1) что все происходящее сделано специально
- 2) вокруг идет как бы инсценировка, разыгрывается спектакль
- 3) вокруг все изменяется, перемещается, изменяются лица окружающих
- 4) под видом родных приходят незнакомые, а в посторонних узнают родных
- 5) всем перечисленным

18. Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме:

- 1) интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного,
- 2) понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним,
- 3) наличия конкретного содержания, например, канцерофобия
- 4) повторного, ритуального обследования
- 5) убежденности в «порче»

19. Навязчивые сомнения характеризуются:

- 1) назойливую неуверенность в правильности и законченности совершенных действий,
- 2) сомнение в правильности и точности исполнения,
- 3) стремление проводить перепроверки,
- 4) успокоение больного многократными проверками,
- 5) всем перечисленным

20. Какое из перечисленных расстройств не относится к навязчивостям?

- 1) клаустрофобия
- 2) ритуалы
- 3) страх загрязнения
- 4) идеи ревности

21. Какое слово означает боязнь загрязнения

- 1) агорафобия
- 2) канцерофобия
- 3) мизофобия
- 4) сифилофобия
- 5) кардиофобия

22. Какое слово обозначает страсть к воровству?

- 1) арифмомания
- 2) клаустрофобия
- 3) Оксифобия
- 4) клептомания
- 5) пиромания

23. Указать признаки, не характерные для обсессивного синдрома:

- 1) навязчивые мысли, действия, чувства
- 2) критическое отношение к своему состоянию

- 3) наличие чувства «сделанности»
- 4) вегетативные расстройства
- 5) ожидание неудачи

24. Сверхценные идеи встречаются:

- 1) только у больных шизофренией
- 2) только у больных обсессивно-компульсивным типом характера
- 3) и у здоровых, и у больных людей
- 4) у больных с синдромом Ганзера
- 5) только у больных эпилепсией

25. Приобретенное слабоумие, вызванное поражением головного мозга, называется:

- 1) деменция
- 2) олигофрения
- 3) Корсаковский психоз
- 4) амнестический синдром
- 5) аменцией

26. Олигофрения – это

- 1) приобретенное слабоумие, вызванное главным образом сосудистыми заболеваниями головного мозга, а также другими органическими церебральными заболеваниями
- 2) наследственное, врожденное слабоумие, выражающееся в общем психическом недоразвитии с преобладанием в первую очередь интеллектуального дефекта и вследствие этого в затруднении социальной адаптации
- 3) трудности адаптации в социальной сфере жизни
- 4) резкое ослабление или отсутствие способности запоминать текущие события

27. Врожденное слабоумие (олигофрения) может проявляться в формах:

- 1) дебильностью
- 2) имбецильностью
- 3) идиотией
- 4) всем перечисленным
- 5) ничем из перечисленного

28. Психоорганический синдром развивается при

- 1) шизофрении
- 2) сосудистых заболеваниях головного мозга
- 3) неврастении
- 4) психопатии
- 5) ничего из перечисленного

29. Что характерно для умственной отсталости:

- 1) интеллектуальный дефект с сохранением абстрактного мышления
- 2) разорванность мышления
- 3) прогрессирование с течением времени
- 4) отсутствие прогрессивности
- 5) все перечисленное верно

30. Что характерно для умственной отсталости:

- 1) сохранение абстрактного мышления
- 2) резонерство
- 3) интеллектуальный дефект со слабостью абстрагирования
- 4) связана с действием экзогенных факторов
- 5) невозможность самостоятельного проживания

31. Какой из перечисленных пунктов не является критерием умственной отсталости:

- 1) глубокие нарушения в эмоциональной сфере
- 2) в структуре слабоумия преобладает слабость абстрактного мышления на фоне умеренно выраженных изменений эмоциональной сферы
- 3) непрогредиентность интеллектуальной недостаточности
- 4) замедленный темп психического развития
- 5) верно 2) и 3)

32. Какой из перечисленных пунктов не является критерием умственной отсталости:

- 1) доказанное воздействие токсического фактора в первый триместр беременности
- 2) в структуре слабоумия преобладает слабость абстрактного мышления на фоне умеренно выраженных изменений эмоциональной сферы
- 3) непрогредиентность интеллектуальной недостаточности
- 4) замедленный темп психического развития
- 5) верно 2) и 4)

33. Для умственной отсталости легкой степени характерно все перечисленное, кроме:

- 1) проблемы с адаптацией к культуральным традициям и нормам
- 2) резкое ограничение движений
- 3) речевые функции сохранены
- 4) возможно трудоустройство
- 5) все перечисленное не верно

34. Для умственной отсталости средней степени характерно все перечисленное, кроме:

- 1) речевые функции сохранены в полном объеме
- 2) нуждаются в социальной помощи в течение всей жизни
- 3) образование направлено на овладение навыками самообслуживания
- 4) способность участвовать в элементарных социальных занятиях
- 5) верно 2) и 4)

35. Для умственной отсталости тяжелой степени характерно все перечисленное, кроме:

- 1) выраженная степень моторного нарушения
- 2) как правило, тяжелая сопутствующая соматическая патология
- 3) возможно трудоустройство
- 4) нуждаются в постоянном постороннем надзоре
- 5) верно 1) и 2)

36. Для глубокой умственной отсталости характерен коэффициент умственного развития:

- 1) менее 20
- 2) 20-34
- 3) 35-49
- 4) 50-69
- 5) более 70

37. Для умственной отсталости тяжелой степени характерен коэффициент умственного развития:

- 1) менее 20
- 2) 20-34
- 3) 35-49
- 4) 50-69

5) верно 1) и 2)

38. Для умственной отсталости средней степени характерен коэффициент умственного развития:

- 1) менее 20
- 2) 20-34
- 3) 35-49
- 4) 50-69
- 5) все перечисленное верно

39. Для умственной отсталости легкой степени характерен коэффициент умственного развития:

- 1) менее 20
- 2) 20-34
- 3) 35-49
- 4) 50-69
- 5) все перечисленное верно

40. Поводом для госпитализации больных с умственной отсталостью является:

- 1) расстройства влечений
- 2) ранняя алкоголизация
- 3) бродяжничество
- 4) психопатоподобное поведение
- 5) все перечисленное верно

41. Этиологические факторы умственной отсталости в зависимости от времени воздействия разделяются

- 1) на наследственные
- 2) на внутриутробные
- 3) интранатальные
- 4) на все перечисленные
- 5) все перечисленное неверно

42. Характерными клиническими проявлениями умственной отсталости являются

- 1) слабость абстрактного мышления
- 2) слабость целенаправленного внимания
- 3) недостаточная память как при воспроизведении, так и при запоминании
- 4) все перечисленное
- 5) ни одним из перечисленных

43. При каких психических расстройствах часто встречаются парамнезии?

- 1) диссоциативное расстройство
- 2) рекуррентное депрессивное расстройство
- 3) острой реакции на стресс
- 4) корсаковском психозе
- 5) алкогольном параноиде

44. Что не свойственно для симптоматики корсаковского (амнестического) синдрома?

- 1) псевдореминесценции
- 2) фиксационная амнезия
- 3) дезориентация в собственной личности
- 4) дезориентация в месте и времени
- 5) полинейропатия

45. К нарушениям какой сферы психической деятельности относятся конфабуляции:

- 1) бредоподобные фантазии
- 2) мышление
- 3) память
- 4) восприятие
- 5) ощущений

46. К нарушениям какой сферы психической деятельности относится псевдореминисценции:

- 1) восприятия
- 2) эмоции
- 3) мышление
- 4) воли
- 5) памяти

47. Укажите, что не входит в структуру памяти:

- 1) рецепция – восприятие информации
- 2) ретенция – удержание, запоминание
- 3) репродукция – воспоминание, воспроизведение
- 4) фантазии
- 5) ничего из перечисленного

48. Что соотносится с качественным расстройством памяти:

- 1) гипомнезия
- 2) амнезия
- 3) гипермнезия
- 4) конфабуляции
- 5) ничего из перечня

49. К выпадению событий из памяти относится:

- 1) амнезия
- 2) гипомнезия
- 3) гипермнезия
- 4) амнезия
- 5) все перечисленное

50. Гипермнезия предполагает:

- 1) снижение, ослабление памяти
- 2) усиление, обострение памяти
- 3) выпадение событий из памяти
- 4) ошибочные воспоминания
- 5) патологическое фантазирование

51. Закономерность последовательного снижения памяти по типу «забывания от настоящего к прошлому» называется:

- 1) амнезия
- 2) фиксационная амнезия
- 3) закон Рибо
- 4) Корсаковский синдром
- 5) конфабуляции

52. Отсутствие способности запоминать текущие события определяется как

- 1) фиксационная амнезия

- 2) прогрессирующая амнезия
- 3) ретроградная амнезия
- 4) остановка мыслей
- 5) ментизм

53. Неспособность к запоминанию и постепенное опустошение памяти по закону Рибо предполагает:

- 1) фиксационную амнезию
- 2) прогрессирующую амнезию
- 3) ретроградная амнезия
- 4) парамнезия
- 5) перфорационная амнезия

54. К расстройствам памяти не относятся:

- 1) амнезии
- 2) псевдореминесценции
- 3) конфабуляции
- 4) парамнезии
- 5) сделанные воспоминания

55. Антероградная амнезия предполагает:

- 1) правильное поведение больных в определенный, затем забытый период
- 2) утрату воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
- 3) распространение подобного забвения на различный период (часы, дни, недели)
- 4) ни одним из перечисленных утверждений
- 5) всеми перечисленными утверждениями

56. Фиксационная амнезия характеризуется:

- 1) потерей способности запоминать
- 2) отсутствием памяти на текущие события
- 3) выпадением из памяти событий, непосредственно предшествовавших настоящему состоянию
- 4) всем перечисленным
- 5) ничем из перечисленного

57. Состояния, которые не соответствуют признакам парамнезий:

- 1) гипомнезия – ослабление памяти
- 2) псевдореминесценции – ошибочные воспоминания, неправильное воспроизведение во времени, в месте или последовательности событий, которые были в действительности
- 3) конфабуляции – вымышленные, часто фантастические, воспоминания, совершенно не соответствующие действительности
- 4) криптомнезии – искажения памяти, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний.
- 5) верно 2) и 3)

58. Парамнезии могут быть компонентом следующих состояний

- 1) нигилистического бреда
- 2) маниакального синдрома
- 3) прогрессирующей деменции
- 4) кататонического синдрома
- 5) бреда ущерба

59. Корсаковский синдром не предполагает наличия:

- 1) парамнезии
- 2) гипермнезии
- 3) фиксационной амнезии при относительно сохранной памяти на прошлое
- 4) амнестической дезориентировки
- 5) ничего из перечисленного

ТЕМА №4 (4 курс) «Психопатология эмоций, воли и сознания»

1. К нарушениям какой сферы психической деятельности относится патологический аффект:

- 1) воля
- 2) память
- 3) мышление
- 4) восприятие
- 5) эмоции

2. К нарушениям какой сферы психической деятельности относится сензитивность:

- 1) воля
- 2) память
- 3) мышление
- 4) восприятие
- 5) эмоции

3. К нарушениям какой сферы психической деятельности относится апатия:

- 1) воля
- 2) память
- 3) мышление
- 4) восприятие
- 5) эмоции

4. К нарушениям какой сферы психической деятельности относится слабодушие:

- 1) воля
- 2) память
- 3) мышление
- 4) восприятие
- 5) эмоции

5. Повышенное настроение и активность, стремление к деятельности называются

- 1) кататонический синдром
- 2) гебефренический синдром
- 3) паранойяльный синдром
- 4) маниакальный синдром
- 5) мориоподобный синдром

6. Симптомами маниакального состояния являются:

- 1) расторможенность влечений
- 2) идеи величия
- 3) ускоренное мышление, «скачка идей»
- 4) двигательная активность
- 5) все перечисленное

7. Дисфория характеризуется:

- 1) безразличием к окружающему
- 2) стойким угнетением настроения, унынием, тоской
- 3) тоскливо-злым настроением
- 4) спутанностью сознания
- 5) обрывом мыслей

8. Повышенная отвлекаемость внимания характерна для:

- 1) маниакального синдрома
- 2) синдрома регресса психики
- 3) прогрессирующей амнезии
- 4) фебрильной шизофрении
- 5) депрессивного синдрома

9. Необоснованное беспокойство по поводу мнимого тяжелого или неизлечимого заболевания:

- 1) олигофрения
- 2) ипохондрия
- 3) паранойя
- 4) кататония
- 5) депрессия

10. Состояние больного, сопровождающееся сочетанием эйфории и гнева, называется:

- 1) ажитированная депрессия
- 2) меланхолический раптус
- 3) гневливая мания
- 4) аффективная возбудимость
- 5) синдром Ганзера

11. Для депрессивного синдрома не характерно:

- 1) тахикардия, боли в области сердца
- 2) сниженное настроение
- 3) заторможенность мышления
- 4) двигательная заторможенность
- 5) бред величия

12. Для маниакального синдрома не характерно:

- 1) гипермнезия
- 2) расторможенность влечений
- 3) предсердечная тоска
- 4) ускоренное мышление
- 5) повышенное настроение

13. Депрессивная триада характеризуется:

- 1) эмоциональным торможением,
- 2) двигательным торможением,
- 3) идеаторным торможением,
- 4) всем перечисленным,
- 5) ничем из перечисленного.

