001. По И.П.Павлову, наиболее совершенным является тип:

сильный уравновешенный

 сильный неуравновешенный

слабый неуравновешенный.

слабый уравновешенный.

сангвинический.

002. Стресс по Г.Селье– это:

 нервное вредоносное напряжение.

неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование,общий адаптационный синдром.

 вид дистресса.

 защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессором.

003. Во время "парадоксального" сна отмечается:

 интенсивное напряжение мышц всего тела.

 быстрое движение глаз и повышение артериального давления

 отсутствие сновидений.

 медленные электрические колебания мозга.

004. Психофизиология – наука:

изучающая физиологические процессы у человека при различных психологических состояниях.

рассматривающая человека как социальное существо.

изучающая прежде всего сложное поведение человека в экстремальных условиях.

005.Височная кора более связана с(со):

 зрительной системой.

 слуховой системой.

 движением тела.

 чувствительностью тела.

 обонянием.

006. Какие психотерапевтические подходы заслуживают особого внимания:

 Психоанализ и клиническая психотерапия

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия

 Эмоционально-стрессовая психотерапия

007.Основные клинические предпосылки широкого и эффективного применения психотерапии:

 Постоянное соотнесение структуры, формы психотерапевтического

воздействия с клинической картиной, особенностями личностной почвы

пациента

Прямое использование психотерапии в большом круге заболеваний, в этиопатогенезе которых психическому фактору принадлежит определяющая или весьма существенная роль

008. Цель навязчивого симптома (по З.Фрейду) зависит прежде всего от:

 образованности пациента.

 нозологической окраски.

 религиозности пациента.

бессознательного.

 осознанного сексуального голода.

009. Вытесненные душевные движения - это душевные движения (З.Фрейд):

 Не способные никогда проникнуть в сознание и не пытавшиеся это делать

Не допущенные стражем из бессознательного в предсознательное

 Стеснительного человека, осознающего свою стеснительность как нравственно-этическое, благородное свойство души

 Которые страж пропустил через порог, но они все равно не осознаются

 В которых ясно видится аффективно-аккумулятивная пропорция

010. Симптом - это (З.Фрейд):

 Вытеснение

Заместитель чего-то, чему помешало вытеснение

 Сопротивление

 Проявление скрытых свойств характера

Околосознательное

011. По З.Фрейду, пациенты с "неврозами перенесения" заболели вследствие:

 сексуального истощения.

 переживания своей духовной неполноценности.

вынужденного отказа от чего-то, когда реальность не дает удовлетворения их сексуальным желаниям.

 отсутствия смысла существования.

 механической скуки среди технической цивилизации.

012. Самая примитивная ступень (фаза) развития либидо (З.Фрейд):

Садистско-анальная

 Генитальная

 Комплекс Электры

Оральная

 Кишечная

013. Регрессия по З.Фрейду – это:

 вытеснение либидо.

процесс, благодаря которому психический акт, способный быть осознанным, делается бессознательным, перемещаясь в систему бессознательного.

процесс, благодаря которому бессознательный психический акт не допускается в ближайшую предсознательную систему.

 чисто психический процесс возврата сексуальности к архаическим основам.

возврат либидо на более ранние степени его развития.

014. При истерии (по З.Фрейду) обнаруживается главным образом:

аутоэротизм.

вытеснение.

 регрессия либидо на предварительную ступень садистско-анальной организации.

 анальные переживания.

мастурбационный комплекс.

015. Сон по Юнгу – это:

 явление, служащее целям компенсации; нормальное психическое явление, передающее бессознательные реакции или спонтанные импульсы сознанию.

символы бессознательных сексуальных желаний.

 символическое переживание своей неполноценности.

 архетипы аутоагрессии.

016. Все душевные феномены по А.Адлеру в целом определяются стремлением к:

 нравственным поступкам.

 разрушению, агрессии.

 эротическим переживаниям.

превосходству.

 обучению менее сильного.

017. Жизненный стиль индивида по А.Адлеру выражается в том:

как индивид приступает к решению возникших в основных жизненных сферах проблем.

 насколько созвучно ему частно-строгое, властное отношение к людям.

 как он обнаруживает в творчестве свои врожденные характерологические черты, свойства.

 какие именно архетипы звучат в его общении с людьми.

 как он деритуализируется.

018. По А.Адлеру все большие человеческие достижения есть результат:

 природных способностей.

правильного обучения и упорства, соответствующих упражнений с раннего возраста.

 душевной патологии.

019. По А.Адлеру, появлению чувства неполноценности особенно сильно способствуют:

изнеженность в детстве; бессердечие в детстве, побуждающее видеть повсюду врагов;

 упорство и терпеливость ребенка;

 выраженная "взрослая" самостоятельность ребенка.

020.В отличие от театра в психодраме участник исполняет роль:

 наедине с психотерапевтом, чтобы показать ему нагляднее, через театральное преувеличение, свои симптомы.

в импровизированном представлении, активно экспериментирует с теми значимыми для него ролями, которые он играет в реальной жизни.

 невротика, а психотерапевт - роль здорового.

 не на сцене, а в специальной психотерапевтической комнате.

021. Основной момент психодрамы (К.Рудестам, 1990):

 Медленный бег на месте

 Разминка в борьбе на ковре

 Долгий естественный смех

Фаза психодраматического действия с последующим обсуждением

021. Роджеровская концепция основной встречи включает в себя:

веру в рост личности, так как члены группы в общении свободно выражают свои чувства и принимают чувства других.

 сосредоточение в первую очередь на групповом процессе.

 сосредоточение на процессе развития навыков межличностных взаимодействий на основе изучения характеров.

 сосредоточение на поиске аутентичности и открытости во взаимоотношениях с другими; атмосферу безопасности, доверия, выражения членами группы интимных мыслей и чувств.

022. Концепция открытой встречи У.Шутца основывается на том, что:

эмоциональные конфликты выражаются через мышечное напряжение в различных областях тела; любое психологическое воздействие,игнорирующие телесные ощущения, будет неполным.

 необходимо открыть свой "багаж" представлений о сексуальности всем в группе.

 необходимо добросовестно и безоговорочно сдерживать свои эротические порывы к членам группы.

 необходимо осознать, как по-разному воспринимают мир люди различных личностных складов, мужчины и женщины, дети и взрослые.

023. Группы встреч ориентированы на:

ускорение психологического развития, нормально функционирующего индивидуума, немедленный, хотя и кратковременный эффект, поощрение самораскрытия руководителя группы.

 исключительно болезненные (невротические и т.д.) расстройства.

 изучение физиологических закономерностей у себя и друг у друга.

024. Виды групп встреч (К.Рудестам):

Марафон

 Т-группы

 Группы по изучению живой природы

 Группы терапии искусством

025. Основные понятия гештальттерапии (К.Рудестам, 1990):

Осознание и сосредоточение на настоящем

 Телесная медитация

 Генетически обусловленные характерологические структуры

 Противоположности

026. Цель гештальттерапии (К.Рудестам, 1990):

 Анализ вместе с членами группы своего индивидуального отношения к живой и неживой природе

 Изучение вместе с участниками этого процесса психологических и логических закономерностей в группе

 Изучение вместе с участниками различных характерологических вариантов, чтобы иметь возможность прогнозировать переживания и поведение партнера в различных ситуациях

Пробуждение организмических процессов участников путем поощрения расширения осознания и продвижения по направлению достижения зрелости

027. Что не относится к "Трагической триаде" человеческого существования (В.Франкл):

 Смерть

Боль

Творчество и смысл

 Вина

028. Основной принцип теории игр (Э.Берн):

 Игра целебно смешит человека

 Игра может огорчить человека (в случае проигрыша) и вызвать болезнь

 Игра несет в себе древнюю жизнь наших предков

Любое общение (по сравнению с его отсутствием) полезно и выгодно для людей

 Игры претворяют в себе работу "коллективного бессознательного"

029.Существенная черта игр людей (Э.Берн):

 Проявление неискреннего характера эмоций

 Необузданное проявление эмоции

 Наказание в игре

 Социальное осуждение в игре

Управляемость игр

030.Цель простого трансакционного анализа (Э.Берн):

 Выяснить, какой иной ипостаси противостоит воин-защитник

 Наладить добрые отношения в социальной группе

Выяснить, какое именно состояние "Я" ответственно за трансакционныйстимул, какое состояние человека осуществило трансакционную реакцию

 Смягчить агрессивно-сексуальную напряженность в группе

031.Холотропная дыхательная техника – это:

 методика применения галлюциногенов при погружении в транс.

методика применения психоделических растений при лечении депривациейсна.

методика, соединяющая в себе дыхательную гимнастику йогов и музыкотерапию.

безлекарственное соединение действия гипервентиляции и музыки.

032.Термин "холотропный" означает:

стремление (движение) к целостности бытия.

 "ориентированный на материю"

 "дыхательный"

 "объемно-изобразительный"

033.Первая стадия холотропного сеанса (С.Гроф):

 Обмен переживаниями с помощником, его поддержка

 Внушение транса

 Поощрение смешения внутреннего процесса с внешним миром ("перенос")

Пневмокатарсис

 Разъяснительную беседу

034.Трансперсональная психология возникла на основе

 клинических исследований гипноза.

арттерапии.

 бихевиоризма, психоанализа и гуманистической психологии.

035. Дежерин:

 обстоятельно разъяснял больному функциональную природу его страданий,их этиологию, патогенез.

внушал больному (как и Дюбуа) ошибочность его воззрений, обусловивших его страдание.

побуждал беспрекословно верить авторитету своего врача.

 сводил психотерапию, по существу, к разъяснению.

036. Куэ:

 считал существом своего метода (куэизм) составление определенных формул самовнушения, соответствующих клинической картине пациента.

полагал, что формулу самовнушения надо произносить в утвердительной форме непременно в настоящем времени.

 предложил специальные упражнения, направленные на вызывание чувства тяжести в теле.

 назвал самовнушение "силой воображения".

 преподавал в Нансийском университете.

037.Токарский:

не полагал, что гипноз - патологическое состояние.

 разработал отечественную психоаналитическую концепцию.

 изучал гипноз животных в лаборатории Ухтомского.

 убедительно возражал против психотерапевтической концепции Ж.Лакана,впервые описал гипнотический сомнамбулизм

038. Бехтерев:

 занимался психоанализом алкоголизма.

заложил основы отечественной религиозной психотерапии.

 занимался с группами пациентов.

занимался объективным рефлексологическим изучением личности, обучал своих пациентов приемам самовнушения.

039. Гипнотические явления у животных в нашей стране изучал:

Дядьковский.

Данилевский.

 Чечеткин.

 Хмельницкий.

 Тарасенков.

040. Сущность клинической оценки личности состоит в том, что:

 с помощью клинического мышления (клиницизма) возможно оценить лишь патологическую личность.

личность оценивается в ее биологических особенностях.

рассматривается лишь темперамент.

 рассматривается лишь тип высшей нервной деятельности.

личность патологическая или здоровая оценивается клиническим мышлением, опытом.

041.По Фромму, "социальный характер" формируется непосредственно:

 обществом.

 идеологией.

 культурой.

 конкретно-историческими условиями жизни человека.

общественной адаптацией уже существующих человеческих потребностей.

042.Что не является основными моментами (звеньями) в концепции личности Роджерса:

Врожденная агрессивность человека

 Категория самооценки

 Ситуация, в результате которой ребенок "предает мудрость своего организма" и ведет себя так, как принято, чтобы не потерять любовь окружающих

 Перенесение ребенком источника оценок на других людей

 Уход человека от индивидуального оценочного механизма, от истинной самооценки

043.Какие шкалы не включает в себя Миннесотский опросник:

 Истерия

 Депрессия

 Психастения

Эпилептоидия и наркомания

044. Методика чернильных пятен Роршаха состоит в том, что испытуемый:

 свободно - бессознательно мажет чернилами бумагу и экспериментатор интерпретирует пятна как выражение определенных эмоциональных состояний.

интерпретирует чернильные пятна, хаотически разбросанные на бумаге.

 интерпретирует чернильные пятна, имеющие симметричный характер а экспериментатор анализирует обыденность или оригинальность интерпретации.

045.Согласно функциональной психологии, разработанной Люшером, синий цвет, выбранный пациентом как самый ему приятный, раскрывает состояние:

 напряжения.

покоя, удовлетворения.

возбуждения, активности.

 разрядки.

 изменчивости, оригинальности.

046.Исследование уровня притязаний помогает выявить:

 конфликт при истерии и конфликт при неврастении.

 шизофренические псевдогаллюцинации.

 абстрактные способности.

 наличие творческих способностей.

047.Клинический метод изучения здоровой личности заключается в том, что:

особенности здоровой личности клинически оцениваются с точки зрения возможных их патологических заострений, "гипертрофий"; здоровую (акцентированную) личность клинически сравнивают с соответствующей ей по "рисунку" структуре психопатической.

психологическими тестами исследуют душевно здорового.

 исследуются возникшие на здоровой личностной почве психогенные расстройства.

 исследуется Миннесотским опросником личность соматически больного.

048.Самая известная экспериментально-психологическая методика исследования памяти:

 Методика Шульте

 "Корректурная проба"

 Таблицы Бурдона - Анфимова

Методика Бендера

 Методика Мюнстерберга

049. Самая известная экспериментально-психологическая методика исследования внимания:

 Тест Бентона

 Методика Шульте

 Тест Кипарисова

 Метод "пиктограмм"

050.Защитный психологический механизм "вытеснения" характерен для страдающих:

 депрессивным неврозом.

 неврозом навязчивых состояний.

 неврастенией.

 ипохондрическим неврозом.

 истерическим неврозом.

051.Для страдающих неврастенией характерна психологическая защита по типу:

"отрицания", "рационализации".

шизоидизации.

 "интеллектуализации".

 "интермиссии", "агглютинации".

052.Противоречие между возможностями личности и завышенными требованиями к себе приводит к возникновению:

 истерического невроза.

ипохондрического невроза.

депрессивного невроза.

 невроза навязчивых состояний.

неврастении.

053.Медицинская психология – это:

 отрасль клинической медицины, изучающая клинически (клинико-психологически) душевное состояние пациента при самых разных больных.

 отрасль психологии, занимающаяся экспериментально-психологической диагностикой душевных (в широком смысле) болезней.

 То же самое, что психопатология.

отрасль психологии, изучающая психологические аспекты гигиены, профилактики, диагностики, лечения, экспертизы и реабилитации больных.

 то же самое, что патопсихология.

054. Методика гипнотизации с воздействием на кожный анализатор:

Своеобразный "массаж" в сочетании с "пассами"

 Втирание в кожу лба специального крема

Вдувании мягкой струйки воздуха в носовые отверстия

 Прикладывание теплого метронома

055.Что не относится к степеням гипноза по Форелю:

Гипотаксия

Легкая оглушенность и обнубиляция

Сомноленция

 Сонливость

056. Гипнотический сомнамбулизм (по С.И.Консторуму) обычно возникает:

 при углублении I степени гипноза.

 на выходе из III степени гипноза.

 на выходе из I степени гипноза.

сразу, непосредственно за первыми суггестиями.

 при углублении II степени гипноза.