14. Для депрессивной триады характерно все перечисленное, кроме:

- 1) аффекта тоски,
- 2) двигательного торможения,
- 3) меланхолического раптуса,
- 4) идеаторного торможения,
- 5) депрессивного содержания мышления.

15. Депрессивное содержание мышления проявляется мыслями, кроме:

- 1) виновности («я плохой»),
- 2) негативных воспоминаний,

- 3) представлений негативного будущего («это будет вечно»),
- 4) явлений прогрессирующей амнезии,
- 5) негативизма («все плохо»).

16. К признакам депрессивного двигательного торможения относится все перечисленное, исключая:

- 1) замедление движений,
- 2) бедность мимики,
- 3) ощущение мышечной слабости,
- 4) манерность,
- 5) явления депрессивного ступора.

17. К сомато-вегетативным признакам депрессии относятся:

- 1) запоры,
- 2) дисменорея,
- 3) похудание,
- 4) все перечисленное,
- 5) ничего из перечисленного.

18. С наличием гипоманиакального состояния могут быть связаны следующие проявления:

- 1) повышенный аппетит,
- 2) снижение потребности во сне,
- 3) расторможение влечений,
- 4) все перечисленное,
- 5) ничего из перечисленного.

19. Маниакальное идеаторное возбуждение включает нижеперечисленные признаки, исключая:

- 1) гипермнезию,
- 2) конфабуляции,
- 3) ускорение ассоциаций,
- 4) явления отвлекаемости со «скачкой идей»,
- 5) идеаторную «спутанность».

20. Соматическими симптомами при депрессии чаще всего являются, исключая:

- 1) боли в области сердца
- 2) снижение аппетита
- 3) «утренняя» бессонница»
- 4) запоры
- 5) снижение веса тела
- 6) ангедония

21. Ангедония – это:

- 1) снижение способности получать удовлетворение и испытывать радость от обычных видов деятельности
- 2) симптом депрессивного синдрома
- 3) проявление тяжелого соматического заболевания
- 4) нарушение воли
- 5) верно 1 и 2

22. Сопутствующие гипоманиакальному состоянию проявления:

- 1) повышенный аппетит,
- 2) нарушение сна,

- 3) расторможение влечений,
- 4) все перечисленное,
- 5) ничего из перечисленного.

23. При какой нозологической форме наблюдается дисфория:

- 1) шизофрения
- 2) маниакальное состояние
- 3) депрессия
- 4) эпилепсия
- 5) невроты

24. К паратимиям относят:

1. эмоциональную неадекватность
2. симптом «стекла и дерева»
3. эмоциональную невыразительность
4. верны все варианты

25. При какой нозологической форме наблюдаются паратимии:

- 1) шизофрения
- 2) маниакальное состояние
- 3) депрессия
- 4) эпилепсия
- 5) олигофрения

26. Какое состояние исключает вменяемость:

- 1) депрессия
- 2) страсть
- 3) апатия
- 4) патологический аффект
- 5) ничего из перечисленного

27. Эмоционально-волевое оскудение не сопровождается:

- 1) абулией
- 2) апатией
- 3) безучастностью
- 4) отвлекаемостью
- 5) негативизмом

28. Кратковременное, чувство бурно протекающее, положительно или отрицательно окрашенное. Чаще всего возникает психогенно. Характерны бурные вегетативные проявления.

- 1) аффект
- 2) психический автоматизм
- 3) гипербулия
- 4) гипермнезия
- 5) гиперметаметаморфоз

29. Дромомания относится к патологии:

- 1) влечений
- 2) восприятия
- 3) эмоций
- 4) памяти

30. Сознательная, целенаправленная психическая активность, связанная с преодолением препятствий и достижением целей:

- 1) воля
- 2) память
- 3) характер
- 4) труд
- 5) сознание

31. Абулия включает следующие проявления, кроме:

- 1) отсутствие побуждения
- 2) утраты желания
- 3) полную безучастность и бездеятельность
- 4) прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости
- 5) отказ от речи (мутизм)

32. Гипербулия предполагает следующие проявления, кроме:

- 1) повышения волевой активности, усиления побуждений
- 2) повышенной деятельности
- 3) чувства «сделанности» состояния
- 4) порывистости, инициативности
- 5) говорливости, подвижности

33. Составляющие кататонического ступора, кроме:

- 1) обездвиженности застывшего амимичного лица
- 2) выраженного депрессивного аффекта
- 3) повышения мышечного тонуса
- 4) длительно сохранения одной позы
- 5) отказа от речи, негативизма

34. Ступор с явлениями восковой гибкости проявляется всем перечисленным, кроме

- 1) состояния обездвиженности
- 2) сохранения любого изменения позы
- 3) резкого напряжения мышц с противодействием при попытке изменить позу
- 4) появления восковой гибкости в жевательных мышцах, затем в мышцах шеи, верхних и нижних конечностях
- 5) общее повышение мышечного тонуса

35. Гебефреническое возбуждение включает перечисленное, кроме

- 1) дурашливости, гримасничанья
- 2) преобладания выражения восторга, экстаза
- 3) нелепого, бессмысленного хохота
- 4) прыжков, кривляния
- 5) неуместных плоских шуток

36. Импульсивные действия включают указанные компоненты, кроме:

- 1) характера сделанности
- 2) совершения действия без контроля сознания
- 3) возникновения при глубоком нарушении психической деятельности
- 4) внезапного и стремительного начала
- 5) немотивированного и бессмысленного действия

37. Онейроидная кататония проявляется

- 1) экстагическим, импульсивным, гебефреническим возбуждением
- 2) ступором с явлениями восковой гибкости, ступорозными состояниями

- 3) онейроидным помрачением сознания
- 4) всем перечисленным
- 5) развитием от 1) к 3)

38. Люцидная кататония предполагает:

- 1) кататоническое состояние
- 2) ступор с негативизмом и оцепенением
- 3) отсутствие помрачения сознания
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

39. К нарушениям какой сферы психической деятельности относятся импульсивные влечения:

- 1) воля
- 2) память
- 3) мышление
- 4) восприятие
- 5) эмоции

40. Кататония может развиваться при:

- 1) алкогольной зависимости
- 2) шизофрении
- 3) энцефалите
- 4) расстройствах личности
- 5) верно 2) и 3)

41. Стремление больного совершать действия, противоположные предлагаемому:

- 1) Амбивалентность
- 2) Абулия
- 3) Негативизм
- 4) Резонерство
- 5) Амбигенность

42. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме:

- 1) физической истощаемости,
- 2) психической истощаемости,
- 3) фиксационной амнезии,
- 4) аффективной лабильности,
- 5) нарушений сна.

43. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно все перечисленное, кроме:

- 1) аффективной лабильности с преобладанием пониженного настроения,
- 2) повышенной утомляемости и истощаемости,
- 3) гиперестезии,
- 4) нарушения сознания,
- 5) соматовегетативных нарушений,

44. Перечислить основные синдромы невротических расстройств:

- 1) астенический
- 2) обсессивно-фобический
- 3) ипохондрический
- 4) истерический (конверсионный)
- 5) все перечисленное

45. Указать симптомы, не входящие в астенический синдром:

- 1) Истощаемость психической деятельности
- 2) раздражительная слабость
- 3) дисфория
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

46. Истерические двигательные расстройства проявляются всем перечисленным, кроме:

- 1) функциональных парезов и параличей
- 2) припадков с тоническими и клоническими судорогами
- 3) явлений астазии-абазии
- 4) психогенного блефароспазма и слепоты
- 5) афонии и мутизма

47. Боязнь пространства, открытых мест, площадей, приводящая к тому, что больной не может самостоятельно перейти малолюдную улицу или площадь:

- 1) клаустрофобия
- 2) агорафобия
- 3) сифилофобия
- 4) фонофобия
- 5) ономаatomания

48. Бред, галлюцинации, двигательное возбуждение и нарушение ориентировки в месте и времени характерны для:

- 1) расстройства личности (психопатии)
- 2) параноидной шизофрении
- 3) биполярного аффективного расстройства (МДП)
- 4) алкогольного делирия
- 5) невротического расстройства (невроза)

49. Помрачение сознания проявляются, исключая

- 1) нарушение отражения реального мира как в его внешних, так и внутренних связях
- 2) отрешенность от окружающего мира, полная невозможность восприятия происходящего вокруг
- 3) дезориентировку во времени, месте, окружающих лицах, иногда в собственной личности
- 4) полную или частичную амнезию периода нарушения сознания
- 5) чувство сделанности

50. В ряду признаков делирия исключаются:

- 1) кататонические включения
- 2) помрачение сознания
- 3) наплыв парейдолий и сценopodobных зрительных галлюцинаций
- 4) резко выраженное двигательное возбуждение
- 5) вероятность, наряду со преобладанием зрительных галлюцинаций, вербальных галлюцинаций, острого чувственного бреда, аффективных расстройств

51. Стадиями непаркосизмальных нарушений сознания выключенного типа являются

- 1) кома
- 2) сомнолентность
- 3) оглушение

- 4) fuga
- 5) все перечисленные
- 6) верно 1,2,3

52. При нарушениях сознания раньше всех страдает нарушение ориентировки:

- 1) в месте
- 2) во времени
- 3) в собственной личности
- 4) в окружающем
- 5) все перечисленное верно

53. Вариант нарушения ориентировки, свидетельствующий о наибольшей тяжести нарушения сознания:

- 1) в месте
- 2) во времени
- 3) в собственной личности
- 4) в окружающем

54. К непароксизмальным нарушениям сознания относится все, кроме:

- 1) делирий
- 2) сопор
- 3) обнубиляция
- 4) кома
- 5) абсанс

55. К помраченным нарушениям сознания относится:

- 1) делирий
- 2) сопор
- 3) обнубиляция
- 4) кома
- 5) обморок

56. К помраченным нарушениям сознания относятся:

- 1) делирий
- 2) онейроид
- 3) аменция
- 4) сумеречное помрачение сознания
- 5) все перечисленное верно

57. К помраченным нарушениям сознания относят все перечисленные расстройства, исключая:

- 1) делирий
- 2) сопор
- 3) аменция
- 4) сумеречное помрачение сознания
- 5) все перечисленное не верно

58. К помраченным нарушениям сознания относят все перечисленные расстройства, за исключением:

- 1) онейроид
- 2) делирий
- 3) аменция
- 4) сумеречное помрачение сознания
- 5) кома

59. Какой вариант нарушенного сознания в большей степени присущ для острых интоксикаций:

- 1) делирий
- 2) онейроид
- 3) аменция
- 4) сумеречное помрачение сознания
- 5) верно 1) и 2)

60. Какой вид нарушения сознания наиболее характерен для инфекционных заболеваний:

- 1) делирий
- 2) онейроид
- 3) аменция
- 4) сумеречное помрачение сознания
- 5) все перечисленное

61. Какой вид нарушенного сознания сознания может развиваться при шизофрении:

- 1) делирий
- 2) онейроид
- 3) аменция
- 4) сумеречное помрачение сознания
- 5) верно 1) и 3)

62. Какой из перечисленных расстройств наиболее характерен для эпилепсии:

- 1) делирий
- 2) онейроид
- 3) аменция
- 4) сумеречное помрачение сознания
- 5) верно 1) и 3)

**ТЕМА №1 (5 курс) «ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ»**

1. Важнейшим для диагностики алкоголизма и наркоманий считают:

- 1) Лабораторное определение ПАВ в крови и моче;
- 2) Лабораторное определение активности разрушающих ПАВ ферментов;
- 3) Лабораторное определение основных медиаторов ЦНС;
- 4) ЭЭГ и другие электрофизиологические методы;
- 5) Клинический метод — интервью с пациентом.

2. Механизм действия ПАВ связывают с:

1. Усилением выработки норадреналина в коре;
2. Усилением дофаминового влияния на мезолимбическую систему;
3. Активацией ГАМКергических процессов в ретикулярной формации;
4. Подавлением активности симпатoadреналовой системы.

3. Стержневым расстройством при болезнях зависимости считается:

1. Эйфория в сочетании с измененным состоянием сознания;
2. Изменение толерантности к ПАВ;
3. Синдром патологического влечения;
4. Нарушение критики и самосознания.

4. Обращение наркологического пациента к врачу в преобладающем большинстве случаев бывает обусловлено:

1. Актуализацией психической зависимости;
2. Соматическими последствиями интоксикации ПАВ;
3. Социальной декомпенсацией в результате злоупотребления ПАВ;
4. Абстинентным синдромом.

5. О наличии патологического влечения врач обычно узнает по выраженности расстройств:

1. Идеаторных;
2. Аффективных;
3. Моторных;
4. Сенсорных;
5. Личностных.

6. Синдром отмены у больных с зависимостью от ПАВ всегда проявляется:

1. Психопатологическими расстройствами;
2. Дисфункцией внутренних органов;
3. Ощущением боли в каком-то органе;
4. Нарушением регуляции вегетативных функций.

7. III стадия алкоголизма характеризуется:

1. Снижением толерантности к алкоголю;
2. Утратой количественного контроля;
3. Признаками алкогольной деградации;
4. Максимальной толерантностью и абстинентным синдромом.

8. К типичным соматоневрологическим последствиям алкоголизма относят:

1. Сирингомиелию;

2. Полинейропатию;
3. Болезнь Паркинсона;
4. Рассеянный склероз;
5. Хорею Гентингтона.

9. Для установления диагноза расстройств, связанных с употреблением ПАВ, оговоренные в МКБ-10 признаки должны наблюдаться:

1. 1 неделю;
2. 1 месяц;
3. 6 месяцев;
4. 1 год;
5. 3 года.

10. В МКБ-10 среди критериев (признаков) зависимости от ПАВ указываются:

1. Изменение толерантности;
2. Частота употребления ПАВ;
3. Интеллектуально-мнестическое снижение;
4. Пренебрежение альтернативными интересами (удовольствиями);
5. Верно 1 и 4

11. Какие диагнозы можно предполагать врачу-терапевту у пациента, про которого установлено, что он нигде не работает, не имеет семьи, в течение времени длительностью 1 месяц ежедневно в компании или в одиночку употреблял по 1 бутылке водки, клинически и лабораторно подтвержден панкреатит, стеатоз печени (несколько ответов):

1. Алкогольный панкреатит;
2. Жировую дистрофию печени;
3. Употребление алкоголя с вредными последствиями;
4. Алкогольную зависимость;
5. Алкогольную деменцию.

12. Средняя степень алкогольного опьянения коррелирует с концентрацией алкоголя в крови:

1. От 0,2 до 0,9;
2. От 1,0 до 1,9;
3. От 0,5 до 0,9;
4. От 0,1 до 0,4;
5. От 1,5 до 2,5 промилли.

13. Дизартрия отмечается при степени опьянения:

1. Легкой;
2. Средней и тяжелой;
3. Только тяжелой.

14. Опьянение с преобладанием депрессивного аффекта рассматривается как опьянение:

1. Типичное;
2. Измененное;
3. Патологическое.

15. Признаками патологического опьянения являются:

1. Дурашливость и сексуальная расторможенность;
2. Бред ревности и отношения;
3. Демонстративные суицидальные действия;

4. Сумеречное состояние сознания;
4. Эйфория.

16. Патологическое влечение к алкоголю со снижением количественного контроля возникает:

1. При социальном употреблении алкоголя;
2. На стадии привычного употребления алкоголя;
3. В I стадии алкогольной зависимости (АЗ);
4. Во II стадии АЗ;
5. Только в III стадии АЗ.

17. Основными признаками синдрома отмены алкоголя (СОА) являются:

1. Потливость или сухость во рту;
2. Гипертензия или головная боль;
3. Расстройства сна или тремор;
4. Напряженность или тоска;
5. Исчезновение расстройств после приема спиртного.

18. Частым проявлением синдрома отмены считают:

1. Псевдогаллюцинации;
2. Судорожные припадки;
3. Гипоманиакальные состояния;
4. Приступы булимии;
5. Апатию и абулию.

19. Отсутствие сознания болезни:

1. акатизия
2. агглютинация
3. анозогнозия
4. астазия
5. неологизм

20. Основным признаком II стадии алкоголизма является:

1. Повышение толерантности;
2. Алкогольная амнезия;
3. Синдром отмены алкоголя;
4. Утрата количественного контроля;
5. Истинные запои.

21. Форму злоупотребления алкоголя, при которой дозы спиртного сначала увеличиваются в связи с нарастающим влечением к алкоголю, а через 7–10 дней развивается полная непереносимость алкоголя и отказ от его приема, относят к типу:

1. Псевдозапоев;
2. Перемежающегося пьянства;
3. Отдельных эксцессов;
4. Истинных запоев;
5. Постоянного пьянства.

22. Алкогольная деградация личности включает:

1. Сочетание торпидности и эгоцентризма;
2. Морально-этическое огрубление;
3. Эмоционально-волевое оскуднение;
4. Дезориентировку в месте и времени;

5. Фиксационную амнезию и амнестическую дезориентировку.

23. У больных шизофренией длительные приступы пьянства чаще провоцируются усилением:

1. Бредовой симптоматики;
2. Апатико-абулического синдрома;
3. Депрессии;
4. Императивных галлюцинаций;
5. Явлений психического автоматизма.

24. Продолжительность ремиссий при алкоголизме наибольшая у больных в возрасте:

1. От 14 до 25 лет;
2. От 26 до 34 лет;
3. От 35 до 54 лет;
4. От 55 до 70 лет;
5. Старше 70 лет.

25. Алкогольные психозы обычно возникают:

1. На этапе привычного пьянства;
2. В I стадии алкоголизма;
3. У больных с коморбидной шизофренией;
4. На фоне синдрома отмены алкоголя;
5. На высоте тяжелого опьянения.

26. Ранним признаком начинающегося делирия считают:

1. Тревогу и расстройство сна;
2. Конфабуляции и псевдореминисценции;
3. Иллюзии;
4. Галлюцинации;
5. Выключение сознания.

27. Делирий характеризуется всем перечисленным, кроме:

1. Кататонических включений;
2. Помрачения сознания;
3. Наплыва парейдолий и сценopodobных зрительных галлюцинаций»
4. Резко выраженного двигательного возбуждения;
5. Возможности вербальных галлюцинаций, острого чувственного бреда, аффективных расстройств при преобладании зрительных галлюцинаций.

28. Первая стадия делирия характеризуется всем перечисленным, кроме:

1. Изменчивости настроения, непоследовательности, говорливости, гипестезии;
2. Расстройства сна с трудностью засыпания и яркими сновидениями;
3. Псевдогаллюцинаторных расстройств;
4. Смены приподнятого настроения тревогой, капризностью, обидчивостью;
5. Наплыва ярких воспоминаний, образностью представлений о прошедших событиях.

29. Вторая стадия делирия характеризуется всем перечисленным, кроме:

1. Кататонического расстройства;
2. Преобладания парейдолий;
3. Увеличения лабильности аффекта;
4. Усиления расстройств сна;
5. Появления устрашающих сновидений, которые пугают реальностью.

30. Третья стадия делирия характеризуется всем перечисленным, кроме:

1. Наплыва зрительных, обычно сценopodobных галлюцинаций;
2. Хаотического, обычно беспорядочного возбуждения в пределах постели;
3. Резкого двигательного возбуждения со страхом и тревогой;
4. Наличия светлых промежутков с астенией;
5. Усиления галлюцинаторных переживаний к вечеру.

31. Профессиональный делирий проявляется:

1. Более глубоким, чем при обычном делирии помрачении сознания;
2. Преобладанием возбуждения в виде автоматизированных двигательных актов под влиянием галлюцинаций;
3. Глубокой дезориентировкой в окружающей обстановке и отсутствием реакции на окружающее;
4. Всем перечисленным;
5. Ничем перечисленным.

32. Зрительные обманы при делирии:

1. Постоянно нарастают на всем протяжении психоза;
2. Уменьшаются с течением времени;
3. Обычно усиливаются к вечеру;
4. Максимально выражены в дневное время;
5. Обычно усиливаются утром.

33. При делирии обычно сохранена ориентировка в:

1. Месте;
2. Времени;
3. Пространстве;
4. Собственной личности;
5. Ситуации.

34. На особую тяжесть делирия указывает наличие:

1. Тахикардии и повышенного АД;
2. Бреда воздействия и психического автоматизма;
3. Дезориентировки в месте и времени;
4. Брадикардии и симптомов оральных автоматизмов;
5. Степень возбуждения больного.

35. Тяжелым, угрожающим жизни состоянием считают:

1. Профессиональный делирий.
2. Острый алкогольный галлюциноз;
3. Алкогольный параноид;
4. Алкогольный псевдопаралич;
5. Амнестический синдром.

36. При корсаковском психозе практически всегда можно обнаружить:

1. Акатизию;
2. Полинейропатию;
3. Анизокорию;
4. Сенсорную афазию;
5. Дизартрию.

37. Синдром отмены опиия при опиийной зависимости часто проявляется:

1. Брадикардией;
2. Диареей;

3. Миозом;
4. Сонливостью;
5. Бронхоспазмом.

38. Миоз (сужение зрачка) обычно отмечается на фоне интоксикации:

1. Эфедроновой;
2. Барбитуровой;
3. Опийной;
4. Кокаиновой;
5. Гашишной.

39. Судорожные припадки в абстинентном синдроме характерны для наркомании:

1. Опийной;
2. Кокаиновой;
3. Гашишной;
4. Эфедроновой;
5. Барбитуровой.

40. Метадон является:

1. Каннабиоидом;
2. Психоделическим средством;
3. Психостимулятором;
4. Опиатом;
5. Антагонистом опиатных рецепторов.

41. Определяющим критерием в различении наркоманий и токсикоманий является критерий:

1. Биологический;
2. Психологический;
3. Социальный;
4. Юридический;
5. Эпидемиологический.

42. Выраженность абстинентного опийного синдрома:

1. Неуклонно нарастает от 2-го к 7-му дню;
2. Постепенно снижается от 4-го к 10-му дню;
3. Остается одинаковой на протяжении первых 10 дней абстиненции;
4. Изменяется волнообразно с 2–3-дневным периодом.

43. Среди опийных наркоманов в 1-е десятилетие болезни ежегодно в среднем умирает больных около:

1. 2,5%;
2. 5,0%;
3. 7,0%;
4. 9,0%;
5. 11,0%.

44. Кокаин по своим фармакологическим свойствам является:

1. Транквилизирующим средством;
2. Сильным психостимулятором;
3. Галлюциногенным веществом;
4. Агонистом опиатных рецепторов;
5. Блокатором NMDA-рецепторов.

45. Из психофармакологических средств зависимость вызывают:

1. Фенотиазиновые нейролептики;
2. Трициклические антидепрессанты;
3. Бензодиазепиновые транквилизаторы;
4. Ноотропы;
5. Нормотимики.

46. У злоупотребляющих седативными средствами часто развивается:

1. Токсический гепатит;
2. СПИД;
3. Психоорганический синдром;
4. Шизофреноподобный психоз;
5. Остеопороз.

47. Злоупотребление летучими одурманивающими веществами обычно приводит к:

1. Токсической энцефалопатии;
2. Токсическому гепатиту;
3. Миокардиодистрофии;
4. Задержке психического и физического развития;
5. Ко всему перечисленному.

48. Для госпитализации в наркологический стационар:

1. Достаточно протокола органов правопорядка;
2. Необходимы протокол и согласие одного из родственников;
3. Необходимо согласие двух ближайших родственников пациента;
4. Необходимо согласие самого пациента;
5. Достаточно решения врача-специалиста в области психиатрии.

49. При купировании синдрома отмены алкоголя важно назначить витамин:

1. А – ретинол;
2. В1 – тиамин;
3. D – кальциферол;
4. E – токоферол;
5. К – филлохинон.

50. Основной задачей лечения алкогольного делирия считается:

1. Скорейшее купирование истинных галлюцинаций;
2. Уменьшение агрессии и формирования лекарственного сна;
3. Предотвращение систематизации бреда;
4. Коррекция метаболических сдвигов и восстановление сознания.

51. Основной причиной смерти при передозировке опиатами является:

1. Угнетение дыхания;
2. Острая сердечная недостаточность;
3. Злокачественная гипертензия и инсульты;
4. Отек легких;
5. Метаболический алкалоз.

52. Методом выбора при отравлении опиатами считается внутривенное введение:

1. Диазепама;
2. Преднизолона;
3. Бромкриптина;
4. Налоксона;
5. Аминазина.

53. При купировании тяжелого опиоидного абстинентного синдрома отмена наркотика производится:

1. На 7-й день лечения;
2. постепенно в течение 14 дней;
3. Постепенно в течение 3 дней;
4. Одномоментно с первого дня терапии.

54. При лечении зависимостей от кокаина и стимуляторов патогенетически оправданным считается назначение:

1. Диазепама;
2. Преднизолона;
3. Бромкриптина;
4. Налоксона;
5. Дроперидола.