057.Каталепсия возникает в:

сомнамбулизме и гипотаксии.

 гипнотической оглушенности.

обнубиляции.

 легкой ономатомании.

058.Гипнотический сомнамбулизм (по К.И.Платонову) обычно появляется:

сразу, с места.

 при углублении II степени гипноза.

 при углублении III степени гипноза.

 при углублении ономатомании.

 при углублении каталепсии.

059. Фракционный метод гипнотизации (по Фохту) состоит в том, что:

погружение внушением в гипноз время от времени прерывается и пациенту предлагается описать свои ощущения для того, чтобы психотерапевту знать, как быть дальше.

 внушение разбивается на три фракции - для погружения в I степень, во II и III степени.

 фракционно пациент обнаруживает при погружении в гипноз то каталепсию, то восковую гибкость.

 в этом способе гипнотизации ясно обнаруживается феномен "зубчатого колеса".

 убаюкивание-внушение производится медленно, "по каплям".

060. Методика длительного гипноза-отдыха (по К.И.Платонову) заключается в том, что пациент отдыхает в:

 гипнотическом состоянии 1-2 часа.

 гипнотическом состоянии, оставленный в палате психотерапевтом, 4-5 часов.

гипнозе (без психотерапевта рядом) 3-4 часа.

гипнозе до 20 часов в сутки.

061.Методика удлиненной гипнотерапии (по В.Е.Рожнову) заключается в том, что:

 группа пациентов погружается в гипноз-отдых, продолжающийся от часа до 5 часов.

психотерапевт в течение часа непрерывно проводит пациенту лечебное внушение в гипнозе.

врач, проводящий психотерапевтический прием, в отдельной комнате погружает пациента в гипноз и в течение 2 часов каждые 15 минут старается углубить гипнотическое состояние.

 длительный гипноз-отдых тут растягивается до 10 часов с краткими лечебными внушениями по 4-5 мин каждый час.

 лечебное внушение в гипнозе проводится группе до 15 пациентов в течение1-1,5 часа.

062."Истерический гипноид" (по С.И.Консторуму) выражается в том, что:

пациент (пациентка) в гипнотическом сомнамбулизме воспроизводит какую-либо травмирующую его (ее) сцену-переживание (например, мать, потерявшая ребенка, баюкает его) - при потере рапорта с психотерапевтом.

 больного невозможно вывести из сомнамбулического гипноза.

во время гипноза развертывается картина истерического припадка - дрожание, метания, стоны.

 пациент при гипнотизации впадает в сомнамбулизм со сложными истерическими галлюцинациями.

 пациент при гипнотизации впадает в летаргию.

063. Гипнотерапия не противопоказана:

 пациентам, у которых гипнотический транс провоцирует возникновение судорожного припадка;

больным эпилепсией с припадками;

 больным с бредовыми психотическими расстройствами;

 больным с лихорадкой.

064. Прием Констамма включает в себя:

 надавливание пальцами в области foramensupraorbitalis.

 опыт Бэкона.

 приказ психотерапевта закрыть глаза и постараться отрешиться от всех забот.

приказ психотерапевта прижать кулак к стене как можно сильнее, опираясь кулаком о стену.

 внушение пациенту тяжести в ногах.

065. "Предварительными опытами" в приеме Куэ является:

яктация.

самовнушение падения вперед и самовнушение "я не могу разжать кулак".

 самовнушение: "с каждым днем во всех отношениях мне становится все лучше и лучше".

 теодицея.

066. В методике лечения самовнушением алкоголиков (Н.И.Иванов) основная лечебная формула звучит следующим образом:

 "Я смогу отказаться от спиртного; людям, которые сейчас идут ко мне, не соблазнить меня, не вернуть в грязь пьянства"

 "Пусть за праздничным столом пьют спиртное, это не имеет ко мне отношения."

"Я сумею сказать активно и повелительно "нет" в любой соблазняющей обстановке."

 "Я спокоен и способен жить совершенно трезво."

 "Я убедился, что не смогу пить умеренно, я вовсе не буду пить."

067. Основная поза для занятий классической аутогенной тренировкой:

 "Весенней лягушки"

"Кучера"

 Стоя ("лепесток лотоса")

 Полулежа на боку ("парящая птица")

 "Согнутых локтей"

068.Первое стандартное упражнение низшей ступени классической аутогенной тренировки имеет своей целью вызвать ощущение:

 тепла и тяжести в обеих руках.

 тяжести во всем теле и покоя.

 приятной тяжести в области живота.

 покоя в области сердца.

069.Четвертым стандартным упражнением низшей ступени классической аутогенной тренировки является упражнение, направленное на:

 овладение ритмом сердечной деятельности.

 вызывание ощущения тепла в эпигастральной области.

 овладение регуляцией ритма дыхания.

 вызывание образных однотонных представлений.

 вызывание чувства тепла в области солнечного сплетения.

070. К высшей ступени классической аутогенной тренировки относится:

 вызывание у себя состояния легкой оглушенности со зрительным представлением таких абстрактных понятий, как красота и счастье

 вызывание у себя чувства тяжести во всем теле с аментивнымигаллюцинациями любимых мест природы.

 пребывание в деперсонализационном состоянии с продумыванием своего жизненного пути, поиск смысла жизни в состоянии обнубиляции.

визуализация представлений.

071.На освоение каждого стандартного упражнения низшей ступени классической аутогенной тренировки затрачивается:

3 дня.

2 недели.

2 месяца.

10 дней.

3 месяца.

072. Модификация аутогенной тренировки Клейнзорга и Клюмбиеса отличается от классической:

 развернутыми формулами.

 практическим отсутствием гетересуггестивных моментов.

 вызыванием своеобразного состояния сновидного расщепления сознания.

 состояниями интенсивного погружения с грезами.

 яркой визуализацией представлений.

073.Модификация аутогенной тренировки Лебединского и Бортник отличается от классической:

 усилением аутосуггестивного момента.

 наличием всего 3 упражнений.

 включением лечебных самовнушений с первых дней занятий.

 самовнушением прохлады в области лба.

 применением в занятиях электромиографии.

074. Модификация аутогенной тренировки Беляева отличается от классической:

 сочетанием элементов аутосуггестии и гетеросуггестии.

 применением в занятиях \*-генератора.

 возможностью внушать себе глоссолалию.

 возможностью внушать себе автоматическое письмо.

 выразительным лечебным воздействием на истерический характер пациента.

075. К осложнениям классического варианта аутогенной тренировки не относятся:

 нарушения сердечного ритма, приступов стенокардии у лиц с ишемической болезнью сердца при самовнушениях замедления ритма;

азомоторные расстройства при самовнушении резкого чувства холода в области лба;

 повышение кислотности желудочного сока;

 резкие ознобы с холодным потом, стойким усилением либидо.

076. Рациональная психотерапия в классическом своем варианте особенно эффективна для лечения:

ананкастических переживаний.

душевно ограниченных пациентов с истеро-невротическими расстройствами.

 психастеников.

 всевозможных навязчивостей и мягких паранойяльных расстройств.

077. В развитии и функционировании психотерапевтической группы основной (по Карвасарскому) является фаза:

 напряжения и фаза аффективно заряженного поведения, негативного по отношению к психотерапевту.

 с аффективно заряженным одобрением психотерапевта и благодарным желанием группы его защищать.

 спонтанных анархических поступков участников группы.

 релаксаций.

078.Во время групповой дискуссии (по Карвасарскому) нового пациента обычно просят:

 рассказать о своих симптомах, сообщить о своем семейном положении и назвать свою профессию.

сказать о своем отношении к групповой психотерапии.

 дать оценку нравственным особенностям психотерапевта с первого взгляда.

 искренне проанализировать при всех свое отношение к животным.

079. При фокусированном обсуждении биографии и проблем одного из членов группы (по Карвасарскому):

 психотерапевт не может задавать вопросы пациенту.

 психотерапевт не может задавать вопросы группе.

 пациенты могут выражать свою агрессивность к обсуждаемому члену группы, а отдельные члены группы могут выражать стремление "показать себя" перед психотерапевтом или группой.

 важно сфокусировать внимание всей группы в течение длительного времени (1-3 занятия) только на одном пациенте.

080.В случае длительного молчания в группе психотерапевту нецелесообразно (по Карвасарскому):

 прерывать молчание, стимулируя группу к какой-либо определенной активности.

 делать это молчание предметом обсуждения.

 не прерывать молчание.

 использовать молчание для того, чтобы помочь пациентам понять свою ответственность за то, что происходит в группе.

 стремиться всегда к максимальному смягчению напряженности в группе.

081.Психогимнастика - эта форма психотерапии, при которой:

 участники группы выражают эмоции только с помощью мимики;

 пациенты учатся понимать чувства, мысли без помощи слов и движений;

 пациенты выполняют различные упражнения, в том числе направленные на развитие внимания и как невербально обратить на себя внимание группы;

082. Техника вызывания стрессового гипноза (по Рожнову) - это прежде всего:

 сила внезапного звука.

 обязательная авторитарность формул погружения в гипноз с "металлом в голосе".

 эмоционально-смысловая глубина произносимых формул погружения в гипноз.

083.Существенная особенность эмоционально-стрессовой аутогенной тренировки (по Рожнову) состоит в:

 максимально интенсивной охваченности пациента определенной целью, известном "фанатизме" цели.

 специально отработанной, с 5 упражнениями, технике релаксации и тонизации.

 подробных эмоционально-стрессовых формулах для всех трудных жизненных случаев, которые следует запомнить и отработать.

 том, что эта методика имеет свои сверхкраткосрочные модификации.

084. При занятиях музыкальной ритмикой (по Брусиловскому) не целесообразны:

 своевременные уточнения;

 повторные прослушивания музыки;

 показ движений и действий;

 длительные перерывы между упражнениями;

 постоянное побуждение пассивного больного к действию.

085.Арттерапия в международном понимании - это лечение:

 творчеством в широком смысле.

игровым искусством.

 общением с живописью.

 изобразительным творчеством.

086. Психодрама (по Морено) - это:

 своеобразная импровизированная инсценировка, воспроизводящая взаимоотношения в той малой социальной группе, в которой пациент живет, работает и не смог приспособиться, в виде драматического действия; инсценировка, в которой пациент может поменяться своей ролью с кем-либо из участников группы.

фрейдовский психоанализ, воплощенный в игре.

 инсценировка, в которой играют роли только пациенты, а не актеры-профессионалы.

 инсценировка, в которой близкие, друзья, сослуживцы пациента игрового участия не принимают, они только зрители.

087. Основой лечебного эффекта психодрамы Морено считает:

 душевное очищение, облегчение, катарсис.

 сублимацию вытесненного сексуального влечения.

катаболизмус.

анаболизмус.

088. При наркопсихотерапии одновременно используется:

 внушение врача и действие барбитуратов.

рациональная психотерапия (по Панкову).

 некоторые модификации аутогенной тренировки.

 моменты культтерапии.

089. Показаниями к наркопсихотерапиине являются:

 пониженная внушаемость пациентов и недостаточная их контактность;

плохаягипнабельность пациентов;

 ослабленная способность строго логически трезво анализировать;

090. Противопоказания к применению наркопсихотерапии:

Ананкастическая конституция

Астенизация

 Пожилой возраст

 Кахексия

091.Наркоанализ широко используется при:

 моторных и сенсорных истерических расстройствах.

 сверхценных идеях ревности у эпилептиков.

психоастенических ипохондрических расстройствах.

 частых взрывах у возбудимых психопатов.

092. В наркопсихотерапевтическомсеансе (по Телешевской):

 при дизартрии у больного следует немедленно закончить введение гексенала, вынуть иглу, ввести кордиамин со строфантином и не проводить с этот раз никаких внушений;

 во время введения гексенала врач внушает больному, чтобы он не беспокоился по поводу своего легкого головокружения, чувства расслабления;

 не следует многократно повторять отдельные формулы внушения.

093. При групповой наркопсихотерапии (по Телешевской):

 формулы врачебного внушения даются на фоне мягкого лесного шума и пения птиц, записанных на магнитофон.

 в психотерапевтической комнате распространяется запах сена и полевых цветов.

 весь комплекс применяемых воздействий направлен на стимуляцию положительных эмоций, пробудившиеся больные отчитываются перед врачом в своем состоянии.

 промежутки между формулами внушения заполнены звуками деревенского утра.

094. При наркокатарсисе (по Свядощу) наблюдается:

отреагирование оживленных психогенных переживаний, страх, отчаяние, экспрессия.

погружение в легкий гипноз вслед за введением гексенала.

 углубление гипноза введением гексенала.

 бурная эмоциональная реакция в виде остропсихотического страха с

аспонтанностью.

095. Психотерапия реципрокным торможением (по Вольпе) основана на:

работах Сеченова;

 том, что связанное с чувством страха физическое ощущение растормаживает действие раздражителя, вызывающего страх;

механизме отрицательной индукции и внешнего торможения;

096. Метод гипнотерапии в психотравмирующей обстановке для лечения больных со страхом замкнутого пространства и темноты (по Слуцкому) предполагает:

гипнотарий, оборудованный двусторонней радиосвязью для беседы с пациентами и пребывание в нем пациентазакрытым "на ключ" (звук закрывающейся защелки).

 постепенное затемнение гипнотария до абсолютной темноты во время каждого гипнотического сеанса.

 индивидуальную гипнотерапию в абсолютнотемномгипнотарии с самого начала сеанса.

 проведение сеансов-тренировок по 2 раза в день.

097.Методика Слуцкого "имитация движения" (для больных со страхом езды в транспорте) предполагает:

 затемненную кабину с магнитофоном и диапроектором.

 переговоры с врачом только через двустороннюю радиосвязь.

протрептическую зарядку в темноте.

 цветной портрет врача на экране в кабине.

 тренировку движения пациента в тесноте между людьми в полном вагоне.

098. К современным западным концепциямличностноориентированной психотерапии (по Карвасарскому) не относится:

Недирективная психотерапия по Роджерсу

 Разговорная психотерапия

Самоконгруэнция

Гештальт-терапия

Морита-терапия

099.Самый общий синдром, свойственный всем психическим болезням (по Снежневскому):

 Аффективный

 Невротический

 Астенический

 Паранойяльный

100.При шизофрении (по Снежневскому) не обнаруживается следующий синдром:

 Астенический

 Невротический

Онейроидный

Парамнестический

 Аффективный

101.Синдром - это:

 более, чем два симптома.

 множество симптомов.

 совокупность болезненных признаков.

 набор разнообразных симптомов.

 совместный "бег" симптомов, отражающий патогенез болезни.

102. Раздражительная слабость - это:

 характерное расстройство настроения у эпилептоидного психопата.

половая слабость мужчин с дисфорическими расстройствами настроения.

церебросклеротическая слезливость.

 раздражительность (несдержанность) органического генеза.

 раздражительность, легко истощающаяся, сопровождающаяся часто чувством вины, самообвинением.

103. Астенический синдром - это:

 пониженное настроение с чувством слабости.

 переживание чувства своей неполноценности.

 раздражительная слабость вместе с вегетативными дисфункциями.

 нарушения сна с тягостными переживаниями по этому поводу.