55. Механизм действия дисульфирама (тетурама) предполагает:

1. Блокаду серотониновых рецепторов;
2. Повышение толерантности к алкоголю;
3. Блокаду опиатных рецепторов;
4. Повышение высвобождения дофамина;
5. Накопление ацетальдегида при приеме алкоголя.

56. Лечение сенсibiliзирующими средствами проводят:

1. Только в сочетании с приемом алкоголя;
2. Более эффективно без уведомления пациента;
3. Проводится только путем имплантации препарата (Эспераль) в мышцу;
4. Проводится только с согласия пациента.

57. Принципом лечения наркоманий, если целью ставится достижение ремиссии заболевания, является:

1. Добровольность;
2. Абсолютный отказ от ПАВ;
3. Индивидуальность;
4. Комплексность;
5. Все перечисленное.

58. В настоящее время стратегической целью лечения наркоманий и алкоголизма является:

1. Выздоровление с устранением патологического влечения и возможностью умеренного употребления ПАВ;
2. Снижение вреда от употребления ПАВ;
3. Создание условий невозможности употребления ПАВ, если нужно с помещением пациента в закрытые учреждения (ЛТП);
4. Ослабление признаков болезни (ремиссия) с максимально длительным абсолютным воздержанием от употребления ПАВ с интеграцией пациента в социум;
5. Сохранение пациента в обществе, несмотря на продолжение употребления им ПАВ.

59. Непременным компонентом лечения наркоманий и алкоголизма является:

1. Физиотерапия;
2. Прием нейролептиков;
3. Прием налтрексона;
4. Сенсibiliзирующая терапия;
5. Психотерапия.

60. В ходе лечения, в том числе по методике 12 шагов, пациент:

1. Пытается активно подавить у себя влечение к ПАВ;
2. Признает наличие у себя болезни и берет ответственность за ее лечение на себя;
3. Учится искать защиты и поддержки у более сильных людей;
4. Вовлекается в терапевтическую работу и забывает о своей болезни;
5. Перекладывает всю ответственность за свое лечение на врачей или группу АА.

61. Какое учреждение направляет больного с хроническим алкоголизмом на принудительное лечение в ЛТП?

1. наркологический диспансер
2. психиатрическая больница
3. прокуратура
4. милиция
5. суд

62. Укажите общие признаки наркомании:

1. патологическое влечение к наркотическому веществу
2. абстинентный синдром
3. изменения толерантности
4. психо-, сомато-, нейротоксическое действие
5. все перечисленное

63. Обозначьте симптомы синдрома отмены опиатов:

1. бессонница
2. раздражительность
3. расширение зрачков
4. рвота
5. все перечисленное

ТЕМА №2 (5 курс) «Шизофрения и близкие к ней расстройства»

1. Шизофренией чаще заболевают:

1. мужчины чаще, чем женщины
2. люди молодого возраста независимо от пола
3. чаще люди с высшим образованием
4. люди с начальным образованием

2. К симптомам первого ранга шизофрении не относят:

1. слуховые псевдогаллюцинации
2. бред воздействия
3. наплывы мыслей
4. аутизм

3. К симптомам первого ранга шизофрении относят:

1. бредовые идеи фантастического содержания
2. абулию
3. неологизмы
4. ничего из перечисленного
5. все перечисленное

4. К симптомам второго ранга шизофрении относят:

1. аутизм
2. ощущение «управления мыслями»
3. бред преследования
4. ничего из перечисленного
5. все из перечисленного

5. К симптомам второго ранга шизофрении относят:

1. снижение инициативности
2. нарушение мышления и речи
3. снижение воли
4. аутизм
5. все из перечисленного

6. Для шизофрении не характерен тип течения:

1. непрерывно-прогредиентный
2. эпизодический
3. регрессивный
4. возвратный
5. верно 3 и 4

7. Что из следующих ответов соответствует понятию продуктивная симптоматика:

1. прогрессирующая симптоматика
2. систематизированный бред
3. эйфория
4. абулия
5. лакунарное слабоумие

8. К какой группе препаратов относится аминазин:

1. транквилизатор
2. антидепрессант

3. нейролептик
4. ноотроп
5. ничего из перечисленного

9. Какие расстройства наиболее характерны для гебефренической формы шизофрении?

1. дурашливость и гримасничанье
2. синдром Кандинского-Клерамбо
3. маниакальное возбуждение
4. негативизм
5. верно 1 и 4

10. При какой форме шизофрении чаще встречается синдром Кандинского-Клерамбо?

1. простой шизофрении
2. гебефренической шизофрении
3. кататонической шизофрении
4. параноидной шизофрении
5. при всех формах шизофрении

11. Что не характерно для гебефренической формы шизофрении?

1. ранее начало заболевания (14-17 лет)
2. безремиссионное течение
3. преобладание в клинической картине возбуждения и дурашливой веселости
4. онейроидное помрачение сознания
5. быстрое формирование апатико-абулического синдрома

12. Какой лекарственный препарат лучше всего снимает психомоторное возбуждение

1. галоперидол
2. амитриптилин
3. реланиум
4. фенобарбитал
5. френолон

13. К какой группе относится аминазин?

1. препаратам, обладающим противосудорожным эффектом
2. антидепрессантам
3. транквилизаторам
4. нейролептикам
5. препаратам, обладающим противоалкогольным эффектом

14. Для какой сферы характерно сочетание ступора с негативизмом и эхо-реакциями?

1. простая шизофрения
2. гебефреническая шизофрения
3. кататоническая шизофрения
4. параноидная шизофрения
5. все формы шизофрении

15. При каком варианте шизофрении характерно регрессиентное течение?

1. непрерывная шизофрения
2. параноидная шизофрения
3. гебефреническая шизофрения
4. все типы течения шизофрении

5. ни одна из форм шизофрении

16. Какое описание соответствует понятию «психический автоматизм»?

1. отчуждение больным своих чувств, мыслей, движений
2. подсознательное повторение больным мимики врача
3. сложные суждения больного, не поддающиеся коррекции
4. подсознательное совершаемые повторные движения
5. импульсивные, немотивированные поступки больных

17. Кататония может появиться при:

1. алкогольной зависимости
2. шизофрении
3. невротических расстройствах
4. специфических расстройствах личности
5. наркоманической зависимости

18. Для какого синдрома характерен симптом насильственного говорения?

1. кататонического
2. психоорганического
3. параноидного
4. Кандинского-Клерамбо
5. паранойяльного

19. Для какой формы шизофрении основным проявлением служит апатоабулический синдром?

1. кататонической
2. депрессивно-параноидной
3. недифференцированной шизофрении
4. простой
5. гебефренической

20. Какой симптом не входит в синдром Кандинского-Клерамбо?

1. открытости мыслей
2. насильственного говорения
3. бред воздействия
4. аутизм
5. моновокальный псевдогаллюциноз

21. При шизофрении электросудорожная терапия показана при:

1. онейроидном синдроме
2. кататоническом ступоре
3. резистентной к лечению
4. ни при чем
5. все перечисленное

22. Толкование переносного смысла пословиц при шизофрении характеризуется:

1. конкретным пониманием
2. гиперсимволизацией с широким спектром используемых тем для объяснения
3. использованием абстракций и обобщений при выделении главных и второстепенных признаков
4. ни одно из перечисленных
5. все перечисленное

23. Прогноз шизофрении связан с:

1. прогрессивностью течения
2. полом пациента
3. возрастом начала процесса
4. все перечисленное
5. ни одно из перечисленных

24. Какие симптомы не являются симптомами второго ранга при шизофрении?

1. абулия
2. амбивалентность
3. негативизм
4. бред воздействия
5. все перечисленное

25. Для шизофрении характерно все, кроме:

1. прогрессивности течения
2. расщепления психической деятельности
3. обратимого течения
4. эмоционально-волевого расстройства
5. амбивалентности

26. Какой ведущий синдром характерен для простой формы шизофрении?

1. невротоподобный
2. психопатоподобный
3. паранойяльный
4. синдром Кандинского-Клерамбо
5. апатико-абулический

27. Для кататонической формы шизофрении характерно все, кроме:

1. симптома «капюшона»
2. симптома «восковой гибкости»
3. симптома «зеркала», прогрессирующей амнезии
4. симптома «воздушной подушки» Дюпре
5. эмоционально-волевого расстройства

28. Напряжение мускулатуры при шизофрении наблюдается в случае:

1. маниакального синдрома
2. кататонического ступора
3. апатико-абулического синдрома
4. ипохондрического синдрома
5. астенического синдрома

29. Как называется синдром «склеивания понятий» при шизофрении?

1. резонерство
2. амбивалентность
3. агглютинация
4. шизофазия
5. синдром Верагута

30. Склонность больного к уединению при шизофрении:

1. мутизм
2. абулия
3. ментизм
4. аутизм

5. мантизм

31. Кто из ученых впервые предложил название «шизофрения»?

1. С. С. Корсаков
2. З. Фрейд
3. Э. Блейлер
4. Э. Крепелин
5. В. Кандинский

32. Вычурная дурашливость характерна для формы шизофрении:

1. простой
2. вялотекущей
3. юношеской параноидной
4. неврозоподобной
5. гебефренической

33. Симптом «воздушной подушки» Дюпре наблюдается при:

1. астенический синдром
2. острой парафрении
3. малом эпилептическом припадке
4. реактивном параноиде
5. кататонической форме шизофрении

34. Стремление больного совершать действия, противоположные предлагаемому:

1. амбивалентность
2. абулия
3. негативизм
4. резонерство
5. амбитендентность

35. Склонность больного шизофренией к пустому мудрствованию:

1. шизофрения
2. агглютинация
3. амбивалентность
4. аутизм
5. резонерство

36. Глубокий дефект личности, эмоциональная тупость, абулия характерны для:

1. вялотекущей шизофрении
2. приступообразно-прогредиентной шизофрении
3. злокачественной (юношеской) шизофрении
4. периодической шизофрении
5. шизофрении с параноидным типом прогредиентности течения

37. С высокой температурой по типу инфекционного заболевания протекает следующая форма шизофрении:

1. онейроидно-кататоническая
2. циркулярная
3. фебрильная (гипертоксическая) кататония
4. депрессивно-параноидная
5. злокачественная

38. Какой препарат не относится к ноотропам?

1. аминалон

2. амназин
3. энцефабол
4. ноотропил
5. пантогам

39. Укажите основные принципы лечения шизофрении:

1. клиническая обусловленность всех видов терапии на всем протяжении заболевания
2. применение препаратов строго по показаниям
3. раннее назначение доз, необходимых для оптимального терапевтического эффекта у данного больного, использование различных путей введения лекарственных препаратов
4. основной группой препаратов являются антипсихотики (нейролептики)
5. все перечисленное

40. Основу хронического бредового расстройства составляет:

1. паранойяльный первичный систематизированный бред
2. параноидный бред
3. парафренный бред
4. ни один из перечисленных

41. Параноидный синдром не входит в клиническую картину:

1. шизофрении
2. эпилепсии
3. реактивных психозов
4. алкогольных психозов
5. неврастении

42. К бредовым синдромам можно отнести все, кроме:

1. паранойяльного синдрома
2. параноидного синдрома
3. аментивного синдрома
4. синдрома Кандинского-Клерамбо
5. парафренного синдрома

43. Кататонический синдром характеризуется:

1. симптомами «эхо»
2. негативизмом
3. симптомом «хоботка»
4. импульсивность
5. всем перечисленным

44. Состояние «восковидной гибкости» отмечается у больных с:

1. алкогольным галлюцинозом
2. манией
3. кокаиновой интоксикацией
4. алкогольным делирием
5. шизофренией

45. При шизофрении встречаются следующие виды расстройств мышления:

1. аутистическое
2. символическое
3. разорванное
4. резонерство
5. все перечисленное

46. Эмоциональная тупость в эмоциональной сфере проявляется при:

1. кататонической форме шизофрении
2. простой форме шизофрении
3. параноидной форме шизофрении
4. гебефренической форме шизофрении
5. как негативная симптоматика при всех формах шизофрении

47. Симптом символического мышления при шизофрении характеризуется тем, что больной отдельные предметы и явления объясняет:

1. «бытовыми мотивами»
2. по своему, только для него значимому смыслу
3. по понятному для всех смыслу
4. по сексуальным мотивам
5. ничего из вышеуказанного

48. Шизофрения как хроническое психическое заболевание терминологически обозначает:

1. наркотическую зависимость
2. расщепление психической деятельности
3. расстройство сна
4. алкогольную зависимость
5. псевдодеменцию

49. Понятие, введенное для обозначения одного из существенных признаков шизофрении – склонности отвечать на внешние раздражители двоякой, противоположной, антагонистической реакцией:

1. агорафобия
2. псевдодеменция
3. резонерство
4. амбивалентность
5. метафизическая интоксикация

50. Побочные эффекты применения нейролептиков могут включать

1. нейролептический (паркинсоноподобный) синдром
2. нейроэндокринный синдром
3. токсический агранулоцитоз
4. чрезмерная седация
5. все перечисленное

51. Острое полиморфное психотическое расстройство – это

1. расстройство с растерянностью, иногда галлюцинациями и острым бредом
2. длится менее 1 месяца
3. нозологически связано с шизофренией
4. верно 1 и 2
5. верно все перечисленное

52. К атипичным нейролептикам (антипсихотикам) относят:

1. галоперидол
2. трифтазин
3. клозапин
4. аминазин
5. ни один из перечисленных

53. К атипичным антипсихотикам не относят:

1. сердолект
2. оланзапин
3. кветиапин
4. рисполепт
5. флюоксетин

54. В лечении шизофрении неэффективны:

1. антипсихотические препараты
2. электросудорожная терапия
3. физиотерапия
4. психо-социальная помощь

ТЕМА №3 (5 курс) «Аффективные расстройства настроения»

1. Повышенное настроение и активность, стремление к деятельности являются проявлениями синдрома

1. кататонический синдром
2. гебефренический синдром
3. паранойяльный синдром
4. маниакальный синдром
5. мориоподобный синдром

2. Снижение настроения, связанное с невозможной потерей жизненно важных для человека ценностей

1. Биполярное аффективное расстройство (МДП)
2. депрессивный эпизод
3. шизофрения
4. инволюционная депрессия
5. психогенный параноидный психоз (реактивный параноид)

3. Для лечения больного с ажитированной депрессией наиболее показан:

1. Мелипрамин
2. Амитриптилин
3. Реланиум
4. Лития карбонат
5. Аминазин

4. При каких заболеваниях недопустимо применение антидепрессантов?

1. при биполярном аффективном расстройстве (маниакально-депрессивном психозе)
2. при депрессивном эпизоде (реактивной депрессии)
3. при шизофрении
4. при эпилепсии
5. при легком депрессивном эпизоде

5. Какие расстройства не типичны для БАР?

1. расстройства ассоциативной сферы
2. расстройства двигательной-волевой сферы
3. расстройства сознания
4. расстройства аффективной сферы
5. бредовые идеи

6. Какой препарат показан в состоянии классической (заторможенной депрессии?)

1. мелипрамин (имизин)
2. амитриптилин
3. сиднокарб
4. лития карбонат
5. ноотропил

7. Что не типично для биполярного аффективного расстройства?

1. эндогенное заболевание
2. возникает в зрелом возрасте (30-60 лет)
3. характерно фазовое течение
4. симптоматика исчерпывается маниакальным и депрессивным синдромами
5. приводит к эмоционально-волевому оскудению

8. К какой группе препаратов относится лития карбонат?

1. нейрорептик
2. транквилизатор
3. нормотимик
4. психостимулятор
5. ни к одной из перечисленных

9. При каком состоянии наиболее показано лечение методом электросудорожной терапии?

1. при умеренном депрессивном эпизоде
2. при тяжелом депрессивном эпизоде
3. при фармакорезистентном депрессивном эпизоде
4. при легком депрессивном эпизоде
5. при маниакальном эпизоде

10. Суицидальные тенденции могут проявляться при:

1. биполярном аффективном расстройстве
2. органическом депрессивном расстройстве
3. расстройстве адаптации с депрессивным синдромом,
4. шизофрении
5. все перечисленное

11. Симптомами маниакального эпизода являются:

1. расторможенность влечений
2. идеи величия
3. «скачка идей»
4. двигательная активность
5. все перечисленное

12. Что не характерно для депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства?

1. повышенное настроение
2. заторможенность мыслительных процессов
3. скованность двигательной сферы
4. симптом «скорбного бесчувствия»
5. угнетенное настроение

13. Для маниакальной фазы БПР характерно:

1. гиперестезия
2. ускорение мыслительных процессов
3. аутизм
4. симптом «Дюпре»
5. симптом «капюшона»

14. Препараты лития обладают:

1. тимостабилизирующим эффектом
2. иммуностимулирующим эффектом
3. иммунодепрессивным эффектом
4. бронхоспастическим эффектом
5. бронхолитическим действием

15. В период интермиссии у больных с депрессией трудоспособность:

1. восстанавливается
2. не восстанавливается

3. стойкое снижение
4. незначительное снижение
5. стойкая утрата

16. Дисфория характеризуется:

1. безразличием к окружающему
2. стойким угнетением настроения, унынием, тоской
3. тоскливо-злым, ворчливым настроением
4. спутанностью сознания
5. обрывом мыслей

17. При каком синдроме наиболее часто бывает стремление больного к самоубийству?

1. параноидном
2. астеническом
3. апатико-абулическом
4. депрессивном
5. психопатоподобном

18. Для депрессивного синдрома не характерно:

1. симптом Верагута
2. сниженное настроения
3. заторможенность мышления
4. двигательная заторможенность
5. бред величия

19. Наиболее эффективными препаратами для лечения депрессии являются:

1. нейролептики
2. антидепрессанты
3. противосудорожные препараты
4. нормотимики
5. транквилизаторы

20. Для маниакального синдрома не характерно:

1. гипермнезия
2. расторможенность влечений
3. предсердечная тоска
4. ускоренное мышление
5. повышенное настроение

21. Маниакальная фаза биполярного расстройства характеризуется:

1. повышением настроения и двигательной активности, ускорением мышления и речи
2. большим количеством стереотипий в речи, движениях, нецеленаправленной деятельностью
3. насыщенным отрицательным аффектом, злобой, страхом, бредовыми переживаниями
4. пониженным настроением, замедлением речи и мышления, двигательной заторможенностью
5. все перечисленное нехарактерно

22. К соматическим признакам депрессии относится:

1. снижение массы тела
2. сухость кожных покровов
3. запоры
4. тахикардия

5. все перечисленное

23. При маниакальном состоянии могут быть следующие симптомы:

1. повышенное настроение
2. расторможенность влечений
3. двигательное возбуждение
4. неустойчивость внимания
5. все перечисленное

24. К антидепрессантам относят:

1. мелипрамин
2. галоперидол
3. препараты лития
4. реланиум
5. дроперидол

25. Для лечения депрессий с тревогой применяют:

1. amitриптилин
2. аминазин
3. диазепам
4. витамины
5. все перечисленное

26. Симпатико-тонический синдром называется:

1. астеническим
2. синдромом Протопопова
3. параноидным синдромом
4. депрессивным синдромом
5. Корсаковским синдромом

27. Депрессия с возбуждением называется:

1. ажитированной депрессией
2. слезливой депрессией
3. квартирной депрессией
4. продуктивной меланхолией
5. циклотимией

28. Особенность мимики депрессивных больных. Каждая складка верхнего века и нередко бровь на границе внутренней и средней трети оттягиваются кверху и образуют вместо дуги купол, что придает лицу больного особенно скорбное выражение:

1. синдром Протопопова
2. синдром Райхардта
3. синдром Клейста
4. синдром Капгра
5. синдром Верагута

29. Диагноз биполярного расстройства может быть выставлен пациенту, у которого имеется следующее, кроме:

1. депрессии и мании в анамнезе
2. мания в настоящее время и депрессия в анамнезе
3. рецидивирующие депрессии без маний в анамнезе
4. мания в настоящее время без депрессий в анамнезе
5. несколько маниакальных эпизодов без депрессий в анамнезе

30. Циклотимия как аффективное расстройство в первую очередь характеризуется:

1. отягощенной наследственностью,
2. отсутствием хронического течения,
3. ранним возрастом начала,
4. небольшой тяжестью и длительностью симптомов,
5. преморбидным типом личности

31. Основы терапевтического эффекта электросудорожной терапии заключается в:

1. вызывании судорожной активности,
2. электрической стимуляции мозга,
3. амнезии,
4. в том, что депрессивный пациент ищет наказания,
5. отношении пациента к ЭСТ

32. К симптомам нервной анорексии относят следующие, кроме:

1. искажение образа тела,
2. борьба за худобу,
3. аменорея,
4. артериальную гипотензию и гипотермию,
5. капризность и избирательность в еде

33. К нервной анорексии более склонны:

1. как женщины, так и мужчины,
2. как девочки, так и мальчики,
3. девушки юного и молодого возраста,
4. пациенты с заболеваниями желудочно-кишечного тракта,
5. пожилые люди

34. Нервная анорексия проявляется:

1. выраженным страхом ожирения,
2. потерей массы тела до уровня ниже 85% от нормальной,
3. нарушением образа тела – ощущением собственной полноты,
4. использованием слабительных препаратов,
5. всем перечисленным

35. К расстройствам сна относятся, кроме:

1. бессонница неорганической природы,
2. гиперсомния неорганической природы,
3. расстройства режима сна и бодрствования
4. ужасы и кошмары во время сна,
5. нарушение сна после родов

36. К симптомам бессонницы не относят:

1. жалобы на плохое засыпание и поверхностный сон,
2. нарушение сна отмечается не реже трех раз в неделю на протяжении месяца,
3. дневная озабоченность проблемой сна,
4. нарушение психологической и социальной адаптации из-за нарушений сна,
5. головные боли

37. Нервная анорексия проявляется симптомами, кроме:

1. постоянная озабоченность едой и тяга к пище,
2. борьба с ожирением путем вызывания рвоты, приема слабительных,
3. нарушения сна, головные боли,

4. эпизоды анорексии в анамнезе,
5. страх ожирения

38. Утверждения по поводу суицида верны, кроме:

1. он чаще бывает завершен у мужчин, чем у женщин,
2. он почти всегда связан с расстройством, чаще всего – депрессией,
3. он входит в пятерку причин смертей среди людей в возрасте до 40 лет.
4. он менее вероятен у людей, которые сообщают о своем намерении,
5. он имеет наследственную предрасположенность

39. Среди пациентов с тяжелой депрессией потенциально совершают суицид:

1. менее 1%
2. около 2%,
3. около 15%,
4. около 30%,
5. 25-50%

ТЕМА №4 (5 курс) «НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА. Расстройства личности»

1. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства являются :

1. нервно-психическим расстройством
2. психогенно возникающим
3. относительно благоприятно протекающим (с тенденцией к обратимости патологических нарушений)
4. всем перечисленным
5. ничем из перечисленного

2. Что является основным этиологическим фактором для возникновения невротических расстройств?

1. ослабление организма после соматического заболевания
2. сотрясение головного мозга
3. длительное употребление алкоголя
4. длительная психотравмирующая ситуация
5. острый тяжелый стресс

3. Синдромами невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств являются все перечисленные, кроме :

1. фобического, обсессивного
2. астенического, ипохондрического
3. психоорганического синдрома
4. депрессивного синдрома
5. тревожного синдрома

4. Невротический фобический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме:

1. сложного, психологически непонятного характера ритуалов
2. наличия четкой фабулы
3. обострения в определенных ситуациях
4. четкой критикой с выраженным компонентом борьбы
5. преобладанием фобий (страхов) смерти, перемещения в пространстве, заболевания

5. Для невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств может быть характерно нарушение мышления в форме:

1. патологической обстоятельности
2. резонерства
3. бреда
4. навязчивости
5. сверхценных идей

6. Страх перед толпой, выхода из дома, посещения магазинов, других общественных мест или страх путешествия в одиночку называется:

1. дисморфофобия
2. алиенофобия
3. агорафобия
4. нозофобия
5. клаустрофобия

7. Социальные фобии характеризуются всем перечисленным, кроме :

1. страха оказаться в центре внимания или оказаться в неловком положении
2. избегания ситуаций, вызывающих страх
3. в пугающей ситуации возникает покраснение лица, тремор или страх рвоты, позывов к мочеиспусканию или дефекации
4. пациент осознает, что его страхи и реакция на них чрезмерны и не обоснованы
5. пациент связывает свои страхи и реакцию на них с воздействием окружающих

8. Повторные приступы тяжелой тревоги, не ограниченные определенной ситуацией или специфическими обстоятельствами с доминированием в клинике таких симптомов, как сердцебиение, боли в груди, удушье, головокружение, деперсонализация или дереализация, у некоторых больных сопровождающиеся страхом смерти или сумасшествия, называются:

1. агорафобией
2. сердечным приступом
3. панической атакой
4. острым полиморфным психотическим расстройством
5. генерализованным тревожным расстройством

9. Жалобы на чувство постоянной нервозности, дрожь, мышечное напряжение, потливость, сердцебиение, головокружение и дискомфорт в эпигастральной области с частыми опасениями, что с самим пациентом или его близкими произойдет несчастный случай или болезнь, бывают при :