дисфорическая раздражительность с бессонницей.

104.Гиперстенический вариант астенического синдрома конкретно обнаруживает себя:

 сонливостью.

 снижением либидо.

 слезливостью и несдержанностью.

сенестопатиями.

105. Дисфория - это:

 разновидность депрессии.

 тягостная, стойкая раздражительность.

 смешение страха, злобы, тоски.

 депрессия на органической почве.

 психотических размеров гнев.

106. Эйфория - это:

 все равно, что гипоманиакальное настроение; маниакальная неспособность здраво оценивать ситуацию.

содержательная, остроумная веселость.

 малосодержательная, пустоватая веселость.

 по существу ажитированная аменция.

107. Классической (чистой) принято называть депрессию без:

 навязчивых и психосенсорных расстройств.

атипизма (то есть, с депрессивной триадой).

 бурных вегетативных расстройств.

 тоски.

108.Психастеническая депрессия - это депрессия с(со):

ананказмами на первом плане, проявляющаяся острыми страхами.

 суицидальными переживаниями.

 высокой тревожностью, болезненными сомнениями.

 сверхценными идеями.

109. Для классической (типичной) депрессии не характерно:

 мысль о своей неполноценности, никчемности;

 тоскливость;

 мыслительная заторможенность;

 психомоторная заторможенность;

 ажитация.

110. Деперсонализация - это:

 чувство переживания собственной эмоциональной измененности.

 убежденность в том, что я уже не прежний, а другой человек.

 навязчивый страх потерять свою индивидуальность.

 то же самое, что гипсофобия.

 то же самое, что "бред двойника".

111. Бред - это:

 болезненное преувеличение реальных событий.

всегда нелепое, странное толкование событий.

идеи, содержанием своим всегда вытекающие из галлюцинаторных или иллюзорных переживаний.

 обман восприятия.

расстройство содержания мышления с возникновением несоответствующих реальности болезненных представлений, рассуждений и выводов, в которых больной полностью, непоколебимо убежден и которые не поддаются коррекции.

112. Клиническое существо истинной навязчивости в том, что:

 возникает, "находит" сама по себе, против воли пациента.

 ощущается, понимается пациентом как чуждое ему - в том смысле, что это "чужое, не мое", возникающее как бы не во мне желание, мысль, страх и т.д.; всегда нелепа своим содержанием.

 содержанием своим она чужда мироощущению пациента.

 к своей навязчивости у пациента всегда отчетливое критическое отношение.

113. Клиническое существо сверхценной идеи состоит в:

 том, что это есть не подтверждающаяся жизнью убежденность в чем-то.

 том, что это именно сомнение по поводу какой-то возможной серьезной личной неприятности.

 паранойяльной структуре идеи.

 прямолинейно-авторитарной психологически понятной переоценке какого-то реального факта с убежденностью в своей правоте.

 сверхценно преувеличенном отношении страдающего сверхценными идеями к способностям и достоинствам других людей.

114. Сверхценные идеи обычно смягчаются или устраняются:

 методикой парадоксальной интенции Франкла или негативного воздействия (Данлоп).

лечением катарсисом.

авторитарно-наукообразным внушением.

 лечением гипнозом-отдыхом.

115. Клиническое существо болезненных (патологических) сомнений состоит, по Ганнушкину, в том, что они:

 нелогичны, психологически непонятны.

есть, по сути дела, навязчивое расстройство.

 есть особая разновидность сверхценных идей.

 по силе, по выраженности своей не адекватны вероятности какой-то значимой для человека опасности.

паранойяльны по структуре.

116. Болезненные сомнения обычно смягчаются или устраняются:

 гипнотическим внушением.

 методикой парадоксальной интенции Франкла.

 прогрессирующей (прогрессивной) релаксацией Джекобсона.

 логически-информативным разъяснением, убеждением.

протрептическими приемами.

117. Пациенту с деперсонализационно-дереализационными расстройствами возможно помочь:

 императивным внушением в бодрствующем состоянии.

 разъяснением-убеждением.

 аутогенной тренировкой.

 терапией творчеством.

 эфирной маской Свядоща.

118. Ипохондрия (ипохондрическое состояние) - это:

 состояние, в центре которого стоят бредовые идеи о несуществующей у пациента болезни.

состояние душевной угнетенности с угрюмостью, неразговорчивостью.

 депрессия с ипохондрическими идеями.

 переживания и предположения по поводу не существующего у пациента заболевания, озабоченность своим физическим здоровьем.

 то же самое, что маскированная депрессия.

119. При "навязчивой ипохондрии" обычно существенно помогает:

 гипнотическое внушение.

 логически-информативное разъяснение, убеждение.

 прогрессирующая (прогрессивная) релаксация Джекобсона.

 методика парадоксальной интенции Франкла.

протрептический прием.

120. При психастенической ипохондрии обычно помогает:

 метод внезапного нападения врасплох по Кауфману.

протрептика; методика парадоксальной интенции (Франкл).

лечение разъяснением-убеждением.

 прогрессирующая (прогрессивная) релаксация Джекобсона.

121.При ипохондрических состояниях тревожно-мнительной структуры (без "загруженности" сомнениями, анализом) обычно существенно помогает:

 императивное внушение.

метод интенсивного перевоспитания (Венсан).

протрептика.

 методика парадоксальной интенции Франкла.

 терапия десенситизацией.

122.Выраженная острота психотических продуктивных расстройств обычно говорит о(об):

 злокачественном течении заболевания.

 подспудных конфликтных переживаниях - практически во всех случаях.

 глубинных деперсонализационныхнарушениях.

аутистичности пациента.

 сравнительно неплохом прогнозе этих психотических расстройств.

123. Дереализация - это:

 потеря реальной ориентировки в окружающей действительности.

чувство нереальности, непонятной чуждости окружающих предметов, людей, чувство измененности окружающего при понимании, что мир остался прежним.

натуралистическое восприятие окружающего.

 то же самое, что расстройство схемы тела.

124.Что нельзя отнести к анестетической депрессии:

 Депрессию с деперсонализационно-дереализационными расстройствами

 Ироническую депрессию

 Депрессию с переживанием внутреннего опустошения, утраты любви кблизким

 Депрессию с переживанием мучительного бесчувствия

125. Дисфорическая депрессия - это депрессия с:

нигилистически-ипохондрическим бредом.

 идеями распада внутренних органов.

 чувством страха и тревоги.

 переживанием смешанного чувства страха, злобы и тоски.

126. Депрессия с обсессиями - это:

 разновидность психастенической депрессии.

разновидность ипохондрической депрессии.

то же самое, что анестеническая депрессия.

 то же самое, что anaesthesiapsychicadolorosa.

 то же самое, что ананкастическая депрессия.

127. К вариантам аффективных относятся расстройства:

 депрессивные:

ипохондрические:

навязчивые:

психопатические:

астенические:

128. Существо маскированной, соматизированной субдепрессии состоит в:

паранойяльности ипохондрического содержания.

 тягостных телесных ощущениях c фиксацией на них, душевной "прикованностью" к ним, сенестопатоипохондрических и вегетативных расстройствах-переживаниях.

 ипохондрических сверхценных идеях, навязчивых страхах, переживаниях ипохондрического характера.

129. При неглубокой (нестойкой) маскированной, соматизированнойсубдепрессии обычно существенно помогают:

 методы интенсивного перевоспитания (Венсан);

 методика парадоксальной интенции Франкла;

 гипносуггестивная терапия, марттерапия.

130. Клиническое существо истероневротических конверсивных расстройств состоит в превращении душевного переживания в:

 особые фобии истерической структуры.

 истерические страхи - рыдания.

 какие-либо функционально-соматические, телесные движения, расстройства.

 разнообразные ананкастические расстройства истерической структуры.

паранойяльностьистеро-ипохондрической структуры.

131. Нередко существенно смягчает (устраняют) ананказмы:

 императивное внушение в бодрствующем состоянии.

гипносуггестивная терапия.

 активный самогипноз Э.Кречмера.

дзэн-буддийский прием "мондо".

 методика парадоксальной интенции Франкла.

132.Гипсофобия - это:

 навязчивая боязнь одиночества.

навязчивый страх высоты.

 то же, что и мизофобия.

 навязчивый страх внезапной смерти.

 навязчивое сомнение.

133. Anancasmus - это:

 болезненная неуверенность.

 "Болезнь прикосновения".

 термин, связанный по происхождению своему с древнегреческим и римским богом плодородия и урожая.

 то, к чему особенно предрасположены циклоиды.

 термин, связанный по происхождению своему с именем древнегреческой богини необходимости, неизбежности.

134. Фобии - это всегда:

 навязчивые беспредметные страхи.

 страхи смерти.

 страхи невротического происхождения.

деперсонализационные страхи.

 навязчивые страхи.

135. Навязчивости относительно редко встречаются при:

 шизофрении.

 циклотимии.

ананкастической психопатии.

 болезни Пика и пресбиофрении.

136. Патогенетическое существо истеро-невротических расстройств состоит в:

 симуляции-имитации разнообразных серьезных заболеваний.

 демонстративном разнообразном возбуждении.

 эволюционно более древнем реагировании на различные неприятности.

стремлении не быть, а именно казаться (внешними средствами, не внутренним самоусовершенствованием) больше, значительнее, нежели есть на самом деле.

 агрессивном поведении в ситуации обид и неприятностей.

137. Истерическое сумеречное состояние - это:

 Помраченное, функционально суженное сознание, сомнамбулизм

 Глубокая деперсонализация

Оглушенность

Истерическоегаллюцинирование и агрессивные взрывы

138. Истерический припадок отличается от судорожного органического припадка:

 отсутствием непроизвольного мочеиспускания в конце припадка.

отсутствием нарушения сознания во время припадка.

живой зрачковой реакцией на свет.

 отсутствием выраженных судорожных расстройств.

 высокой сексуальной напряженностью во время припадка.

139. В случаях зафиксировавшихся конверсивных истерических расстройств у примитивной личности с рентной установкой существенно помогает:

 внушение в бодрствующем состоянии.

 гипносуггестивная терапия.

протрептика.

 методика сократического диалога Рожнова.

 терапия творческим самовыражением.

140.Псевдодеменция - это:

 истерическое сужение сознания с психогенной картиной слабоумия.

приступ функционального инфантилизма.

 слабоумие на почве мерцающих сосудистых расстройств.

 то же самое, что пуэрилизм.

 истерический ступор с мутизмом.

141. Истерические расстройства часто встречаются при:

 травматической церебрастении и неврозоподобной шизофрении.

 сенильном слабоумии.

 болезни Пика.

 психастенической психопатии.

142. Сверхценные идеи - это:

 навязчивые болезненные мысли, имеющие под собой некоторые, часто обычные (в житейском смысле) реальные обстоятельства, с точки зрения которых эти мысли психологически понятны.

 суждения, возникшие в результате реальных обстоятельств, но занявшие в дальнейшем не соответствующее их значению преобладающее положение в сознании с развитием чрезмерного эмоционального напряжения.

 патологическое, нелогичное толкование действительности; расстройства, сопровождающиеся существенным изменением личности.

 расстройства, которые часто трансформируются в бредовые.

143. Паранойяльный синдром обычно включает в себя:

 сверхценные идеи;

 первичный бред;

 псевдогаллюцинации и явления психического автоматизма;

 навязчивую ревность;

144. Хронический паранойяльный синдром обычно характеризуется:

 выраженными аффективными расстройствами.

 нарастающими изменениями личности.

 усложнением вербальных псевдогаллюцинаций.

 бредовыми "озарениями" по временам.

 тактильным галлюцинозом.

145.Паранойяльный синдром встречается нередко при:

 шубообразной шизофрении.

 рекуррентной шизофрении.

 малопрогредиентной шизофрении.

 травматическом слабоумии.

146. Зрительный галлюциноз нередко возникает:

 при полной утрате зрения; в глубокой старости.

уциклоидов в климаксе.

при бредовой шизофрении и депрессивных психогенных реакциях у психастеников.

 у шизоидных психопатов привсякого рода неприятностях.

147.Тактильныйгаллюциноз - это:

 обилие гиперстезий функциональной природы.

 обилие гиперстезий органического происхождения.

 обилие парестезий функциональной природы.

 обилие парестезий органического происхождения.

 ощущение присутствия и передвижения в теле мелких живых существ с обычной здесь убежденностью больного в реальности этих телесных паразитов.

148. Галлюцинаторно-параноидный синдром обычно не включает в себя:

 первичный бред;

 бред физического воздействия;

 вербальные галлюцинации;

 явления психического автоматизма;

 выраженные деперсонализационные расстройства.

149. Синдром Кандинского - Клерамбоне включает в себя:

 псевдогаллюцинации;

 истинные слуховые галлюцинации;

 бред преследования;

 бред воздействия;

 чувство овладения и открытости.

150. Сенестопатический автоматизм не включает:

 тягостные сенестопатические расстройства с чувством, что невозможно от них избавиться отвлечением, самовнушением;

 псевдогаллюцинации обоняния;

 псевдогаллюцинации вкуса;

 разнообразные тягостные ощущения с чувством специальной их вызванностипреследователями;

 половое возбуждение, урчание кишок, леденящий холод и т.д., вызванныепреследователями.

151. Парафренный синдром не включает в себя:

 систематизированный бред преследования;

 систематизированный бред воздействия;

 фантастический бред величия;

 явления психического автоматизма;

 сверхценные идеи изобретательства.

152. Для хронического парафренного синдрома характерным является:

 неустойчивость аффекта.

 выраженный чувственный бред.

 стабильность бреда.

 тягостная тоскливость.

 замедленное течение мыслей в голове.

153. Кататоническое растерянно-патетическое возбуждение обычно включает в себя:

 стремление к какой-либо бурной деятельности.

 импульсивное возбуждение.

 экзальтированность и шперрунги.

выраженнуюинкогеренцию мышления и речи.

154. Кататонический ступор с восковой гибкостью обычно включает в себя:

мутизм и мышечную гипертонию

 рефлекс на растяжение.

пассивный негативизм.

 постоянную эмбриональную позу.

155. Гебефренический синдром обычно не включает в себя:

 нелепое, манерно-дурашливое поведение, двигательное возбуждение;

 маниакальность;

 речевое возбуждение;

 систематизированный бред.

156. К общим признакам помрачения сознания (по Ясперсу) не относится:

 отрешенность от реального мира (от неотчетливого восприятия окружающего до полной невозможности восприятия);

 дезориентировка во времени, месте, окружающих лицах, ситуации;

 нарушение мышления от бессвязности до полной невозможности мыслить;

 затруднение запоминания происходящих событий и субъективных болезненных расстройств;

 разнообразные галлюцинаторные расстройства.

157. При оглушении:

 говорят о замедлении душевной деятельности и об опустошении сознания;

 всегда есть растерянность;

 обычно обнаруживается бред.

158. При оглушении, в отличие от психо-органического синдрома:

 возможна при внешних побуждениях мобилизация душевной деятельности сослаблением оглушенности;

 нет сонливости и апатии;

 отсутствует утомляемость.

159. При делирии обычно:

наступает обеднение душевной деятельности и отмечается скудность ассоциаций;

возникает ложная ориентировка в окружающем и отмечаются сценоподобные галлюцинации.