1. агорафобии
2. социальной фобии
3. генерализованном тревожном расстройстве
4. гипоманиакальном синдроме
5. парафреническом синдроме

10. Обсессивно-компульсивное расстройство (невроз навязчивых состояний) проявляется всем перечисленным, исключая :

1. обсессии и (или) компульсии пациентом воспринимаются как порождение собственного разума
2. хотя бы одна из обсессий или компульсий пациентом расценивается как чрезмерная или бессмысленная
3. субъект пытается противостоять обсессивно-компульсивным явлениям
4. пациент считает, что навязчивые мысли вкладываются ему в голову со стороны
5. выполнение компульсивных актов и обсессивные мысли пациенту не доставляет удовольствие, хотя может на время уменьшать тревогу

11. При обсессивно-компульсивном расстройстве (невроз навязчивых состояний) наблюдаются все перечисленное, кроме :

1. навязчивые размышления («умственная жвачка»), преимущественно дисморфобического, сексуального или агрессивного характера без внутреннего сопротивления им
2. преимущественно навязчивые размышления («умственная жвачка»), доставляющие пациенту беспокойство и (или) воспринимаемые им как бессмысленные
3. преимущественно компульсивные действия (обсессивные ритуалы)
4. смешанные обсессивные мысли и действия
5. ритуалы, представляющие собой бесплодную или символическую попытку предотвратить совершение опасного действия или события

12. Для возникновения обсессивно-фобического расстройства (невроза навязчивых состояний) необходимо все перечисленное, исключая :

1. нарушение воспитания в виде доминирующей гиперпротекции (гиперопеки)

2. подавление самостоятельности и лишение собственной инициативы
3. формирование чувства неполноценности
4. механизм "бегства в болезнь", наличие "условной значимости болезненных переживаний"
5. противоречие жизненных установок, моральных принципов и личностных привязанностей, т.е. столкновение двух противоречивых тенденций

13. Для острой реакции на стресс характерно все, кроме :

1. воздействия сильного стрессора
2. симптомы возникают вслед за переживанием события (в течение часа)
3. угасание симптомов начинается через 8–48 часов от начала действия стрессора
4. завершение через 2–3 суток
5. развитие симптомов на фоне имеющейся у пациента неврастении

14. Посттравматическое стрессовое расстройство характеризуется всем перечисленным, кроме :

1. пациент постоянно заново переживает действие стрессора, «воскресающего» в реминисценциях, ярких воспоминаниях, снах
2. пациент избегает обстоятельств, напоминающих ему о пережитом
3. у пациента затруднено засыпание и поддержания сна (плохой сон)
4. днем пациент чувствует себя сонным, вялым и разбитым
5. у пациента в течение дня наблюдается повышенный уровень бодрствования

15. Расстройство адаптации характеризуется всем перечисленным, кроме :

1. симптомы развиваются в течение одного месяца после воздействия пролонгированного психосоциального стрессора
2. проявляется кратковременной или пролонгированной депрессивной, тревожно-депрессивной реакцией, нарушениями эмоций и (или) поведения
3. расстройство длится (за исключением пролонгированной депрессивной реакции) не более 6 месяцев после прекращения действия стрессора
4. возникновение расстройства и его форма в значительной мере определяется индивидуальной предрасположенностью или уязвимостью
5. расстройство характеризуется нестабильностью настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и слабовыраженного подъема (гипоманиакальным состоянием)

16. Диссоциативное (конверсионное или истерическое) расстройство проявляется:

1. полиморфной и пестрой симптоматикой, часто имитирующей различные соматические заболевания
2. вегето-соматическими, общевротическими, эмоционально-аффективными нарушениями
3. моторными расстройствами (судорожными припадками, астазией-абазией, тиками, афонией и т.д.)
4. всем перечисленным
5. ничем из перечисленного

17. Для пациентов с диссоциативным (конверсионным) расстройством характерны :

1. личностный склад художественного типа с образными восприятиями, повышенной чувствительностью
2. акцентуации характера демонстративного типа
3. тип ключевого конфликта — чрезмерное завышение претензий с недооценкой или полным игнорированием объективной реальности
4. воспитание по типу "кумира семьи"
5. все перечисленное

18. Для истерических припадков характерно все перечисленное, кроме :

1. помрачения сознания с последующим падением без ушибов
2. наличия тонических судорог и послеприпадочного оглушения
3. стадии больших движений и клоунизма
4. стадии страстных поз и жестов
5. галлюцинаторной фазы

19. Для фобии при диссоциативном (конверсионном) расстройстве (истерическом неврозе) характерны :

1. фиксированные страхи под воздействием острых неприятных впечатлений
2. нестойкость, зависимость от малейших изменений окружающей ситуации
3. изменчивость, демонстративность, подчеркивание тяжести и необычности страданий
4. стремление обвинить близких при ухудшении
5. все перечисленное

20. Что нетипично для синдрома Ганзера?

1. острое психогенное начало
2. сумеречное помрачение сознания
3. фиксационная амнезия
4. ошибки при выполнении простейших заданий
5. прогноз — полное выздоровление

21. К диссоциативным (истерическим) двигательным нарушениям относятся:

1. истерические судорожные припадки
2. парезы и параличи
3. гиперкинезы, афония и мутизм
4. все перечисленные
5. ничего из перечисленного

22. К диссоциативным (истерическим) сенсорным нарушениям и расстройствам чувствительности относятся :

1. нарушения зрения (концентрическое сужение поля зрения, диплопии и полиопии, макропсии и микропсии и т.д.)
2. утрата слуха, психогенная глухота и сурдомутизм
3. расстройства чувствительности (гипестезии, анестезии, гиперестезии и парестезии)
4. все перечисленные
5. ничего из перечисленного

23. Соматизированное расстройство характеризуется всем перечисленным, кроме :

1. предъявлением в течение двух лет множественных жалоб, не объяснимых имеющимися у пациента соматическими заболеваниями
2. озабоченность симптомами приводит пациента к повторным обращениям в медицинские учреждения с требованиями повторных обследований, к занятию самолечением или многократному посещению целителей
3. пациент предъявляет многочисленные соматические жалобы (при отсутствии у него соматических заболеваний) на фоне депрессии
4. пациент упорно отказывается принять заверения врачей об отсутствии у него физической причины страдания
5. у пациента присутствуют симптомы (не менее шести) относящиеся как минимум к двум из трех систем организма (ЖКТ, ССС или урогенитальной)

24. Ипохондрическое расстройство проявляется всем перечисленным, исключая :

1. чрезмерную заботу и беспокойство о своем здоровье

2. возникновение неприятных ощущений, источником которых являются физиологические изменения соматических функций
3. наличие характера сделанности неприятных ощущений
4. эмоционально-аффективными нарушениями
5. тревожной мнительностью, в связи с воспитанной чрезмерной заботой о своем здоровье, тенденцией к постоянному контролю внутренних органов

25. Невротические сексуальные нарушения:

1. психогенные нарушения половой функции часты при различных формах неврозов
2. у мужчин — нарушения эрекции, эякуляции и снижение полового влечения
3. у женщин — снижение полового влечения, аноргазмия, дискомфорт оргазма и вагинизм
4. верно все перечисленное
5. все перечисленное неверно

26. Для неврастенических нарушений сердечной деятельности характерно все перечисленное, кроме :

1. проявления в виде кардиологического синдрома и в виде синдрома нарушения сердечного ритма в форме экстрасистол
2. характера сделанности ощущений
3. частоты распространения как формы системных психогенных висцеральных нарушений
4. легкости возникновения характерных фобий
5. трудности дифференцирования от соматических заболеваний, терапевтической резистентности

27. Для невротического кардиологического синдрома характерно все перечисленное, кроме :

1. появления резкой загрудинной боли с проводимостью в левую лопатку при физических нагрузках
2. разнообразных болевых ощущений в сердце, чаще с локализацией в верхушке
3. постоянных либо продолжающихся часами
4. связанных с эмоциональным напряжением
5. большей эффективности седатиков и психотерапии, чем спазмолитиков

28. Для невротического синдрома нарушения сердечного ритма характерно все перечисленное, кроме :

1. субъективных ощущений ударов сердца о грудную клетку без истинной тахикардии
2. возникновения брадикардии или тахикардии
3. связанности с эмоциональным напряжением с нередким усилением при физическом покое в условиях возможности сосредоточения на своих ощущениях
4. возникновения пароксизмальной тахикардии
5. возникновения экстрасистолической аритмии с ощущением "замирания", перебоев

29. Невротические нарушения ритма дыхания проявляются всем перечисленным, кроме :

1. утраты полноценности вдоха, для преодоления чего форсируются дыхательные движения
2. появления ощущения сделанности дыхания
3. возникновения из-за гипервентиляции комплекса ощущений: легкое головокружение, подташнивание, отсутствие потребности во вздохе
4. появления задержки дыхания, утраты произвольного дыхания
5. постоянного контроля за дыханием с ощущением неправильности ритма и тревогой

30. Невротический ларингоспазм характеризуется всем перечисленным, исключая :

1. статические сокращения мышц гортани, препятствующие свободному прохождению воздуха в дыхательные пути
2. острое начало, чаще после психотравм, при прохождении пищи в дыхательное горло, при внезапном испуге, неприятном разговоре
3. восприятие как приступа удушья, сопровождающегося страхом
4. повторяемость при еде (стремятся ограничить себя в еде, принимает пищу с особым ритуалом)
5. ощущение чужой воли, вызвавшей приступ

31. Невротические нарушения функций пищевода проявляются всем перечисленным, кроме :

1. спазма пищевода с задержкой пищевой массы и неприятным ощущением за грудиной
2. ощущения сжатия, инородного тела в пищеводе перед приемом пищи
3. присоединения полиморфных ощущений (легкого давления, жжения, боли за грудиной, особенно при острых, пряных, чрезмерно горячих блюдах)
4. присоединения мыслей об отравлении и порче
5. присоединения тревоги, страха перед едой, ипохондричности

32. Невротические нарушения функций желудка проявляются всем перечисленным, кроме :

1. анорексии с аппетитом перед началом еды, но с быстрым появлением чувства частичного или полного насыщения
2. аэрофагии - заглатывания воздуха при еде, с болью в эпигастрии, за грудиной и отрыжкой
3. ощущения постороннего тела в желудке ("черви" и т.д.)
4. "произвольной" рвоты в форме отрыгивания после еды
5. невротической рвоты большим количеством еды

33. Для неврастенической гастралгии характерно все перечисленное, исключая:

1. возникновение неприятных ощущений в эпигастрии (тяжести, распирания, переполнения желудка, болей)
2. зависимость от времени приема пищи
3. полиморфность, неопределенность ощущений
4. роль в их возникновении ятрогений
5. роль психогенно-эмоционального фактора

34. Для невротических нарушений функции кишечника характерно все перечисленное, кроме :

1. ощущения насмешки со стороны окружающих в связи с неправильной работой кишечника
2. разнообразных различных сочетаний разной степени нарушений секреторной, моторной и сенсорной функции
3. возникновения психогенных диарей при остром эмоциональном напряжении
4. возникновения "кишечных кризов", "перистальтических бурь" кишечника, усиления перистальтики в стрессовом состоянии
5. неприятных ощущений со стороны кишечника (простейшие сенестопатии)

35. Какой из вариантов более точен для понятия «дисморфофобия»?

1. ощущение, что окружающие предметы изменились по форме
2. ощущение, что изменился размер окружающих предметов
3. убежденность в наличии физического недостатка или уродства
4. стремление к бродяжничеству, воровству, алкоголизации

5. ощущение, что посторонние люди являются переодетыми и загримированными родственниками

36. Для неврастении характерно:

1. бред отравления
2. слуховые галлюцинации
3. состояние раздражительной слабости
4. потеря чувств
5. неуживчивость

37. Причиной возникновения неврастении является все перечисленное, исключая :

1. противоречия между возможностями личности и завышенными требованиями к себе
2. утомление и переутомление как следствие сбоя внутреннего ритма
3. срыв при попытке выполнить непосильную задачу с субъективно-тягостным отказом от заманчивой цели
4. наличие тормозных черт характера, но также и у гармоничных личностей
5. наличие выраженных демонстративных (истерических) черт характера

38. Неврастенический синдром проявляется всем перечисленным, кроме :

1. собственно астенических расстройств с наличием гиперстенической, гипостенической формы и раздражительной слабости
2. легких нарушений сознания
3. вегетативных расстройств
4. сенсомоторных и аффективных расстройств
5. нарушений сна

39. Течение невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств может характеризоваться:

1. редкими, сравнительно кратковременными состояниями
2. рецидивирующим и затяжным течением
3. переходом в невротическое развитие личности
4. всем перечисленным
5. ничем из перечисленного

40. Лечение невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств включает :

1. комплексный характер
2. психотерапию
3. лекарственные средства
4. физиотерапию, санаторно-курортное лечение
5. все перечисленное

41. Медикаментозная терапия невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств включает:

1. при острых невротических реакциях — эффективно внутривенное капельное введение производных бензодиазепа и применение нейролептиков
2. при затяжных невротических состояниях — выбор препарата определяется индивидуальной чувствительностью пациента
3. при невротических депрессиях — антидепрессанты мягкого сбалансированного действия
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

42. Психотерапия невротозов:

1. определяется особенностями клинической картины и течения невротического расстройства, а также содержанием психотравмирующей ситуации
2. в остром состоянии способствует успокоению, уменьшению внутренней напряженности и тревожных опасений
3. при снижении остроты состояния — психотерапия, направленная на перестройку нарушенных отношений личности, активизирующая психотерапия
4. верно 1) и 3)
5. верно все перечисленное

43. Какой из видов психотерапии требует наиболее активного участия в его проведении самого больного?