160. При мусситирующем делирии обычно:

 отсутствуют реакции на внешние раздражения; возбуждение выражается в однообразных хватательных движениях, снимании мнимых нитей, чего-то приставшего к телу;

 ориентировка не нарушена;

 отмечается возбуждение, сказывающееся привычными профессиональными действиями;

161. При аменции:

 Нет растерянности

 Невозможно целостное осмысление окружающего; речь бессвязна

 Интонация постоянно и бурно меняется

 Персеверации не бывает

162. При аменции, в отличие от делирия:

 характерны яктация, непрерывные подергивания, вздрагивания, выворачивание всего тела и широкое раскидывание рук;

 галлюцинации отсутствуют;

 обнаруживается изменение самосознания (перевоплощение).

163. При онейроиде:

 обнаруживается типичное сочетание глубокой дезориентировки в окружающем с развитием галлюциноза и острого образного бреда.

галлюцинаторные сцены разыгрываются в реальном пространстве.

больной участвует в грезоподобных событиях; в наплыве фантастических представлений резко расстраивается самосознание.

 одни галлюцинаторные события бессвязно сменяются другими.

164. При сумеречном помрачении сознания:

 обычно обнаруживается аффект тоски, злобы и страха, типично-неистовое возбуждение или внешне упорядоченное поведение.

сохраняются в течение долгого времени после перенесенного помрачения воспоминания о субъективных психотических переживаниях в помрачении.

 сохраняется обычно в течение долгого времени после перенесенного помрачения отрывочные воспоминания о реальных событиях во время помрачения.

 начало помрачения обычно внезапно.

165. К вариантам сумеречного помрачения сознания не относится:

 Бредовое

 Галлюцинаторное

 Фуг

Абсанс

Онейроидный вариант

166.Гранд-маль (Grandmal) характеризуется:

 внезапной утратой сознания.

функциональным сомнамбулизмом.

 исключительно клоническими подергиваниями отдельных групп мышц.

 помрачением сознания по сумеречному типу.

 помрачением сознания по онейроидному типу.

167. Припадки Клооса выражаются:

 внезапным перерывом течения мыслей с чувством пустоты в голове и чувством невесомости.

тягостнымидеперсонализационным переживанием.

 переживанием "уже виденного".

 потерей сознания на высоте припадка.

168. К типичным психоорганическим расстройствам не относится:

дисмнезия;

 дисфория;

 нажитая эмоциональная слабость;

 нажитая раздражительная слабость;

 нажитая инертность мышления.

169. Редукция энергетического потенциала - это:

 эмоциональная тупость в соединении с жестокостью.

астенизация.

 апатия, потеря всякой энергии с безразличием к этому.

 нужда в толчке извне вследствие уменьшения энергии.

обнубиляция.

170. Главное расстройство при Корсаковском синдроме - это:

 фиксационная амнезия, утрата памяти на события настоящего.

 глубокие дисмнестические расстройства.

 грубое расстройство элективной репродукции.

 избирательное ослабление ретенции.

171. Для Корсаковского синдрома нехарактерны:

 вялость;

 утомляемость;

 эйфория;

 иллюзии;

 ошибки суждения.

172. Слабоумие - это:

 совокупность определенных продуктивных психопатологических расстройств.

 снижение, распад всех форм познания, резкая утрата критики к своему состоянию, грубая нивелировка личности.

 расстройство, при котором возможна известная сохранность ядра личности, навыков поведения, личностных установок.

173.Паралитическое слабоумие характеризуется:

гипоманиакальностью.

 двигательной расторможенностью и расторможением низших влечений.

 преобладанием тупо-безразличного настроения.

дисмнестическими явлениями.

174. Для шизоидного склада личности характерны:

 преобладание аутизма;

 непостоянство стремлений, привязанностей;

 свободное выражение чувств.

175.Циклоидный склад личности характеризуется:

 душевная открытостью и реалистичность.

 склонностью принимать желаемое за действительное.

брутальностью.

 гиперестезией, сочетающейся со сдержанностью.

176. Для эпилептоидного склада личности характерным является:

 преобладание абстрактного мышления.

гиперестезия чувств.

 авторитарность и энергичность, сочетающаяся с некоторой вязкостью аффектов и речи.

 периодические колебания настроения от радости к печали.

177. Для истерического склада личности характерным является:

 естественная живость в переживаниях и движениях.

 реалистичность.

аутистичность.

 богатство воображения со склонностью принимать желаемое за действительное.

брутальность.

178. Невроз только как функциональное заболевание, не имеющее органической основы (морфологических изменений в органах), определяет:

Вейн.

 Шарко.

Куллен.

 Жане.

Штрюмпель.

179. Невроз считает самостоятельным заболеванием:

Вейтбрехт;

 Ганнушкин;

Бумке;

Куллен;

 Шарко.

180. По Павлову, неврастения возникает у людей:

 с сильным неуравновешенным типом высшей нервной деятельности;

 мыслительного типа с болезненным преобладанием кортикальной деятельности над субкортикальной;

 слабого художественного типа с преобладанием подкорковой деятельности над корковой.

181. К основным типам невротических конфликтов (по Мясищеву)не относится:

 Обсессивно-психастенический

 Неврастенический и истерический

 Истерический

Фобический

182. Конфликт между возможностями личности и ее стремлениями, завышенными требованиями к себе лежит (по Мясищеву) в основе:

 истерии.

невроза навязчивых состояний.

фобического невроза.

 неврастении.

183. Типы акцентуаций, являющиеся благоприятной почвой для возникновения неврастении (по Личко):

 Психастенический

 Шизоидно-истероидный

 Лабильный

184. При неврозах в симпатико-адреналовой системе характерны серьёзные сдвиги:

 адреналина;

 норадреналина;

 дофамина;

 серотонина;

 гистамина.

185. Питиатизм - это:

 термин, которым называл истерические расстройства Шарко.

 "Излечимый внушением".

 разновидность сексуального извращения.

 психотерапевтический прием, разработанный Бабинским.

186. Возникновению истеро-невротических расстройств способствуют:

 художественный тип личности и истерическая психопатия;

 психастенический склад личности;

деперсонализационные расстройства.

187. В основе истерических припадков (по Э.Кречмеру) лежит:

 напряжение сексуально неудовлетворенной матки.

 рефлекс таламического двигательного возбуждения.

 церебральная (диэнцефальная) аномалия.

 височная эпилепсия.

 рефлекс двигательной бури.

188. При истерических припадках обычно отмечается:

 резкий цианоз лица.

 непроизвольная дефекация.

 отсутствие или понижение реакции зрачков на свет.

 кратковременные тонические судороги, сменяющиеся клоническими.

 изгибание тела в судорогах.

189. Истерический припадок обычно:

 продолжается 10-20 мин и более, но не оставляет после себя на время пирамидные знаки.

 заканчивается состоянием оглушенности.

 обнаруживается и тем, что 1 палец руки оказывается под остальными при тоническом сжатии руки в кулак.

 заканчивается сном.

190. При эпилептических эквивалентах возможны:

 затемнение сознания и кратковременные, нерезко выраженные тонические судороги;

 приступы психастенических сомнений;

 парадоксальная интенция.

191. При описанных Шмарьяном псевдоистерических приступах у больных с опухолями лобных долей не отмечаются:

 насильственный смех;

 насильственный плач;

 блефароспазм;

 синдром Ганзера;

 общее дрожание.

192. Что обычно встречается при истерических гемиплегиях:

Синкинезии

 Защитные рефлексы

 Позы Вернике - Манна

 "Походка Тодда"

 Нарушения тазовых органов

193. Истерические параличи чаще всего:

 возникают постепенно путем фиксации того или иного временного нарушения двигательной функции.

 возникают непосредственно после психотравмирующего воздействия.

 обнаруживается у психастеников.

194. Астазия-абазия - это:

 все равно, что содружественные параличи.

 невозможность стоять.

 невозможность ходить.

 невозможность ходить и стоять при сохранности всех остальных движений ногами.

 нижний истерический парапарез.

195. Истерические гиперкинезы нередко:

 усиливаются при волнениях, ссорах;

 отсутствуют в аффективно окрашенной ситуации;

 по форме не похожи на органические.

196. Тики чаще всего охватывают мышцы:

 бедра.

лица и шеи.

языка.

 пальцев ног.

197.Распределение участков истерического нарушения чувствительности нередко соответствует:

 областям распространенности отдельных нервов.

иннервационным областям чувствительных корешков.

 правильным геометрическим фигурам ("ампутационный" тип расстройства чувствительности).

198. Вегето-сосудистые расстройства истерического происхождения:

 Истерическая стенокардия и истерический псевдоинфаркт

 Неврастенические неврозы сердца

 Истерическая задержка мочи

199. Истерическое концентрическое сужение поля зрения:

 часто сочетается с изменением границ поля зрения для отдельных цветов;

 часто обнаруживается и в том, что границы на голубой цвет оказываются шире, чем на красный;

 мешает больным ориентироваться в пространстве.

200. При истерическом амаврозе:

 бинокулярное зрение может оказаться сохранным; больные могут быть убеждены в том, что абсолютно ничего не видят, но обнаруживают сохранность зрительных восприятий (видят).

больные часто попадают (по причине амавроза) в опасные для жизни условия.

 на ЭЭГ глаза больного не реагируют на свет.

201. При истерической глухоте:

 у контуженных обычно встречается одновременно и мутизм;

 больные никогда не обнаруживают заторможенности.

202. Больные с истерической глухотой:

 могут не стремиться, но чрезвычайно быстро научиться читать по губам.

всегда одновременно мутичны.

 обычно одновременно обнаруживают истерическую гемианопсию.

 как правило, страдают одновременно истерическимамаврозом.

203. При истерическом заикании у контуженных:

 нередко встречается удваивание или многократное повторение первых букв.

 обычно наблюдаются судорожные сопутствующие сокращения лицевой мускулатуры.

 часты содружественные движения.

 картина заикания весьма похожа на картину заикания с детства.

204. При псевдодеменции, в отличие от синдрома Ганзера:

 больше нарочитости, театральности, они ярче.

 больные обнаруживают растерянность, заторможенность, жалуются на неспособность что-нибудь понять.

 не обнаруживается какая-либо психотравмирующая ситуация (угроза благополучию).

 психотическое расстройство возникает медленно.

205. Истерический ступор обычно характеризуется:

 постепенным развитием по мере усложнения психотравмирующей ситуации.

полной неподвижностью, страдальческой напряженной мимикой, учащенным пульсом.

суженными зрачками.

206. Для больного истерией характерны (по Консторуму):

 симуляция;

 бегство в болезнь, реакция бессилия.

207. Конверсионные (конверсивные) истерические симптомы - это есть:

истеро-невротические проявления с соматическим фасадом;

 превращение эгоцентрического переживания в фобическое;

 превращение демонстративных проявлений в психастеноподобные и эгоистической установки во внешнюю мягкость;

208. При лечении больного с истерическим мутизмом или истерической параплегией, возникшей после контузии, следует:

 указать ему, что он с помощью этого мутизма или параплегии хочет извлечь какую-то выгоду для себя и, значит, следует для выздоровления остро критически отнестись к себе.

 объяснить больному, что в связи с контузией у него наступил "частичный сон", "временное торможение" участка коры, и это само восстановится, а с лечением дело пойдет поскорее.

 пояснить пациенту, что его расстройство есть не что иное, как проявление его эгоцентрического характера.

 подчеркнуть пациенту, что эти расстройства есть органические симптомы его контузии и надлежит серьезно лечить свой мозг.

209. В случаях моносимптоматических истерических расстройств и истерических психозов можно с успехом применить:

 внушение в легком наркотическом сне.

 суахили.

спинномозговую пункция.

 герменевтику.

210. Помогая пациенту с навязчивостями, врач должен (по Консторуму):

 призвать пациента "взять себя в руки", бороться с навязчивостями.

апеллировать к "здравому смыслу" и "силе воли".

 доказывать пациенту неразумность его навязчивых побуждений.

 запретить пациенту борьбу с навязчивостями на некоторый срок и призвать пациента тренироваться, точно выполняя врачебные предписания.

211. В процессе психотерапии пациента с невротическими фобиями следует (по Н.М.Асатиани):

 говорить с ним о подробностях фобических переживаний.

 изолировать больного за пределы патогенной ситуации и воздействовать гипнотически, основываясь на нейтральной формуле общего успокоения и отдыха.

 внушением стремиться "вытолкать", "выбить" навязчивости из душевного состояния.

 всячески смягчать, ослаблять внушением навязчивости.

212. При возникновении фобического невроза решающее значение имеет:

 психическая травма (в широком понимании).

чрезвычайно стойкая фиксация первичной реакции испуга.

соматическая ослабленность.

 психастенический преморбид.

преморбид с явными элементами демонстративности.

213. Наиболее эффективным психотерапевтическим приемами для лечения упорных фобических невротических расстройств является (по Н.М.Асатиани):

 разъяснение и убеждение.

 отвлекающая терапия; метод функциональных тренировок, разработанной Леонгардом и Бергман.

 внушение по методике Хмельницкого; протрептика.

214. Основная причина возникновения фобического невроза:

 Действие психической травмы

 Психопатическая шизоидная почва

 Эмотивно-лабильная личностная почва

 Астеническая личностная почва

 Психастеническая личностная почва

215. Для шизофренических фобий не характерно:

 внезапность возникновения;

немотивированность возникновения;

 нелепое, непонятное содержание;

 лабильность;

 монотонность.

216.Больные шизофренией:

 нередко пассивно относятся к своим фобиям;

 обычно борются с фобиями и ритуалами;

 не жалуются на навязчивости.

217. Навязчивости в начале органических заболеваний мозга чаще всего встречаются (по Свядощу) в виде:

 фобий высоты.

 страхов сойти с ума.

кардиофобий.

 навязчивого мытья рук.

 навязчивых сомнений.

218. Типичные патогенные конфликтные обстоятельства, ведущие к возникновению фобического невроза - это ситуации:

порождающие зависть.

 вызывающие сомнения в своей правоте.

 приводящие к столкновению сексуального влечения к определенному человеку с мыслями о невозможности близости с ним; порождающие сосуществование противоположных желаний.

 не позволяющие человеку казаться значительнее, больше, нежели он сам на самом деле.

219. Для лечения фобических неврозов особенно показано (по Свядощу) следующее сочетание психотропных препаратов:

Реланиум и феназепам.

Феназепам и аминазин.

Мелипрамин и хлордиазепоксид.

Аминазин и амитриптилин.

 Амитриптилин и феназепам.

220.Типичными навязчивостями (по Свядощу) являются:

 навязчивое влечение к бродяжничеству;

 навязчивое влечение к поджогу;

дромомания;

 страх ударить близкого человека.

221. Органические гиперкинезы (хореические, хореиформные и др.) отличаются от невротических тиков (по Свядощу):

 насильственностью с захватом целых групп мышц.

малым размахом движений.

 тем, что их возможно подавить усилием воли.

 своей сравнительной локализованностью.

222. Навязчивости обычно усиливаются:

 к вечеру при утомлении и при недосыпании;

 в состоянии возбуждения при лихорадочном заболевании;

 в экстремальных обстоятельствах.

223. Невротические состояния, исчерпывающиеся навязчивыми тиками, обычно:

 перерастают в шизофрению.

 проявляются в детстве, прогностически благоприятны, затухая к концу пубертатного периода.

 постепенно стойко обрастают фобиями и обсессиями.

 являются проявлениями болезни Жиля де ля Туретта.

224. Невротическая депрессия (по Свядощу):

 чаще всего возникает у людей неуверенных в себе, нерешительных, является реакцией на длительную психотравмирующую ситуацию;

 характеризуется тем, что больные всегда осознают причинную связь своих переживаний с травмирующей ситуацией;

 нередко доходит до степени глубокой тоски с витальным оттенком.

225. Для гиперстенической формы неврастении характерны:

 нетерпеливость;

 повышенная утомляемость;

 чувство разбитости;

 сонливость;

226.Неврастенический симптомокомплекс может быть вызван:

 интоксикацией;

 сосудистыми заболеваниями головного мозга.

227. Неврастения отличается от невротического симптомокомплекса не психогенного происхождения прежде всего:

 выраженными вегетативными расстройствами.

 положительным окулостатическим феноменом.

 трудностью быстрого переключения с одного вида деятельности на другой.

 повышенной чувствительностью к действию психических раздражителей, как-то связанных с возникновением невроза.

 периодически появляющимся чувством тревоги.

228. Наиболее частый тип течения неврастении (по Карвасарскому):

 Переход из гипостенической формы в гиперстеническую

 Переход из гипостенической формы в смешанную (промежуточную) и затем в гиперстеническую

 Переход из гиперстенической формы в гипостеническую

 Переход из гиперстенической формы в смешанную (промежуточную) и затем в гипостеническую

 Смешанное начало с последующим переходом в гиперстеническую или в вгипостеническую формы

229. Головная боль при неврастении - это обычно головная боль:

 с преимущественным участием нервно-мышечных механизмов.

с преимущественным участием нервно-сосудистых механизмов.

без значительно выраженных нервно-мышечных и нервно-сосудистых нарушений.

 типа психалгии.

230. Невротическое чувство нехватки воздуха, в отличие от соматического, проходит:

 при отвлечении внимания;

 при волнении;

 при физической нагрузке.

231. Психогенные расстройства сердечного ритма проявляются чаще всего:

 аритмией.

 тахикардией.

брадикардией.

 экстрасистолией.

232. При психогенном кожном зуде из психотерапевтических методов особенно действенным является:

 рациональная психотерапия.

внушение в бодрствующем состоянии.

 гипносуггестивная терапия.

наркопсихотерапия.

 косвенное внушение.

233. Для невротической гастралгии характерны:

 чувство переполнения желудка и чувство жжения;

 возникновение боли в желудке в связи с приемом пищи;

 отсутствие полиморфности ощущений со стороны желудка;

234. Основной симптом нервной анорексии:

 Отсутствие аппетита

 Сознательный отказ от еды

 Мучительная борьба с чувством голода

Дисморфофобия

Дисморфомания

235. Для невротической поллакиурии характерным является:

 наличие выраженных дизурических явлений в бодрствовании и во время сна.

неприятные ощущения в области промежности; навязчивые страхи не удержать мочу в общественном месте.

 отсутствие позывов на мочеиспускание.

 то, что опорожнение мочевого пузыря сразу перед дорогой избавляет пациента от соответствующих ощущений и страха перед дорогой.

236. Симптом невротической полиурии:

 Большой объем выпитой жидкости и большой объем выделенной мочи

 Задержка мочеиспускания

 Усиление аппетита

 Артериальная гипертензия

237. Шоковый невроз при неблагоприятном течении может переходить в:

 неврастению.

 невроз страха.

 ипохондрический невроз.

 истерический невроз.

 депрессивный невроз.

238. Для лечения навязчивых расстройств, возникающих в экстремальных обстоятельствах, применяются:

 каузальная психотерапия;

 патогенетическая психотерапия Мясищева;

 гипносуггестивная терапия и аутогенная тренировка.

239. При лечении кальциевым ударом:

 вводится внутривенно медленно р-р хлористого кальция 10% - 15-20 мл., и императивно внушается полное восстановление утраченных функций;

 действие хлористого кальция на организм сочетается с действием болевой дозы фарадического тока;

240. При истерических сумеречных состояниях обычно обнаруживается:

 сужение сознания и выключение из реально существующей обстановки с заменой ее новой, желанной, а также театральность поведения.

 разорванность восприятия.

 растерянность, острая тревога, сенестопатические боли.

 манерность, эхолалия.

241. Истерические сумеречные состояния отличаются от эпилептических:

атематичностью.

 отсутствием центрированности переживаний вокруг какой-либо идеи.

 некоторой оглушенностью.

 тем, что амнезию на время расстройства сознания возможно устранить в гипнотическом сне.

 тем, что больной способен вступить в контакт с врачом.

242. Основной особенностью синдрома Ганзера является:

 "ответы мимо".

 разорванность мышления.

симптом нелепых ответов в плоскости вопросов.

 неспособность понимать смысл предлагаемых вопросов.

 сумеречное состояние сознания.

23. Псевдодеменция отличается от синдрома Ганзера:

 более выраженной нарочитостью своей несостоятельности.

 большей растерянностью, заторможенностью, жалобами на неспособность что-то понять.

 истерическими парезами.

 нелепыми ответами на вопросы.

244. Истерический ступор, остро развившийся в ответ на психотравмирующее воздействие, обычно характеризуется:

эхопраксией.

 страдальческой, напряженной мимикой и мутизмом, полной неподвижностью.

замедленным пульсом.

 суженными зрачками.

245. Истерическое психомоторное возбуждение характеризуется:

 пантомимическими драматическими сценами, страхом, ужасом, способностью переходить в ступор.

восковой гибкостью.

 стремлением к беспорядочному, "пустому" движению.

 двигательными навязчивостями.

246. При лечении истерических психозов показаны:

 лечение убеждением;

 каузальная психотерапия;

 патогенетическая психотерапия Мясищева;

247. Критерии конституциональной психопатии (по Ганнушкину):

 Врожденность патологических свойств личности

 Полная неработоспособность в декомпенсации

 Неспособность психопата к компенсации

 Способность конституциональной психопатии формироваться на почве здорового преморбида под влиянием дурного воспитания

248. Конституциональные психопатии Ганнушкина не предполагают:

патологичность свойств характера до степени нарушения социальной адаптации;

 тотальность этих свойств;

 их стойкость;

 их приобретенность в результате хронического психического травмирования;

 их врожденность.

249. Психопатия (в классическом, клиническом понимании) отличается от патологического развития личности:

 врожденностью патологических свойств личности.

 склонностью к глубоким невротическим расстройствам.

 асоциальностью поведения.

 наличием выраженных патологических свойств личности уже в детстве.

 вегетативными дисфункциями.

250. Главной клинической особенностью истероидного развития является:

питиатизм.

 склонность к экстравертированным реакциям.

экфорические расстройства.

 склонность к экспонации.

алибидемия.

251. Главной клинической особенностью астенического развития является:

 истощаемость психики.

выраженные вегетативные дисфункции.

склонность к дереализационным расстройствам.

 ранимое самолюбие и переживание своей неполноценности.

252. Главной клинической особенностью обсессивного развития является:

алибидемия.

анксиозные расстройства.

 анальная эротика.

ананказмы.

253. Мозаичная психопатия характеризуется:

 преобладанием в клинической картине шизоидной парадоксальности.

 эмотивной лабильностью душевного склада.

 преимущественно асоциальным поведением.

 смешением в клинической картине различных психопатических радикалов.

 шизофреническими "вкраплениями" в психопатическую картину.

254.Психопатизация - это:

 патологическое развитие личности.

 патологическое развитие на базе определенной психопатии.

психопатоподобное состояние.

 патология характера, вызванная каким-то болезненным процессом.

 патология характера, вызванная хронической психогенной травматизацией.

255.Дизонтогенез - это:

 нарушение развития плода в утробе матери.

нарушение формирования личности в детстве.

нарушение развития организма на любом этапе филогенеза.

 нарушение развития организма на каком-либо этапе онтогенеза.

 мягкая задержка развития (инфантилизм).

256. Ретардация понимается в клинической психиатрии как:

асинхрония развития.

 поврежденное развитие.

 задержанное развитие.

 ментальная слабость.

 искаженное развитие.

257. Сущность концепции краевых психопатий (по О.В.Кербикову) заключается в том, что:

 вредоносное длительное воспитание с детства может сформировать психопатию.

в процессе психической хронической длительной травматизации с детства ребенок может приобрести патологию характера.

 психопатия практически не бывает врожденной.

 психопатия не бывает наследственной.

 психопатия не бывает конституциональной.

258. Эпилептоидная психопатия впервые выделена:

 Ф.Минковской.

 П.Ганнушкиным.

 Э.Кречмером.

 М.Гуревичем.

 Я.Фрумкиным.

259. Дисфорическое настроение не включает в себя:

 гнев;

 злобу;

 страх;

 застенчивость;

 тоску.

260. Эпилептоидный психопат нередко отличается:

дисфорической напряженностью;

 манией;

 склонностью к борьбе за справедливость;

 слабыми вялыми влечениями;

 детской непосредственностью.

261. Каждый эпилептоид (по Ганнушкину) несет в себе:

 антисоциальные установки и моральные дефекты.

сверхчестность.

 склонность к сомнениям.

 стремление находиться в центре внимания.

262. Главная особенность мышления и эмоциональности всякого эпилептоидного психопата заключается в:

 агрессивной взрывчатости.

 угрюмо-напряженной замкнутости.

 паранойяльных расстройствах.

 напряженной прямолинейности мышления и чувствования.

 сверхценных ипохондрических переживаниях.

263. Фаза эпилептоида клинически выражается:

 усугублением злобноватойаутистичности.

субдепрессивными расстройствами.

 психотической агрессивной взрывчатостью.

дисфорической напряженностью.

психестетической пропорцией.

264. В телосложении эпилептоида чаще обнаруживаются:

 атлетические (атлетоидные) черты.

 пикнические черты.

астено-диспластические черты.

 моменты грацильности.

265.Соматически для эпилептоидов, в отличие от других психопатов, характерны:

 атлетически-диспластическое телосложение;

лептосомное и грацильное телосложение;

 половые извращения.

266. Для формирования психотерапевтического контакта со всяким эпилептоидным психопатом следует:

 со всей правдивой отчетливостью разоблачить его антисоциальность.

 искренне похвалить его за все, что достойно похвалы.

 сурово призвать его прежде всего к дисциплине, потребовать уважать врача.

 назначить транквилизаторы.

 назначить лечение сульфазином.

267. Идеальный психотерапевтический успех в случае лечения эпилептоидной психопатии - это:

 излечение психопатии.

 компенсация психопата.

гиперкомпенсация психопата.

 устранение эпилептоидной характерологической структуры.

 восстановление трудоспособности.

268. Эпилептоидная взрывчатость и раздражительность отличается от раздражительности больного органическим поражением мозга и неврастенией:

 истерическим сужением сознания.

бурными вегетативными дисфункциями.

 малой продолжительностью.

 склонностью к самообвинению после взрыва (приступа раздражения).

 отсутствием истощаемости.

269. Эпилептоидный психопат всегда отличается от истероидного:

 более выраженной лживостью, двуличием.

дисфорической напряженностью.

 легкой отходчивостью после приступа возмущения, агрессивности.

 моментами ханжества.

270. Долгим алкогольным ремиссиям эпилептоидного психопата-алкоголика особенно способствует:

 психотерапевтическая попытка унизить его как алкоголика, пьяницу.

возможность реализовать свою авторитарность, властность с опасностью потерять должность.

 лечение малыми дозами мелипрамина.

 лечение барбитуратами.

 лечение транквилизаторами.

271. Аффективные переживания параноиков всегда отличаются (по Ганнушкину):

 вялостью.

 односторонностью и силой.

 тягостными сомнениями.

 эйфорией.

272. Клинически общее у астенического и психастенического психопата - это:

 эйфория

 конституциональный характерологический конфликт чувства неполноценности с ранимым самолюбием.

 нажитые вегетативные дисфункции.

 склонность к истеро-невротическим реакциям и рефлексии.

273. Изначальная психопатическая тревожность обнаруживается (конкретизируется) в переживаниях астенического психопата преимущественно в:

 болезненных сомнениях.

 склонности к сложно-аналитическим переживаниям-раздумьям.

 тревожной мнительности.

 сверхценных ипохондрических переживаниях.

274. Ипохондрические переживания астеника всегда заключают в себе:

 сверхценные образования.

болезненные сомнения.

сенестопатические расстройства.

 мнительность и тревогу.

275. Болезненные, тревожные сомнения ипохондрического содержания обычно ослабевают или уходят:

 в процессе внушения в бодрствующем состоянии.

 благодаря приемам элементарного самовнушения.

 в процессе компетентного, информативного, врачебного разъяснения.

 при попытке отвлечься от них какими-либо делами.

 в занятиях аутогенной тренировкой.

276. Психастенические психопаты обычно не склонны к:

 ипохондрическим переживаниям сверхценного характера;

 тревожно-аналитическим раздумьям по поводу своего здоровья;

 тревожным переживаниям за своих близких;

 совестливо-нравственным исканиям;

дефензивным переживаниям.

277.Особенностями соматической конституции астенического психопата являются:

 склонность к вегетативным дисфункциям и к аллергическим заболеваниям;

 предрасположенность к гипертонической болезни;

 предрасположенность к шизофрении.

278.Психастенику несвойственны:

 аэрофагия с пустой отрыжкой;

глоссальгия;

 парестезия;

 гипертонические тревожные реакции ожидания при измерении артериального давления;

метаморфопсия.

279. Патологичность именно психастенических болезненных ипохондрических сомнений заключается в их:

ананкастичности.

 навязчивой психопатологической структуре.

 тревожно-аналитическом преувеличении вероятности тягостного заболевания.

 сверхценной структуре.

 тесной связи с тягостными функционально-соматическими ощущениями.

280. Психастеник обычно способен:

 искренне глубоко переживать за всякого тяжело заболевшего человека.

 к широкой внутренней душевной отзывчивости.

 длительно переживать свои этические промахи и, в то же время,эмоционально прохладно относиться ко многим знакомым ему страдающим людям.

 живо, естественно помогать на улице всякому, попавшему в беду, инвалиду и т.п.

281. Психологическая защита психастеника сказывается в:

 высокой способности вытеснять из сознания неприятное.

деперсонализационном душевном онемении, способности смягчать душевную напряженность в естественном бурном двигательном возбуждении и непосредственно выражать свои чувства, освобождаясь от тягостных переживаний.

282. "Ананказм" означает с греческого:

 болезнь прикосновения.

боязнь открытого пространства.

 принуждение или необходимость.

 боязнь опоздать.

283. Термин "ананказм" предложил:

 Шнейдер.

 Кан.

Донат.

Петрилович.

 Ганнушкин.