1. эмоционально-стрессовая терапия
2. рациональная психотерапия
3. семейная психотерапия
4. аутогенный тренинг

44. В вопросах реабилитации невротозов следует иметь в виду:

1. в целом благоприятный прогноз, так как состояние обратимое
2. при затяжном течении облегчить ресоциализацию и включить в трудовую жизнь
3. сочетание адекватной, медикаментозной психотерапии и социотерапии
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

45. Трудовая экспертиза невротозов основана:

1. на утрате трудоспособности в остром периоде, однако она чаще бывает временной
2. иногда, особенно при неврастении, достаточно создать облегченные условия труда
3. верно 1 и 2
5. все перечисленное неверно

46. В судебно-психиатрической экспертизе невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств следует иметь в виду, что они:

1. редко обуславливают антисоциальные действия
2. пациенты могут отдавать себе отчет в своих действиях, руководить ими и, как правило, вменяемы
3. невротозы, формируясь как реакции на ситуацию следствия и суда, могут развиваться после правонарушения
4. верно 1) и 2)
5. верно все перечисленное

47. Военная экспертиза невротозов предусматривает следующие положения:

1. выраженная реакция на грани реактивных психозов — снятие с воинского учета
2. стойкие и пролонгированные невротические состояния — негоден в мирное время, годен к нестроевой в военное время
3. проходящие невротозы — годность к нестроевой
4. верно все перечисленное
5. все перечисленное неверно

48. Основной метод лечения пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами:

1. фармакотерапия
2. иглорефлексотерапия
3. массаж
4. психотерапия

5. гирудотерапия

49. Какие лекарственные средства из ниже перечисленных могут использоваться для длительного поддерживающего лечения пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами?

1. психостимуляторы
2. антидепрессанты
3. бензодиазепиновые транквилизаторы
4. нормотимики
5. зопиклон (сонекс)

50. Что является важнейшим условием успешного лечения пациентов с агорафобией и паническим расстройством?

1. как можно более раннее назначение противотревожных транквилизаторов, таких как альпразолам (ксанакс, золомакс) или клоназепам
2. проведение полного курса иглорефлексотерапии
3. госпитализация и длительное стационарное лечение
4. как можно более раннее информирование пациента и его семьи о психическом генезе расстройства, отсутствии в нем опасности для здоровья
5. немедленное успешное медикаментозное купирование приступа паники

51. Реланиум является производным:

1. Пропандиола
2. Бутирофенона
3. Фенотиазина
4. Бензодиазефина
5. Тиоксантена

52. Подберите среди ответов наиболее соответствующий рудотелю (мезапаму):

1. нейрорептик
2. транквилизатор
3. антидепрессант
4. ноотроп
5. ничего из перечисленного

53. Стойкое сочетание социальных качеств индивида, характеризующее неповторимый склад его индивидуальных свойств, представленных в предметной деятельности и общественных отношениях в психологии называют :

1. темперамент;
2. характер;
3. личность;
4. индивидуальность;
5. индивид.

54. Постоянные стереотипные внутренние переживания и поведенческие акты, существенно отклоняющиеся от ожидаемых в данной культуре, проявляемые во всех ситуациях, стабильные во времени и приводящие к социальной дезадаптации, характерны для:

1. олигофрении;
2. расстройства личности;
3. шизофрении;
4. наркомании;
5. акцентуации характера.

55. Для расстройств личности (психопатий) характерно:

1. стойкие аномалии характера;
2. дисгармония эмоционально-волевой сферы;
3. преобладание своеобразного, преимущественно аффективного мышления;
4. все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

56. К особенностям пациентов с расстройствами личности относится все перечисленное, кроме :

1. слабости самообладания, самоконтроля;
2. наличия аффективных колебаний;
3. тенденции к возникновению реакций дезадаптации при трудностях;
4. недостаточной способности приводить манеру своего поведения к меняющимся условиям внешней среды;
5. связь с последствиями черепно-мозговой травмы.

57. Основными характерными признаками расстройств личности (психопатий) по П.Б.Ганнушкину являются:

1. тотальность характерологических нарушений;
2. стойкость характерологических нарушений;
3. выраженность до степени изменения социальной адаптации;
4. все перечисленные;
5. ни один из перечисленных.

58. Чрезмерная чувствительность к препятствиям и отказам, неспособность прощать обиды, тенденция неверно истолковывать действия других людей, склонность соотносить любые факты действительности с собой в сочетании с гипертрофированным самомнением наблюдаются при расстройстве личности:

1. ананкастном;
2. параноидном;
3. диссоциальном;
4. эпилептоидном;
5. шизоидном.

59. Пациентам с каким расстройством личности (психопатией) свойственны подозрительность, сверхценные идеи, эгоцентризм, склонность к сутяжничеству?

1. диссоциальным;
2. психастеническим;
3. демонстративным;
4. параноидным (паранойяльным);
5. шизоидным.

60. Особенности параноидного (паранойяльного) расстройства личности являются:

1. малая пластичность психики;
2. застревание на одних и тех же мыслях и аффектах;
3. настойчивость, перерастающая в упрямство;
4. повышенная самооценка, эгоцентризм, повышенное чувство собственного достоинства;
5. все перечисленные.

61. Чертами пациентов с параноидным расстройством личности являются:

1. недоверчивость, подозрительность, упорство в отстаивании своих убеждений;
2. угрюмость, злопамятность, готовность в каждом видеть недоброжелателя

3. повышенная самооценка, эгоцентризм
4. все перечисленные
5. ничего из перечисленного

62. Равнодушие к чувствам других людей, безответственность, неспособность поддерживать прочные, длительные взаимоотношения (при отсутствии затруднений в установлении связей с людьми), а также неспособность испытывать чувство вины и извлекать уроки из негативного опыта наблюдаются при расстройстве личности:

1. ананкастном;
2. параноидном;
3. диссоциальном;
4. эпилептоидном;
5. шизоидном.

63. К особенностям пациентов с ананкастным (психастеническим) расстройством личности относится:

1. бесконечный анализ своих поступков;
2. перфекционизм (стремление делать любое дело наилучшим образом);
3. высокая требовательность к себе и окружающим;
4. склонность в инструкциям, правилам;
5. все перечисленное.

64. Застенчивость, смущенность, робость, нерешительность, заниженная самооценка, мнительность, осторожность и перфекционизм (стремление к совершенству в любом деле) наблюдаются у лиц с расстройством личности:

1. диссоциальным;
2. ананкастным (психастеническим);
3. дисассоциативным (истерическим);
4. параноидным (паранойальным);
- 5 шизоидным.

65. Поверхностность и лабильность эмоций, склонность к театральности, потворство своим желаниям и невнимание к другим людям, непрекращающийся поиск возбуждающих впечатлений относятся к лицам с расстройством личности:

1. диссоциальном;
2. психастеническим (ананкастрым);
3. диссоциативным (истерическим);
4. параноидным (паранойальным);
5. шизоидным.

66. Диссоциативное расстройство личности характеризуется всем перечисленным, кроме :

1. стремления казаться в собственном мнении и в глазах окружающих значительной личностью;
2. стремления к оригинальности;
3. тенденции к самоанализу;
4. демонстрации превосходства;
5. страстного поиска и жажды признания у окружающих.

67. К особенностям диссоциативного расстройства личности относится:

1. гиперболизация и расцвечивание своих переживаний;
2. театральность и рисовка в поведении;
3. позерство, лживость, склонность к нарочитым преувеличениям;
4. все перечисленное;

5. ничего из перечисленного.

68. Особенности диссоциативного расстройства личности являются все перечисленное, кроме :

1. альтруизма;
2. поверхностности, неустойчивости эмоций;
3. яркости, бурности внешних проявлений эмоций;
4. театральности внешних проявлений;
5. эгоцентризма.

69. Эмоциональная холодность, ограниченная способность проявлять нежные чувства, безразличие к похвале и критике, склонность отдавать предпочтение индивидуальной деятельности, невосприимчивость к социальным нормам и условиям (непреднамеренное) наблюдаются у пациентов с расстройством личности:

1. диссоциальным;
2. психастеническим (ананкастным);
3. диссоциативным (истерическим);
4. параноидным (паранойальным);
5. шизоидным.

70. Главными особенностями шизоидного расстройства личности являются:

1. аутизм;
2. сочетание противоречивых черт в личности и поведении;
3. своеобразии увлечений и интересов;
4. все перечисленные;
5. верно 2) и 3).

71. К проявлениям шизоидного аутизма относится:

1. закрытость внутреннего мира от посторонних;
2. причудливость интеллектуальной деятельности;
3. причудливость эмоциональной жизни;
4. все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

72. Основными свойствами пациентов с эмоционально неустойчивым расстройством личности являются:

1. сложности контроля поведения при сильных эмоциях;
2. неустойчивость самооценки и целей;
3. склонность к суицидам и экстриму;
4. все перечисленные;
5. верно 1) и 2).

73. Основные свойства лиц с зависимым расстройством личности включают:

1. повышенную подчиняемость внешним влияниям;
2. слабовольность, внушаемость, податливость;
3. легкость попадания под влияние среды, особенно дурной;
4. все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

74. Основными особенностями пациентов с зависимым расстройством личности являются:

1. реализация побуждений, желаний и стремлений определяется не внутренними целевыми установками, а случайными внешними обстоятельствами;

2. в одиночестве скучают, ищут общества, в соответствии с внешними стимулами легко меняются их планы, формы поведения и род занятий;
3. нередко употребляют алкоголь, наркотики, нарушают дисциплину;
4. в благоприятных социальных условиях приобретают положительные трудовые установки;
5. все перечисленные.

75. В понятии об акцентуации характера (акцентуированных личностях) верно все перечисленное, кроме:

1. утрирования определенных черт характера, не достигающих до степени выраженности, как при расстройстве личности;
2. выраженности до степени, нарушающей социальную адаптацию;
3. черт, которые проявляются не везде и не всегда, а только при определенных условиях;
4. подразделения на явную и скрытую степень акцентуации;
5. парциальности, а не тотальности охваченности личности.

76. Для социальной адаптации пациентов с расстройствами личности важно:

1. оздоровление среды, изоляция от лиц с асоциальными наклонностями, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками;
2. психотерапевтическая работа с родственниками, имеющая целью улучшить внутрисемейные отношения;
3. формирование стойких трудовых установок и навыков, обеспечивающих успешную профессиональную деятельность;
4. верно 2) и 3);
5. все перечисленное.

77. Целью лечения пациентов с параноидным расстройством личности, скорее всего, является:

1. уменьшение тягостных переживаний, нарушений поведения, дисфории и тревоги, преодоление социальной изоляции и апатии;
2. уменьшение нарушений поведения, аффективных вспышек, агрессии и аутоагрессии;
3. уменьшение симптомов тревоги, депрессии, фобических симптомов и нарушений сна;
4. уменьшение параноидных симптомов, конфликтности и нарушений поведения;
5. уменьшение эмоциональной лабильности, страхов, вторичных диссоциативных расстройств.

78. Целью лечения пациентов с шизоидным расстройством личности, наиболее вероятно, является:

1. уменьшение тягостных переживаний, нарушений поведения, дисфории и тревоги, преодоление социальной изоляции и апатии;
2. уменьшение нарушений поведения, аффективных вспышек, агрессии и аутоагрессии;
3. уменьшение симптомов тревоги, депрессии, фобических симптомов и нарушений сна;
4. уменьшение параноидных симптомов, конфликтности и нарушений поведения;
5. уменьшение эмоциональной лабильности, страхов, вторичных диссоциативных расстройств.

79. Целью лечения пациентов с ананкастным расстройством личности, скорее всего, является:

1. уменьшение тягостных переживаний, нарушений поведения, дисфории и тревоги, преодоление социальной изоляции и апатии;
2. уменьшение нарушений поведения, аффективных вспышек, агрессии и аутоагрессии;
3. уменьшение симптомов тревоги, депрессии, фобических симптомов и нарушений сна;
4. уменьшение параноидных симптомов, конфликтности и нарушений поведения;

5. уменьшение эмоциональной лабильности, страхов, вторичных диссоциативных расстройств.