284. Астеническим психопатам не свойственны:

 чрезмерная впечатлительность;

 чувство собственной недостаточности;

 раздражительность;

 истощаемость;

 стремление находиться в центре внимания.

285. Основные черты психастеников (по Ганнушкину):

 Крайняя нерешительность и боязливость

Эгоцентричность

 Активность

286. Психастеник обычно не отличается:

 педантизмом;

 формализмом;

 активностью в реальной жизни;

 фантазерством;

 двигательной неловкостью.

287. Психастеническая ипохондрия по своей структуре есть ипохондрия:

 навязчивая.

 сверхценная.

 сомневающаяся.

 мнительная.

 депрессивная.

288. Сложное психастеническое переживание включает в себя:

 изначальную тревожность без склонности к анализу.

боязнь за будущее с неспособностью чувственноцепко держаться за настоящее.

 аутистическое размышление, анализирующее эту тревожность.

дисфорическую напряженность и диатетическую пропорцию.

289. Существо клинико-психотерапевтической помощи при психопатических ананказмах состоит в:

 упорном леченииананказмов аутогенной тренировкой и гипносуггестивными сеансами.

 групповых психотерапевтических занятиях - в группах М.Балинта.

применении когнитивно-поведенческих методик и приемов душевного оживления.

290. Существенное отличие клинической психотерапии психастенического психопата от психотерапии астенического психопата состоит в:

 совершенно обязательных для психастеника групповых психологически ориентированных психотерапевтических приемах.

 том, что психастенику не показано лечение гипнозом.

 сложной рациональной работе с психастеником.

ведущем значении аутогенной тренировки в лечении психастеника.

 практической невозможности существенно помочь астеническому психопату без применения парадоксальной интенции Франкла.

291. Психотерапия астенических психопатических случаев с известной духовной ограниченностью включает в себя:

 гипнотические шоковые сеансы.

подробное познание себя и иных характеров с помощью изучения научной, научно-популярной и художественной литературы.

 занятия аутогенной тренировкой, переделывающие личность астенического психопата в агрессивного, уверенного в себе, практического человека.

 ободряющие беседы без аналитической усложненности; требования режима жизни.

292. При дефензивных психопатических состояниях И.А.Сикорский советует:

 знакомить пациента с недостатками его характера, призывая изучить это свое душевное уродство.

твердо приказать пациенту взять себя в руки.

 подчеркнуть пациенту, что его тонко развитое чувство стыда есть пройденная ступень эволюции человека, надобно сделаться практичнее, смелее, современнее.

 подчеркивать пациенту особенные достоинства и преимущества его характера, открыть пациенту, что его патологическая стыдливость, нравственные страдания есть явление высоко прогрессивное.

293. Циклоиды отличаются от больных циклотимией:

 наличием психотических расстройств.

 наличием только субдепрессивных расстройств, но не гипомании.

дистимическим уровнем аффективных расстройств; психопатическим конституциональным складом.

 тем, что сравнительно редко обнаруживается у них пикническое телосложение.

294. Главная особенность мышления и эмоциональности всякого циклоидного психопата состоит:

живом оптимизме.

авторитарности.

 склонности к кулинарным занятиям.

синтонности.

 быстро проходящей раздражительности.

295. Чаще всего из циклоидных психопатов и акцентуантов спиваются:

 конституционально-возбужденные.

синтонные, печальные акцентуанты.

 эмотивно-лабильные циклоиды.

гиперсоциальныеэлептоидные циклоиды.

 эксплозивные циклоиды.

296. Основной и главной шизоидной личностной особенностью является:

 склонность к теоретическому мышлению.

 парадоксальность поступков.

 замкнутость, малоразговорчивость.

 склонность жить внутренней жизнью.

аутистичность мышления, эмоциональной жизни.

297. Термин "шизоид" распространился в психиатрии благодаря:

Гауппу.

 Ганнушкину.

Кречмеру.

 Шнейдеру.

Бумке.

298. Ганнушкин полагал, что больше всего шизоидов характеризует:

 чрезмерная нервно-психическая возбудимость и одновременно истощаемость;

 чрезмерная впечатлительность и чувство собственной недостаточности;

 причудливая парадоксальность эмоциональной жизни и поведения, аутистическая оторванность от внешнего, реального мира.

299. Моторике шизоидане свойственны:

 эластичность, гармоничность;

 угловатость движений;

 манерность;

 стремление к стилизации;

 судорожно стереотипные движения.

300. По Ганнушкину, шизоиду трудно:

 точно, трезво представить себе, что происходит вокруг него, проникнуть в душевный мир других людей.

отчетливо увидеть отдельные части окружающего его мира.

 обнаружить способность к самопожертвованию в общечеловеческих вопросах.

 обнаружить тонкое эстетическое чувство.

301.Шизоиды в большинстве своем обладают:

 тонким "аффективным резонансом" к чужим переживаниям;

 способностью понять горе и радость людей, которые их окружают;

 способностью проявлять много чувствительности к незнакомым, воображаемым ими людям, высокой раздражительность;

302. Существо психэстетической пропорции (по Э.Кречмеру) заключается в:

 склонности человека к наслаждению красотой.

 одновременном существовании в душевной жизни гиперестетических и анестетических элементов; эмоциональной аутистичности.

 противоречивом переживании в душе чувства любви и одновременно ненависти к какому-то человеку.

 мыслительно-эмоциональной расщепленности.

303. Главная особенность мышления и эмоциональности всякого шизоидного психопата состоит в:

 душевной замкнутости, высокой осторожности в общении с людьми.

 склонности к абстрактным размышлениям, к мечтательности.

аутистичности мышления и чувствования.

 мыслительно-эмоциональной расщепленности.

пойкилотимности настроения.

304.Шизоидам свойственны (по Ганнушкину):

 неправильное течение интеллектуальных процессов; склонность к рассуждениям, исходящим не из фактов, а из схем, основанных на игре слов;

 любовь к несовместимым логическим ситуациям;

 стремление к сближению понятий, к действительности ничего общего между собой не имеющих.

305. Шизоидные психопаты обычно:

 внушаемы.

 упрямы, негативистичны.

волевые во всем.

 не способны к чрезвычайно большим интеллектуальным или художественным достижениям.

306. Мимозоподобная замкнутость шизоида объясняется (по Ганнушкину):

 чрезмерной ранимостью;

 неспособностью найти адекватный способ общения или высказаться до конца;

 известной циклоидностью.

307. Главное в психотерапевтической работе с шизоидом состоит в том, чтобы:

 помочь ему активированием, трудом сделаться более общительным, более реалистическим человеком.

экстравертироватьшизоида для общественной пользы.

 помочь шизоиду применить общественно полезно его аутистичность.

 занятия его аутогенной тренировкой, переделывающие характер.

 суггестией усилить общительность шизоида, его трезвый взгляд на жизнь склонность к разумным компромиссам.

308. Самые частые особенности сомнамбулической картины гипноза у шизоидных психопатов состоят в:

 относительной отрешенности пациента в гипнозе от психотерапевта, его внушений, в наполненности картины гипноза самостоятельными, своими собственными образами, переживаниями.

 нелепом, неадекватном поведении в гипнозе.

 агрессивном возбуждении в гипнозе.

 легком переходе гипнотического сна в естественный.

 неспособности к галлюцинаторным переживаниям в сомнамбулическом гипнозе.

309. Истерический психопат обычно способен:

 совершать красивые подвиги, увлекая за собой толпу; к актам подлинного самопожертвования.

совершать поступки, выполнять работы, требующие длительного напряжения.

 к прочным привязанностям.

 к глубоким интересам в науке и искусстве.

310. Истерические психопаты обычно наделены:

 простодушной непосредственностью.

 прочными убеждениями.

 неестественностью и фальшивостью.

 глубиной, оригинальностью в психологическом творчестве.

311. Для истерического психопата типична:

 завистливость;

 способность сознавать свои ошибки.

 склонность к самообвинению.

дисфоричность.

 ревнивость.

 мстительность.

312. Неустойчивый психопат способен компенсироваться:

 находясь под давлением сурового жизненного уклада или в руках человека, не выпускающего его из-под наблюдения;

 в среде еще более тяжелых своей неустойчивостью психопатов, нежели он сам;

 в кругу семьи, мягко, нежно опекающей его, не докучающей ему упреками.

313. Хронический алкоголизм на неустойчивой личностной почве:

 обычно протекает вяло, малопрогредиентно.

 чаще протекает злокачественно.

 возникает преимущественно в среднем возрасте.

 имеет обычно хороший прогноз в случае квалифицированного лечения.

 встречается довольно редко.

314. Антисоциальные психопаты часто бывают:

 злобными, жестокими, холодными резонерами, сластолюбцами.

синтонно-дефензивными, утонченно-аутистическими.

 застенчивыми и тревожными.

 навязчиво-совестливыми, ананкастическими.

315. Органическим психопатам не свойственны:

 авторитарность;

простодушие;

 склонность к бурным, быстро угасающим реакциям, бестормозность;

 склонность к сомнениям, анализу.

316. Органические психопаты отличаются:

 сочетанием различных характерологических радикалов, отсутствием усидчивости.

духовной тонкостью.

живой детской романтичностью.

 астеническим телосложением.

317. Понятие "черепно-мозговая травма" включает:

 механическое повреждение сосудов и оболочек мозга.

всякое органическое нарушение больших полушарий мозга.

 органические повреждения костей черепа различного генеза.

318. Продолжительность острого периода закрытой черепно-мозговой травмы:

 От одного дня до нескольких дней

 От нескольких минут до нескольких часов

 От нескольких секунд до нескольких минут

 От одного дня до 2 месяцев и более

 От 4 месяцев до нескольких лет

319. При легкой черепно-мозговой травме:

 первоначальное отключение сознания длится не более 1-2 сек.

 последующего оглушения нет.

ретроградной амнезии нет.

 может быть головная боль, головокружение, тошнота, рвота.

320. При черепно-мозговой травме средней тяжести:

 ретроградная амнезия может охватывать события лишь нескольких часов.

антероградной амнезии нет.

 отмечается в остром периоде отчетливая астения.

 может наступить в остром периоде сопор.

 постоянна фиксационная амнезия.

321. При апаллическом синдроме:

 защитные рефлексы всегда сохранены.

больной может разговаривать.

часты расстройства мочеиспускания и дефекации.

 больной не может глотать.

 больной фиксирует взглядом окружающие предметы.

322. Осевыми расстройствами всех травматических психозов острого периода черепно-мозговой травмы являются:

 измененное сознание;

 конфабуляция;

 яркие сновидения;

 депрессия.

323. Прогностически неблагоприятный симптом, свидетельствующий о значительной тяжести травмы, возникающий в остром периоде черепно-мозговой травмы:

 Эпилептиформные припадки

 Пароксизмальные хореиформные состояния

 Пароксизмальные атетоидные состояния

Антероградная амнезия

 Феномен "уже виденного"

324. При черепно-мозговой травме взрывной волной всегда наблюдается:

 потеря сознания.

наружные повреждения.

кровотечения из носа или горла.

 кровотечение из ушей.

325. Из состояний измененного сознания при травме взрывной волной чаще всего встречается:

 делирий.

сумрачное помрачение сознания.

 аменция.

 онейроид.

парафрения.

326. Для больных с начальными церебральными сосудистыми расстройствами не характерно:

парастезия в области лица;

 частое пробуждение с невозможностью снова заснуть;

 чувство собственной измененности;

 нарушение симультанного восприятия;

 явное замедление, затруднение мышления и речи.

327. Наиболее типичные проявление острой стадии эпидемического энцефалита:

Делириозные расстройства

Гиперкинетические расстройства

 Патологическая сонливость и летаргия

Онейроидные расстройства

328.Типичными расстройствами при болезни Паркинсона являются:

 Патологическая застенчивость, нерешительность

Гипотонико-гиперкинетический синдром

 Повышение мышечного тонуса

 Нерешительность

329. Шизофрения с медленным нарастанием психических расстройств не описывалась в литературе как:

 Мягкая.

 Латентная.

 "Санаторная".

Шизо-аффективная.

Вялопротекающая.

330. "Основное", нозологически специфическое для шизофрении, расстройство было впервые подробно описано:

Блейлером.

 Берце.

Штранским.

Снежневским.

Груле.

331. Типичная особенность малопрогредиентно-шизофренических навязчивостей:

 Многолетнее сохранение навязчивостями живой, аффективной окраски

 Содержание навязчивостей не теряет своей психологической понятности

 Больной все меньше, слабее борется со своими навязчивостями

 Сохраняется полная критика к содержанию навязчивых переживаний

 Частый переход навязчивостей в бред

332. Маниакально-депрессивный психоз в современном понимании как нозологическую форму выделил и описал:

Гретер.

 Шнейдер.

Блейлер.

 Геккер.

Крепелин.

333. Депрессивные и маниакальные фазы при маниакально-депрессивном психозе разделены:

 ремиссиями.

экзацербрациями.

 вялым течением эндогенного процесса.

интермиссиями.

 невротическими состояниями.

334. Основной вариант развернутой депрессии при маниакально-депрессивном психозе:

 Тревожная депрессия; тоскливая депрессия с витальной тоской и психомоторной заторможенностью

 Шизоидная депрессия

 Кинестетическая депрессия

Кататоническая депрессия

335. К клиническим вариантам маниакальных фаз при маниакально-депрессивном психозе не относится:

 Веселые, "солнечные" мании

 Мании с синдромом Кандинского; эротические мании

 Мании со скачкой идей

 Гневливые мании

336. В начальной стадии мании (циклотимическая гипомания) при маниакально- депрессивном психозе обнаруживается:

 чувство бодрости и физического благополучия.

Fugaidearum.

 циничность в высказываниях.

 прожорливость.

 беспорядочная агрессия.

337. При скрытой депрессии больные чаще всего жалуются:

 боли в области сердца, головные боли и ощущения сжатия в голове, чувство нехватки воздуха.

обострение сексуального влечения.

 болезненную застенчивость.

338. Что характерно для клиники маниакально-депрессивного психоза в старческом возрасте:

 Усложнение клинической картины ипохондрическими расстройствами и депрессивные бредовые расстройства

Делириозные расстройства

Аментивные расстройства

 Синдром Котара

339. В развитии grand mal различают фазу:

 помрачения сознания, тоническую и клоническую фазы.

аментивных расстройств и фазу аутистического психоза.

делириозных переживаний и деперсонализационную фазу.

340. К разновидностям petit mal не относят:

абсансы;

ретропульсивные припадки;

 импульсивные припадки;

миоклонические припадки;

клоунизм.

341. К острым эпилептическим психозам относятся:

 эпилептический делирий и паранойяльный эпилептический психоз;

острый эпилептический параноид и эпилептических сумеречных состояний.

342. К обязательным психотерапевтическим мероприятиям при эпилепсии относят:

 гипнотическое внушение и культтерапию;

 разъяснительное подкрепление всех видов лечебных процедур и лекарственных назначений

протрептику.

343. Термином "алкоголизм" обозначается:

 всякое употребление спиртных напитков.

злоупотребление спиртным с достаточно выраженным снижением личности.

прогредиентное заболевание с патологическим влечением к спиртному, абстинентным синдромом и другими расстройствами.

 всякое отравление спиртосодержащими веществами.

344. Алкоголь относят к:

 пищевым продуктам.

 наркотикам.

 транквилизаторам.

 токсинам.

эндорфинам.

345. Концентрация эндогенного алкоголя в крови человека составляет:

0.04 - 0.06%

0.009 - 0.005%

0.01 - 0.03%

346.Патологическое опьянение - это:

болезненное изменение картины опьянения вследствие энцефалопатических

алкогольных расстройств;

 сумеречное помрачение сознания, возникающее при известных условиях после приема даже небольших доз алкоголя;

 одна из атипичных форм алкогольного опьянения, интоксикация алкоголем, глубоко отличная от простого алкогольного опьянения.

347. К облигатным признакам алкогольной абстиненции не относятся:

 тремор;

 тревога;

 головные боли и рудиментарные галлюцинации;

 патологическое влечение к алкоголю.

348. По Жислину, алкогольная абстиненция продолжается от:

2 до 8 часов.

1 дня до нескольких недель.

 нескольких недель до 1,5 месяцев.

2 часов до месяца.

2 часов до недели.

349. Вариативность клинического течения алкогольного абстинентного синдрома связана с(со):

дефензивными проявлениями;

 вегето-соматическими и неврологическими расстройствами с судорожным компонентом;

 слабоумием.

350. Главной особенностью амнезий при алкоголизме считается их:

лакунарность и фрагментарность.

 тотальность.

полиморфность.

 эсхатологический мотив.

351. Эксплозивный тип заострения личности больного алкоголизмом включает в себя:

 оптимистическое настроение.

довольство окружающими и самим собой.

 легкое возникновение аффектов неприязни, придирок, недовольства, аффектов злобы и гнева.

 раздражительную слабость.

352. Неустойчивый тип заострения личности больного алкоголизмом включает в себя:

 преобладание возбудимости над истощаемостью в раздражительной слабости.

 ранимость, уязвимость.

 высокую подверженность внешним влияниям; стремление уклониться от любых трудностей.

 вязкость эффекта.

353. Важнейшим симптомом первой стадии алкоголизма является:

 выраженный абстинентный синдром.

значительное эмоциональное огрубение личности.

интолерантность в конце запоя.

 обратимые психо-органические симптомы в похмелье.

 первичное патологическое влечение к алкоголю.

354. Наиболее частыми соматическими осложнениями алкоголизма:

 Жировая дистрофия печени

 Склерома и болезнь Меньера

Телеангиэктазия

 Болезнь Шенлейна - Геноха

Туберкулома

355. Наиболее характерным неврологическими осложнениями алкоголизма является:

 сирингомиелия.

полиневропатия.

 болезнь Паркинсона.

 рассеянный склероз.

амавроз.

356.Главная причина частых неудач при лечении страдающих алкоголизмом женщин:

 Нежелание большинства женщин-алкоголичек лечиться и редкое самостоятельное повторное обращение к врачу

 Преобладание среди женщин, страдающих алкоголизмом, синтонного и эксплозивного заострения личности

 Преобладание среди женщин, страдающим алкоголизмом, шизоидного заострения личности

357.Риск возникновения алкоголизма в подростковом возрасте резко возрастает при:

 психастенической психопатии.

 астенической психопатии.

 шизоидной акцентуации.

 неустойчивой акцентуации или эпилептоидной психопатии.

358.Культтерапией называют:

 обращение к больным на "Вы".

ежедневное чтение газет.

просмотр художественных кинофильмов в зале больницы.

 посещение театра.

 художественную самодеятельность пациентов.

359.Арттерапию принято понимать как метод:

 диагностики с помощью рисунков.

 проективного изучения личности.

 использования рисования и пластических средств с лечебной целью.

 уяснения неосознаваемого конфликта.

 творческого выражения.

360.Для формирования у больных алкоголизмом условно-рефлекторной тошнотно- рвотной реакции на алкоголь применяют:

 пустырник;

 валериану;

 пион уклоняющийся;

 баранец;

361. Абстинентный синдром при морфинизме не включает в себя:

 слюнотечение;

 боли в пояснице;

выламывающие боли в мышцах рук и ног;

 зевота;

ментизм.

362. Кокаин относится к:

 снотворным.

ингалянтам.

 стимуляторам.

 галлюциногенам.

 опьяняющим ("фантастикам") веществам.

363. К ингалянтам относятся:

 пары бензина;

астматол;

эфедрон.

364. Привыкание нередко возникает к:

реланиуму и радедорму.

стелазину и галоперидолу.

френолону.

пиразидолу.

365. В быту наиболее часто встречается злоупотребление:

аминазином.

барбитуратами.

ноотропилом.

 амитриптилином.

галоперидолом.

366. Неотложная помощь при передозировке опиатов включает в себя применение:

налоксона.

галоперидола.

 седуксена (инъекция).

 димедрола.

367. Императивное внушение парадоксально усиливает у детей психомоторные нарушения в случаях:

 слабого типа нервной системы или соматического ослабления;

 эпилептоидной психопатии;

 циклоидной психопатии;

368. Гипнотерапия практически осуществима у детей в возрасте после (лет):

2:

4:

7:

6:

5:

369. Главный фактор, влияющий на эффективность гипнотерапии у детей:

 Выраженное биополе у гипнотерапевта

 Профессиональное умение врача

 Тонкое, подробное знание клинической картины

 Мягкость в характере врача

370.Группы аутистических расстройств у детей (по Кагану):

 Детский аутизм Каннера и шизофренический аутизм

 Аутизм в структуре психастенического характера

 Аутизм в структуре эпилептоидного характера

371. Психотерапия больных с дисморфоманическими расстройствами должна непременно включать в себя:

 гипноз.

 аутогенную тренировку.

 разъяснение, направленное на переориентировку личности по типу переключения основного внимания со своей внешности на более значимые жизненные ценности.

 семейную психотерапию.

 музыкотерапию.

372.К психосоматическим заболеваниям не относятся:

 рак желудка и толстого кишечника;

 язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки;

 ишемическая болезнь сердца;

 гипертоническая болезнь.

373. Основная сущность германской "школы соматиков" заключалась в том, что:

 душевные болезни понимались как болезни мозга;

 придавалось особое значение соматическим особенностям и расстройствам у душевнобольных, исследовались взаимосвязи душевного и телесного;

 отрицалось психогенное происхождение бреда душевнобольных и других подобных психотических расстройств;

 соматическое страдание толкуется в соответствии с гуманистической психологией А.Маслоу;

психоаналитически-символически толкуется душевное состояние тяжелых соматически больных.

374. Основное положение кортико-висцеральной теории (К.Быков):

 Функциональное подчинение вегетативных и эндокринных процессов коре больших полушарий головного мозга (кортиколизация)

 Внутренние органы связаны через интерорецепторы с корой мозга по принципу безусловного рефлекса

 Характер работы внутренних органов тесно связан с особенностями личности

 Эфферентная сигнализация висцеральных систем участвует в формировании высшей нервной деятельности и в корковой интеграции всех соматических и вегетативных функций

 Личностными особенностями обусловлена предрасположенность человека

375. Согласно классическим работам Г.Ф.Ланга, гипертоническая болезнь - это болезнь:

 сосудов головного мозга.

 всех артерий и артериол.

 сосудов двигательных центров мозга, регулирующих артериальное давление.

 височных долей коры головного мозга, регулирующих артериальное давление.

 центрального нейро-гуморального аппарата, регулирующего артериальное давление.

376. Симптоматические (вторичные) гипертензии составляют от всех случаев гипертонии, по данным И.Шхвацабаи и В.Метелицы:

2-3%

12-20%

20-30%

30-40%

60-70%

377. Вид "ситуационной гипертензии":

 Экзаменационная

 Театральная

 Почечная

 Экзистенциальная

 Харизматическая

378. Тревога при тревожно-мнительном характере имеет такую же биологическую основу и соматическое сопровождение, как и тревога при:

 циклотимии и маниакально-депрессивном психозе.

ананкастической психопатии.

психастеноподобной шизофрении.

 инволюционных невротических расстройствах.

379. По Александеру, основной личностной чертой больных гипертонической болезнью является:

 враждебная настроенность, сочетающаяся с выраженным контролем и подавлением агрессивных тенденций поведения.

паранойяльность.

сенситивность.

аутистичность.

демонстративность.

380. Эффективность гипнотерапии больных гипертонической болезнью зависит прежде всего от:

 глубины гипноза.

 количества проведенных сеансов.

 продолжительности гипнотического сеанса.

 включения музыки в гипнотический сеанс.

 сочетания словесного внушения с воздействием на тот или иной

анализатор (зрительный, тактильный и т.д.).

381. В формировании атеросклеротических изменений в сосудах прежде всего участвует:

 нарушение водно-солевого обмена.

лептосомное телосложение.

 склонность к гипокоагуляции.

 артериальная гипертония.

382. По В.Ослеру, к личностным особенностям больных стенокардией и инфарктом миокарда относится:

невротичность и сенситивность.

тягостное чувство неполноценности.

честолюбие, энергичность с уверенностью в своих силах.

383. "Коронарный личностный тип" (по Ф.Данбэр) обнаруживает:

 скрытность, способность сдерживаться.

синтонность.

гипоманиакальность.

 неспособность контролировать свои эмоции.

астеничность.

284. Особенно предрасположены к ишемической болезни сердца мужчины в возрасте 39-40 лет с(со):

 способностью энергично добиваться продвижения по службе, ощущением нехватки времени.

 скрупулезностью, ананкастичностью.

 добродушием.

 неуверенностью в себе (склонностью к сомнениям).

385. По шкалам личностного опросника Кеттела, больные ишемической болезнью сердца определяются как имеющие черты:

шизотимные

циклотимные

эпитимные

 паранойяльные

 истерические

386. Гипнотерапия показана больным с приступами стенокардии в тех случаях, когда:

 электрокардиологические и рентгенологические исследования обнаруживают значительные органические изменения в сердце и крупных сосудах.

 имеется весьма высокая гипнабильность.

отмечается условнорефлекторный механизм в возникновении повторных приступов и обычная медикаментозная терапия не имеет успеха.

 нет сопутствующих отчетливых функциональных расстройств нервной системы.

387. К типичной личностной особенности больных язвенной болезнью относится:

 эмоциональное спокойствие.

 склонность к тревоге, опасениям, страхам.

 Не знаю

388. Сеансы гипнотерапии при язвенной болезни должны продолжаться (по Булю):

20-30 мин.

30-40 мин.

40 мин - 3 часа.

 Более 3 часов.

389. Показателями эффективности гипнотерапии больных язвенной болезнью не являются:

 данные клинического исследования до, во время и после лечения;

 данные лаборатории;

 данные рентгеноскопии и рентгенографии;

 частота, длительность и интенсивность приступов рвоты, болей как наиболее выраженных проявлений болезни;

 результаты теста ММРI.

390. Показание для гипнотерапии больных хроническим холециститом:

 Медленное начало без предшествующих ему тяжелых переживаний

 Наличие выраженных функциональных нервных расстройств

 Явный эффект от медикаментозной терапии

 Отсутствие условнорефлекторных болей и рвоты

391.В малой группе для соматических пациентов подбор больных должен быть таким, чтобы в ней встретились больные:

спо возможности полным совпадением клинической картины и тяжести заболевания.

 с абсолютно различными болезнями, не имеющие между собой ничего общего даже в симптомах.

 со сходными жалобами, симптомами, переживаниями, но с разной выраженностью клинической картины и находящиеся на разных этапах лечения.

 примерно одного интеллектуального уровня.

392. Основная задача групповой психотерапии соматических пациентов (по Рожнову и Либиху):

 Сообщение больным научно обоснованных сведений об их болезнях, борьбу с эгротогениями

 Обучение больных занятиями рациональной терапией

 Религиозно-психотерапевтическую помощь безнадежно больным

 Обучение пациентов приемам музыкотерапии

393. Аутогенная тренировка применяется в лечении соматически больных в целях:

 смягчения напряжения, постоянно присутствующего в "неадекватной реакции на болезнь";

 усиления творческих способностей пациентов, формирования целебного ощущения в пациентах своего единства с природой;

 формирования светлого, религиозного переживания в пациентах, по существу действующего психотерапевтически.

394.Гипносуггестивная психотерапия сахарного диабета показана при:

 всех формах сахарного диабета.

 неэффективности лекарственной терапии, а происхождение заболевания отчетливо связано с психотравмой или длительными отрицательными эмоциями.

 выраженных формах сахарного диабета.

отсутствии у диабетиков фурункулеза.

495. Эффективность гипнотерапии при лечении бронхиальной астмы тем выше, чем:

глубже гипнотическое состояние и выше гипнабельность больных.

сильнее рассудочность пациента.

 более выражена склонность пациента к деперсонализационным состояниям.

 более расположен пациент к возникновению и развитию ананказмов.

396.При лечении внутрисуставных переломов костей у детей с выраженным болевым синдромом) гипноз применяется:

 для расслабления мышц и уменьшения боли, возникающей при разработке движений в суставах;

 до снятия гипсовой повязки;

 для усиления напряжения в мышцах.

397.Основная психопрофилактическая подготовка беременных к родам должна начинаться за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мес. до предполагаемых родов:

8

4

2

1,5

398.Основная психопрофилактическая подготовка беременных к родам (по И.Вельвовскому) состоит из \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ занятий:

20

12

10

16

399.На 2-м занятии по дородовой подготовке беременных (по И.Вельвовскому) участницы занятий:

 детально отрабатывают технику поведения роженицы в первом периоде родов.

 изучают с помощью рисования на доске изменяющееся положение матки.

 получают понятие о зонах Снегирева - Геда и отрабатывается техника напряжения мускулатуры.

 приступают к изучению анатомии и физиологии родового акта как гармонии жизни.

400. Сексопатология - это:

 медицинская сексология;

 раздел урологии;

 раздел психиатрии.

401. Аноргазмия наиболее часто сочетается с(со):

 снижением полового влечения;

 мастурбацией;

 нарциссизмом.

402. Фригидность - это:

 неспособность женщины к переживанию вагинального оргазма.

 неспособность женщины к переживанию клиторического оргазма.

 неспособность женщины к переживанию оргазма.

 то же, что и генитоальгии.

 то же, что и вуайеризм.

403. Физиологически у многих женщин либидо достигает своего полного развития к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ годам.

18-20

22-24

26-28

30-32

35-37

404. Для здоровья женщины важно, чтобы она переживала оргазм:

 в нормальном половом акте.

в эротических сновидениях.

 в состоянии романтической влюбленности даже без интимной близости.

 независимо от того, какими формами полового контакта он вызван.

405. Виргогамия - это:

 то же самое, что вагинизм

 то же самое, что визионизм

 невозможность для женщины начать половую жизнь при нормальной потенции мужчины.