80. Для цели лечения пациентов с диссоциативным расстройством личности наиболее подходит:

1. уменьшение тягостных переживаний, нарушений поведения, дисфории и тревоги, преодоление социальной изоляции и апатии;
2. уменьшение нарушений поведения, аффективных вспышек, агрессии и аутоагрессии;
3. уменьшение симптомов тревоги, депрессии, фобических симптомов и нарушений сна;
4. уменьшение параноидных симптомов, конфликтности и нарушений поведения;
5. уменьшение эмоциональной лабильности, страхов, вторичных диссоциативных расстройств.

81. Целью лечения пациентов с эмоционально неустойчивым расстройством личности, скорее всего, является:

1. уменьшение тягостных переживаний, нарушений поведения, дисфории и тревоги, преодоление социальной изоляции и апатии;
2. уменьшение нарушений поведения, аффективных вспышек, агрессии и аутоагрессии;
3. уменьшение симптомов тревоги, депрессии, фобических симптомов и нарушений сна;
4. уменьшение параноидных симптомов, конфликтности и нарушений поведения;
5. уменьшение эмоциональной лабильности, страхов, вторичных диссоциативных расстройств.

82. Для цели лечения пациентов с тревожным расстройством личности, наиболее всего подходит:

1. уменьшение тягостных переживаний, нарушений поведения, дисфории и тревоги, преодоление социальной изоляции и апатии;
2. уменьшение нарушений поведения, аффективных вспышек, агрессии и аутоагрессии;
3. уменьшение симптомов тревоги, депрессии, социальной изоляции и нарушений сна;
4. уменьшение параноидных симптомов, конфликтности и нарушений поведения;

ТЕМА №5 (5 курс) «Органические психические расстройства»

1. Критериями органического психического расстройства являются:

1. наличие доказанного поражениями головного мозга,
2. начало психического расстройства в течение (до 6 месяцев) после поражения головного мозга,
3. улучшение психопатологического состояния после лечения неврологического заболевания,
4. верно 1 и 3
5. верно все перечисленное

2. Критерием органического психического расстройства не является:

1. наличие доказанного поражениями головного мозга,
2. черепно-мозговая травма в детстве,
3. отсутствие других психических расстройств, которые могут обуславливать симптоматику,
4. улучшение психопатологического состояния после лечения неврологического заболевания

3. Если больной, находящийся в клинике около месяца, заявляет, что вчера был на работе, то это:

1. псевдореминисценция,
2. конфабуляция,
3. ретроградная амнезия,
4. гипермнезия,
5. криптомнезия

4. Определите нехарактерный клинический признак эпилепсии

1. хроническое течение,
2. нарастание изменений личности и интеллекта,
3. судорожные припадки,
4. амбивалентность,
5. специфические нарушения ЭЭГ

5. В характере доминирует педантичность, угодливость, эгоцентризм, временами раздражительность

1. тотальное слабоумие,
2. лакунарное слабоумие,
3. эпилептическое слабоумие,
4. все указанные типы слабоумия,
5. ни одно из указанных расстройств

6. Чем чаще всего заканчивается амнестический (корсаковский психоз) синдром при психических расстройствах в результате употребления алкоголя?

1. полное выздоровление,
2. регрессирующее течение,
3. прогрессирующее течение,
4. формирование деменции

7. Когда развиваются нарушение памяти по закону Рибо?

1. антероградная амнезия,
2. прогрессирующая амнезия,

3. фиксационная амнезия,
4. все указанные виды амнезий,
5. ни один из указанных симптомов

8. Что не типично для корсаковского психоза?

1. фиксационная амнезия,
2. дезориентация в месте и времени,
3. дезориентация в собственной личности,
4. псевдореминисценция и конфабуляция,
5. полинейропатия

9. Для исходов сосудистых заболеваний мозга характерно:

1. врожденное слабоумие,
2. приобретенное слабоумие,
3. концентрическое слабоумие,
4. все указанные типы слабоумия,
5. ни одно из названных расстройств

10. К какой группе препаратов относится аминалон?

1. нейролептик,
2. транквилизатор.
3. антидепрессант,
4. ноотроп,
5. ни к одной из перечисленных

11. Психиатрической практике использование ЭЭГ особенно показано для диагностики следующих расстройств:

1. невротических состояний,
2. аменции,
3. делирия,
4. шизофрении,
5. эпилепсии

12. Отличить судороги при эпилептическом припадке от диссоциативных судорог помогут:

1. данные ЭЭГ,
2. характер судорожных явлений,
3. особенности личности,
4. состояние сознания,
5. все перечисленное

13. Нарушение памяти по закону Рибо характерно для:

1. детей до 3 лет,
2. детей дошкольного возраста,
3. больных шизофренией,
4. пожилых людей, страдающих старческим слабоумием,
5. Больных, страдающих болезнью Дауна

14. Для сумеречного расстройства сознания не характерно:

1. сужение поля сознания,
2. полная амнезия на период расстройства сознания,
3. двигательное возбуждение,
4. открытость мыслей,
5. фрагментарное восприятие окружающего мира

15. Кратковременное (от 2 до 20 сек) угнетение или выключение сознания с последующей амнезией:

1. абсанс,
2. большие судорожные припадки,
3. малые судорожные припадки,
4. онейроидное расстройство сознания,
5. бредовые идеи

16. Обездвиженность, неподвижность, невозможность совершения волевых или автоматизированных движений при отсутствии парезов или параличей:

1. аменция,
2. галлюцинации,
3. агглютинация,
4. ступор,
5. слабодушие

17. Приобретенное слабоумие:

1. аменция,
2. онейроид,
3. олигофазия,
4. деменция,
5. параноид

18. При каком расстройстве наиболее показана компьютерная томография?

1. биполярном расстройстве,
2. тревожном расстройстве,
3. шизофрении,
4. алкогольном делирии,
5. болезни Альцгеймера

19. У больных с синдромом Дауна чаще обнаруживают:

1. хромосомные аномалии,
2. плоскую переносицу,
3. маленькие уши,
4. короткие пальцы,
5. все перечисленное

20. Какое их эмоциональных расстройств наиболее часто встречается при эпилепсии?

1. эйфория,
2. амбивалентность,
3. слабодушие,
4. апатия,
5. дисфория

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

ТЕМА №1 (4 курс)

№ вопроса	Правильный ответ	№ вопроса	Правильный ответ
1	3	29	2
2	5	30	3
3	1	31	4
4	3	32	3
5	4	33	4
6	5	34	3
7	5	35	5
8	4	36	1
9	2	37	3
10	3	38	3
11	2	39	4
12	4	40	3
13	1	41	5
14	2	42	3
15	2	43	4
16	5	44	4
17	1	45	5
18	3	46	4
19	3	47	4
20	1	48	5
21	3	49	2
22	4	50	5
23	4	51	5
24	1	52	6
25	4	53	4
26	2	54	4
27	3	55	4
28	1	56	5

ТЕМА №2(4 курс)

№ вопроса	Правильный ответ	№ вопроса	Правильный ответ
1	2	18	4
2	4	19	4
3	4	20	4
4	4	21	2
5	4	22	2
6	1	23	4
7	4	24	4
8	2	25	3
9	4	26	4
10	2	27	1
11	3	28	3
12	5	29	3
13	5	30	3
14	2	31	1
15	2	32	1
16	2	33	4
17	5	34	2

ТЕМА №3 (4 курс)

№ вопроса	Правильный ответ	№ вопроса	Правильный ответ
1	3	31	1
2	1	32	1
3	4	33	2
4	2	34	1
5	3	35	3
6	4	36	1
7	3	37	2
8	4	38	3
9	1	39	4
10	1	40	5
11	3	41	4
12	4	42	4
13	1	43	4
14	3	44	3
15	5	45	3
16	2	46	5
17	5	47	4
18	5	48	4
19	5	49	4
20	4	50	2
21	3	51	3
22	4	52	1
23	3	53	2
24	3	54	5
25	1	55	5
26	2	56	4
27	4	57	1
28	2	58	3
29	4	59	2
30	3		

ТЕМА №4 (4 курс)

№ вопроса	Правильный ответ	№ вопроса	Правильный ответ
1	5	32	3
2	5	33	2
3	1	34	3
4	5	35	2
5	4	36	1
6	5	37	5
7	3	38	4
8	1	39	1
9	2	40	5
10	3	41	3
11	5	42	3
12	3	43	4
13	4	44	5
14	3	45	3
15	4	46	2
16	4	47	2
17	4	48	4
18	4	49	2
19	2	50	1
20	6	51	4
21	5	52	1
22	4	53	3
23	4	54	5
24	4	55	1
25	1	56	5
26	4	57	2
27	4	58	5
28	1	59	1
29	1	60	1
30	1	61	2
31	5	62	4

ТЕМА №1 (5 курс)

№ вопроса	Правильный ответ	№ вопроса	Правильный ответ
1	5	33	4
2	2	34	4
3	3	35	1
4	4	36	2
5	2	37	2
6	1	38	3
7	1	39	5
8	2	40	4
9	4	41	4
10	5	42	4
11	(1,2,3)	43	1
12	5	44	2
13	2	45	3
14	2	46	1
15	4	47	5
16	3	48	4
17	5	49	2
18	2	50	4
19	3	51	1
20	3	52	4
21	4	53	4
22	2	54	3
23	3	55	5
24	3	56	4
25	4	57	5
26	1	58	4
27	1	59	5
28	3	60	2
29	1	61	5
30	2	62	5
31	4	63	5
32	3		

ТЕМА №2 (5 курс)

№ вопроса	Правильный ответ	№ вопроса	Правильный ответ
1	2	28	2
2	4	29	3
3	1	30	4
4	1	31	3
5	5	32	5
6	5	33	5
7	2	34	3
8	3	35	5
9	5	36	3
10	4	37	3
11	4	38	2
12	3	39	5
13	4	40	1
14	3	41	5
15	5	42	3
16	1	43	5
17	2	44	5
18	4	45	5
19	4	46	5
20	4	47	2
21	5	48	2
22	5	49	4
23	4	50	5
24	4	51	5
25	3	52	3
26	5	53	5
27	3	54	3

ТЕМА №3 (5 курс)

№ вопроса	Правильный ответ	№ вопроса	Правильный ответ
1	4	21	1
2	2	22	5
3	2	23	5
4	4	24	1
5	3	25	1
6	1	26	2
7	5	27	1
8	3	28	5
9	3	29	3
10	5	30	4
11	5	31	1
12	1	32	5
13	2	33	3
14	1	34	5
15	1	35	5
16	3	36	5
17	4	37	3
18	5	38	4
19	2	39	3
20	3		

ТЕМА №4 (5 курс)

№ вопроса	Правильный ответ	№ вопроса	Правильный ответ
1	4	42	5
2	4	43	4
3	3	44	4
4	1	45	3
5	4	46	5
6	3	47	4
7	5	48	4
8	3	49	2
9	3	50	4
10	4	51	4
11	1	52	2
12	4	53	3
13	5	54	2
14	4	55	4
15	5	56	5
16	4	57	4
17	5	58	2
18	2	59	4
19	5	60	5
20	3	61	4
21	4	62	3
22	4	63	5
23	3	64	2
24	3	65	3
25	4	66	3
26	2	67	4
27	1	68	1
28	4	69	1
29	2	70	4
30	5	71	4
31	4	72	4
32	3	73	4
33	2	74	5
34	1	75	2
35	3	76	5
36	3	77	4
37	5	78	1
38	2	79	3
39	4	80	5
40	5	81	2
41	4	82	3

ТЕМА №5 (5 курс)

№ вопроса	Правильный ответ	№ вопроса	Правильный ответ
1	5	11	5
2	2	12	5
3	1	13	4
4	4	14	4
5	3	15	1
6	4	16	4
7	2	17	4
8	3	18	5
9	2	19	5
10	4	20	5

ЛИТЕРАТУРА

1. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для врача общей практики / Р.А. Евсегнеев. – Мн.: Беларусь. – 2001. – 426 с.
2. Психиатрия и наркология : учебник для студ. спец. «Лечебное дело» учрежд, обеспечивающих получение высш. образ. / под общ. ред. А. А. Кирпиченко. - Минск : Вышэйшая школа, 2005. – 573, [1] с.
3. Шейдер, Р. Психиатрия / Р. Шейдер. – М.: практика, 1994. – 485 с.
4. Авруцкий, Г.Я. Лечение психических больных / Г.Я. Авруцкий, А.А. Анедува. – М.: медицина. – 1988. – 527 с.
5. Гофман, А.Г. Клиническая наркология / А.Г. Гофман. – М.: Миклош, 2003. – 215 с.