 то же самое, что ретардационная фригидность

406.Особенности работы специального психотерапевтического стационара для подростков с режимом открытых дверей (по В.Рожнову и Б.Драпкину) включает все перечисленное, исключая (В.Е.Рожнов - ред., 1979):

 стационар и полустационар обслуживается разными медико-педагогическими коллективами; лечение начинается с дневного стационара

 вариантами полустационара в отделении являются различные модификации дневного стационара и ночной профилакторий

с самого начала психотерапевтического лечения разрешается посещать свои старые школы

 культпоходы в театры, кино, музеи устраиваются для всех больных отделения

407. Гипнотический сомнамбулизм с постгипнотическим внушением обычно обнаруживается (по В.Ковалеву и М.Буянову):

 у детей 4-5 лет

 у детей 2-3 лет

 у подростков от 10 до 13 лет

 только начиная с юности

408. Чаще всего детям дошкольного возраста проводят следующие виды суггестивной психотерапии (по В.Ковалеву и М.Буянову):

 внушение во 2-й стадии гипнотического сна

 внушение в бодрствующем или предсонном состоянии

 сеансы удлиненного гипнотического сна по В.Рожнову

) шоковый гипноз

409. При лечении онанизма у детей применяются все перечисленные назначения, кроме (по Захарову):

 дегидратации

 дегельминтизации

 душа перед сном

 тавегила

 брома

410. Внушением обычно ослабляются или устраняются все следующие расстройства у детей и подростков, кроме (по Захарову):

реакции страха

нарушения сна

амавроза

 диффузного чувства беспокойства, сосания языка и пальцев

411. Внушение обычно неэффективно при следующих расстройствах у детей и подростков (по Захарову):

 при грызении ногтей

при мутизме

при афонии

при мастурбации

при энкопрезе

412. При лечении детей и подростков внушение обычно неэффективно при следующих расстройствах (по Захарову):

 внутренний конфликт и невротические развития

бронхиальная астма

тики, зафиксированные функциональные расстройства

остропсихотические расстройства

413. Возрастными особенностями внушаемости и действия внушения являются (по Захарову):

частичный эффект от внушения в дошкольном возрасте

полный эффект - в подростковом возрасте

 внушение у мальчиков эффективнее, чем у девочек

внушаемость у мальчиков выше, чем у девочек

внушаемость у девочек выше, чем у мальчиков

414. У детей и подростков низкая внушаемость нередко (по Захарову):

 является следствием отрицательного отношения к врачу и лечению;

свидетельствует о ригидности психических процессов

обнаруживается в первые встречи с врачом

свидетельствует о гибкости, пластичности психических процессов

встречается лишь у мальчиков

415. Возрастной пик внушаемости наблюдается в (по Захарову):

5 лет

7 лет

10 лет

12 лет

3 года

416. Продолжительность курса суггестивной терапии у детей и подростков обычно не превышает (по Захарову):

нескольких дней

недели

 нескольких недель

нескольких месяцев

нескольких лет

417. Значительно более высокий эффект, чем от внушения наяву, наблюдается от использовании гипнотерапии (в лечении детей и подростков) (по Захарову):

 при неврозах с вегетативными нарушениями и психосоматических заболеваниях

 при психастении

 при шизоидной психопатии

при ананкастической психопатии

418.Применение гипнокатарсиса у детей и подростков оправдано (по Захарову):

при аутистических переживаниях

при болезненных сомнениях ипохондрического характера

при выраженной диатетической пропорции

 при заикании, начавшемся в первые годы жизни от испуга

при конфликтных отношениях с родителями

419. Аутогенная тренировка применяется в детской и подростковой практике для лечения (по Ковалеву и Буянову):

 подростков с возбудимостью, аффективной несдержанности тревожно-мнительными чертами характера

детей с врожденной безнравственностью

маленьких детей с заиканием

энкопреза

420. Психотерапевтический комплекс, предложенный для лечения в условиях стационара для детей и подростков, страдающих заиканием, включает в себя (по Ковалеву и Буянову):

профессирующую релаксацию Э.Джекобсона

 мышечную деконтрактацию и дыхательную гимнастику

самовнушение по Куэ

протрептику

421.Рациональная психотерапия в детском возрасте может быть применена в более или менее изолированном виде (по Ковалеву и Буянову):

во всех случаях невротических расстройств

во всех случаях неврозоподобной шизофрении

во всех случаях психопатических расстройств

 лишь в редких случаях - например, при наличии сверхценных идей ипохондрического содержания или при реакциях протеста

422.Сущность приемов психотерапии реципрокным торможением, используемых и в детском возрасте, заключается в том, что:

происходит учащение патологического условного рефлекса в условиях патогенной ситуации

различным навязчивостям с помощью врача как бы придается реальный смысл, в который ребенок старается поверить

дети с врачом или педагогом начинают посещать те места, в которые не могли ходить от навязчивого страха

 с помощью какого-либо действия больной может прекратить то или иное неприятное ощущение

ребенку предлагается войти в роль смелого, решительного человека с целью преодоления тех или иных болезненных проявлений

423. Групповая психотерапия возможна, начиная (по Ковалеву и Буянову):

 с 4 лет

 с 6 лет

с 8 лет

с 10 лет

с 12 лет

424. Групповая психотерапия детей и подростков противопоказана во всех перечисленных случаях, кроме (по Ковалеву и Буянову):

отсутствия желания пациента лечиться в группе

стойких конфликтов среди пациентов

сексуальных интересов у пациентов в отношении друг к другу

 болезненной робости и болезненного стремления находиться в центре внимания

425.В детскую психотерапевтическую группу включаются пациенты(по Захарову):

примерно одной тяжести заболевания

примерно одного возраста

 разного пола и с разными установками на коллектив

проходящие повторный курс лечения

426.В детской психотерапевтической группе клинически вполне совместимы пациенты (по Захарову):

 с логоневрозом, неврастенией, неврозом навязчивых состояний

с истерическим неврозом

с логоневрозом и тиками

с неврастенией и тиками

с истерическим неврозом и массивными органическими наслоениями

427. В игре с ребенком в "кегли" (по Захарову):

врач может только "проигрывать"

врач может только "выигрывать"

повышается толерантность ребенка к стрессу

психастенический характер трансформируется в сангвинический

ослабевает внушаемость ребенка

428. В лечебной игре с детьми должны соблюдаться следующие правила (по Захарову):

 в спонтанных играх есть богатая возможность импровизации

в направляемых врачом играх возможности импровизации нет

игра постоянно комментируется врачом

при острых невротических реакциях необходимы, прежде всего,направляемые врачом игры

при невротических развитиях необходимы прежде всегоспонтанные игры

429. Игровая методика устранения страхов у детей включает все следующие фазы игрового взаимодействия, кроме (по Захарову):

актуализации страха

 визуализации страха

закрепления достигнутых результатов посредством повторной перемены ролей

отреагирования страха

десенсибилизации к страху посредством перемены ролей

430. В случае детского страха темноты с боязнью неожиданного нападения терапевтически эффективен следующий игровой сеанс (по Захарову):

 ребенок прячется в кабинете без света, и его, надев маски, поочередно ищут мать, отец, врач с афессивными репликами;

 в кабинете прячутся взрослые, а мальчик в "страшной" маске ищет их

ребенок и кто-то из его родителей танцуют в темной комнате под веселую музыку

ребенок поет в темной комнате смешные куплеты

врач рассказывает ребенку в темной комнате смешные истории,чтобы хохотал

431. Главное лечебное действие в рисуночной терапии детских страхов - это (по Захарову):

условное изображение, к примеру, темноты или страшных животных

 изображение себя, например, в темноте или рядом со страшным животным без страха или в страхе перед ним

изображение своего жестокого отношения к обидчику или злой темноте

изображение своего милосердия даже к проявлениям зла

432. В психотерапевтической группе с обсуждением нарисованных дома детьми страхов (на больших листах) (по Захарову):

 некоторые страхи проигрываются всеми участниками группы

повышается общая тревожность пациентов

возникает тягостно-тревожная атмосфера

врач жестоко расправляется со всеми страхами на глазах у детей

срабатывает механизм лечебного катарсиса

433. Основными психотерапевтическими механизмами в подростковой психотерапии являются все следующие, исключая механизм (по Личко):

 активирования

эмоционального отреагирования (катарсиса)

эмоционального консонанса

активной сознательной перестройки отношений

неосознанной перестройки отношений (например, при хобби-терапии)

434.Шизоидные подростки (по Личко):

склонны к обстоятельным и неторопливым беседам, не обнаруживая при этом ни малейшей истощаемости

любят поговорить с психотерапевтом о своих хороших (обычно) способностях к ручному мастерству

 отличаются неприхотливой избирательностью в выборе симпатий и антипатий; склонны слушать размышления психотерапевта о трудности контактов вообще и судьбе людей, которым они нелегко даются

 как правило, эгоцентричны

435. Лечебная педагогика - это (по Драпкину и Трифонову):

 все равно, что медицинская педагогика; педагогическое воздействие на больного ребенка и подростка с лечебной целью

рациональная психотерапия детей и подростков

воздействие, идентичное эмотивно-рациональной терапии Эллиса

разновидность когнитивной психотерапии

436. Основными принципами лечебной педагогики являются (по Драпкину и Трифонову):

 параллельное движение лечебного и педагогического процессов

 "принцип соответствия"

изучение пациентами характерологических вариантов

в рамках учебной профаммы с целью найти себя, свое дело в жизни

изучение разнообразия характеров людей с уяснением ценностивсякого душевного склада, предрасположенности его к какому-тосвоему занятию

"принцип Геннекена"

437.В лечебно-педагогической работе с детьми, больными неврозами (но Драпкину и Трифонову):

продолжительность уроков должна быть такой же, как в массовой школе

 по первой просьбе следует отпускать ребенка с занятий

 все преподавание должно вестись по программе массовой школы

 домашние задания не должны быть облегченными

 учителю следует идти навстречувсем предъявляемым учеником жалобам

438. При шизофреническом аутизме страдает в первую очередь (по Кагану):

 способность к общению

 потребность в общении

способность видеть мир лишь абстрактно-символически,без реалистического полнокровия

способность довольствоваться общением просто с добрым человеком без ярко выраженной индивидуальности

потребность в творчестве

439. Этапами в психотерапии шизоидного аутизма являются все перечисленные, кроме (по Кагану):

освобождения от детского сада или школы с индивидуальной психотерапией на мягком медикаментозном фоне

 лечения в небольшой арттерапевтической группе для шизоидов; оказывания шизоидному ребенку его аутистических душевных ценностей в творческом рисовании, в общении с искусством и т.д.

индивидуальной психотерапии + возвращения в обычный круг общенияили лечения в долгосрочной группе (диагностически разнороднойоткрытой) с последующим постепенным возвращением в коллектив

реадаптации и ресоциализации

440. Типичными признаками раннего детского аутизма Каннера являются все перечисленные, кроме:

 слабой механической памяти и глуповатого выражения лица

эхолалии

хорошего физического здоровья

резкого страха определенных громких звуков и движений

441.Для аутичных детей с выраженным отставанием в развитии рекомендуются следующие обучающие игры (по Кагану):

 "надень кольцо", "цветное лото"

"револьвер"

"курица"

"земляника"

442. Врач, работающий с психопатами-подростками, должен (по Личко):

 приспосабливается по возможности к новому поколению, подражая ему в манере вести себя, одеваться и т.п.

 уметь гибко переходить от совета к наставлению, от терпеливого выслушивания к активному оспариванию; сопереживать без утраты дистанции

держаться с подростком достаточно формально-нейтрально, подчеркивая свою объективность

поговорить со взрослыми, которые привели подростка, поначалу наедине, не в присутствии подростка

443. При психопатиях у подростков оказываются заостренными или искаженными все следующие, свойственные этому возрасту социально-психологические особенности, кроме (по Личко):

 формирующегося сексуального влечения

 склонности рыцарски-нежно ухаживать за девочками, а у девочек - писать мальчикам стихи

реакции увлечения (хобби)

реакции группирования со сверстниками

реакции эмансипации

444. В подростковой психотерапевтической группе (по Личко):

недопустим "оппозиционер", противодействующий лидеру, не пропускающий его оплошностей

"оппозиционерами" лидеру обычно становятсяпсихастенические подростки

 шизоидные подростки склонны чрезмерно властвовать, а подчиняя - унижать

плохо психологически совместимые гипертимные и эпилептоидные подростки; может быть нечеткое распределение ролей и четкое (роль каждого члена строго предопределена)

445.Увлечения подростков (по Личко):

с истерической психопатией помогают им искать душевное отдохновение, способ уйти от аффективной ситуации

с гипертимной психопатией служат средством успокоения в сосредоточенном занятии в одиночестве

 с шизоидной психопатией часто причудливы – например: изучение ненужного языка, собирание ненужных вещей

 с эпилептоидной психопатией служат для разрядки их вечно брызжущей энергии

446. Устранение сексуальных извращений - цель психотерапии при:

 истинных перверзиях

 транзиторных сексуальных девиациях и ложных перверзиях

поллюциях

пиргоцефалии

447. Особенностями психотерапии гипертимных психопатов-подростков являются (по Личко):

 попытаться помочь таким подросткам найти отдушину (в виде хобби) для реализации бурной энергии; дать возможность стать лидером среди сверстников

побуждать этих подростков учиться живому восприятию окружающего,умению схватить и запомнить мельком увиденное

защищать их от постоянных опасенийпо поводу возможного осуждения их сверстниками;

в групповую психотерапию включать очень осторожновследствие их ранимости

448. Особенностями психотерапии неустойчивых психопатов-подростков являются (по Личко):

широкое применение занятий ритмикой, психогимнастикой

сравнительно эффективное действие суггестивных методов

сравнительно эффективное действие рациональных методов

 использовать отрицательные качества этого типа -подчиняемость более стеничным сверстникам, трусость, неспособность противостоять большинству

 открытая группа со слабым лидером, но социально позитивными установками

449. Энурез диагностируется как болезнь (по Буянову):

 с 2-летнего возраста

 с 3-4-летнего возраста

с 5-летнего возраста

 с 6-летнего возраста

 с 7-летнего возраста

450. Всем больным с недержанием мочи и кала(независимо от патогенетического варианта) следует проводить (по Буянову):

 внушение в бодрствующем состоянии или в гипнозе

лечение ноотропами на ночь

лечение мелипрамином

лечение амитриптилином

451. При комплексном лечении заикания по В.Шкловскому применяются все следующие психотерапевтические методы, приемы, кроме:

логотерапии Франкла

внушении в состоянии бодрствования

 патогенетической психотерапии Мясищева

 гипнотерапии

 аутогенной тренировки

452. Курс лечения заикания (по В.Шкловскому) включает:

 психоаналитический

диагностический и перестройку патологических речевых навыков с коррекцией личностных отношений

 экзистенциальный

фрустрирующий

453.Больным нервной анорексией с истерическими чертами наиболее показаны (по Коркиной):

 внушение в гипнозе или в бодрствующем состоянии

ежедневное тщательное разъяснение больным сущности их заболевания, того, что их болезнь – временное, преходящее состояние

арттерапия

имаготерапия

454. Неврастения отличается от скрытой депрессии:

 аффектом гневливости.

 преобладанием в клинической картине раздражительной слабости с лабильностью настроения без чувства подавленности, безысходности, отсутствием "скуки".

 тоскливостью лишь в утренние часы, нарушением вегетатики.

 наличием сенестопатий.