

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ К АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Первая категория

1. К методам исследования в клинической психологии относится:

1. Патопсихологическое исследование;
2. Нейропсихологическое исследование;
3. Клиническое интервью (клиническая беседа);
4. Тестирование личностных особенностей;
5. Верно все перечисленное. +

2. Центральной категорией (понятием) клинической психологии является:

1. Болезнь;
2. Больной;
3. Душа;
4. Психическая деятельность; +
5. Нормальное функционирование психики.

3. Вид психопрофилактики, мероприятия которой направлены на предупреждение психических заболеваний у психически здорового населения, называется

1. Третичной;
2. Вторичной;
3. Первичной; +
3. Социальной;
5. Общей.

4. Патопсихологические симптомы, отражающие непосредственное течение психического расстройства, называются:

1. Первичный симптом; +
2. Вторичный симптом;
3. Третичный симптом;
4. Казус;
5. Главный симптом.

5. Фазы переживания болезни во времени следующие

1. Предмедицинская, фаза агрессии, фаза резкой смены жизненных стереотипов, фаза активной адаптации к болезни, фаза депрессии, фаза пассивной капитуляции;
2. Предмедицинская, фаза депрессии, фаза резкой смены жизненных стереотипов, фаза активной адаптации к болезни, фаза агрессии, фаза пассивной капитуляции;
3. Предмедицинская, фаза активной адаптации к болезни, фаза резкой смены жизненных стереотипов, фаза агрессии, фаза депрессии, фаза пассивной капитуляции;
4. Предмедицинская, фаза пассивной капитуляции, фаза резкой смены жизненных стереотипов, фаза активной адаптации к болезни, фаза агрессии, фаза депрессии;
5. Предмедицинская, фаза резкой смены жизненных стереотипов, фаза активной адаптации к болезни, фаза агрессии, фаза депрессии, фаза пассивной капитуляции. +

6. Мотивационный уровень реагирования на болезнь включает в себя:

1. Ощущения и чувства;
2. Различные виды реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;
3. Представления, знание больного о своем заболевании, размышления о его причинах и возможных последствиях;
4. Отношение больного к своему заболеванию, изменение поведения и образа жизни в условиях болезни; +

5. Все вышеперечисленное.

7. Выраженность плацебо-реакции зависит от всего перечисленного, кроме:

1. От способности к метакоммуникации; +
2. Внушаемости пациента;
3. От эффекта первичности;
4. Рекламы;
5. Установки больного на терапию.

8. Способ медицинского воздействия на больного, при котором нецеленаправленно причиняется вред здоровью:

1. Социопатия;
2. Нозофилия;
3. Ятрогения; +
4. Патогения;
5. Ипохондрия.

9. Этапами коммуникативного процесса с пациентом являются все перечисленное, кроме:

1. Диагностика призыва к помощи;
2. Диагностика патологического состояния; +
3. Терапевтический контракт;
4. Терапевтический альянс;
5. Получение обратной связи.

10. Специфическим вариантом предупреждения профессиональной деформации, разработанным специально для врачей является:

1. Применение успокаивающих препаратов;
2. Балинтов группы; +
3. Тренинговые группы;
4. Группы личностного роста;
5. Эмоционально-стрессовая психотерапия.

11. Основной метод патопсихологии:

1. Моделирующий эксперимент; +
2. Интроспекция;
3. Наблюдение;
4. Клиническая беседа;
5. Тестирование.

12. Создание мотива экспертизы необходимо

1. Для установления доверительных отношений с испытуемым;
2. Для формирования у пациента серьезного отношения к исследованию;
3. Для изучения мотивации испытуемого; +
4. Для поддержания психотерапевтических отношений;
5. Для установления диагноза.

13. У больных с поражениями лобных долей головного мозга псевдодиагнозы обусловлены:

1. Повреждением зрительного нерва;
2. Нарушением произвольности и контроля; +
3. Снижением уровня обобщения;
4. Нарушением динамики психической деятельности;
5. Изменением чувствительности.

14. Галлюцинации – это:

1. Восприятие не существующих в реальности объектов, явлений; +
2. Нарушение узнавания предметов;
3. Изменение порогов чувствительности;
4. Искажение формы предметов;
5. Неправильное узнавание предметов.

15. Методика запоминания 10 слов позволяет оценить все перечисленное, кроме:

1. Динамику мнестической деятельности;
2. Объем кратковременной и долговременной памяти;
3. Нарушения непосредственного запоминания;
4. Отношение к исследованию;
5. Способность к обобщению. +

16. Разноплановость – это:

1. Конкретно-ситуационное обобщение;
2. Функциональное обобщение;
3. Обобщение по различным основаниям; +
4. Обобщение на основе личного опыта;
5. Выхолощенное рассуждательство.

17. Обобщение по конкретно-ситуационным признакам свидетельствует:

1. О высоком уровне обобщения;
2. О снижении уровня обобщения; +
3. О нарушении динамики познавательной деятельности;
4. Об искажении уровня обобщения;
5. О снижении памяти.

18. Резонерство при эпилепсии характеризуется:

1. Морализаторством, содержанием идей справедливости, эмоциональностью; +
2. Выхолощенностью, отсутствием житейского содержания;
3. Рассуждениями, сопровождающими трудную деятельность;
4. Импульсивным перескакиванием с одной темы на другую;
5. Склонностью с негативной оценкой событий.

19. Сочетание высокого уровня обобщения и конкретно-ситуационного является признаком:

1. Снижения уровня обобщения;
2. Искажения уровня обобщения;
3. Нарушения динамики познавательной деятельности; +
4. Нарушения мотивационного компонента познавательной деятельности;
5. Нарушения критичности мышления.

20. Главный фактор возникновения расстройств при шизофрении лежит:

1. В потребностно-мотивационной сфере; +
2. В когнитивной сфере;
3. В сфере детско-родительских отношений;
4. В эмоциональной сфере;
5. В неадекватном поведении.

21. Первичный симптомокомплекс при эпилепсии – это:

1. Истощаемость, лабильность психических процессов;

2. Мотивационные нарушения;
3. Инертность психических процессов; +
4. Изменения личности;
5. Нарушение поведения.

22. Все методы психотерапии имеют следующие общие составляющие, кроме:

1. Недирективность психотерапевта по отношению к пациенту; +
2. В психотерапии всегда присутствует человек, который страдает и ищет облегчения;
3. В психотерапии всегда присутствует человек, который, благодаря образованию и опыту может оказать психотерапевтическую помощь;
4. Реализация принципа толерантности и принятия;
5. Использование психотерапевтических технологий.

23. Бессознательное – это:

1. Психические процессы, происхождение которых для пациента необъяснимо;
2. Психические процессы, в отношении которых отсутствует субъективный контроль; +
3. Структурные нарушения мышления;
4. Вторичная выгода пациента;
5. Сознательно скрываемые мысли.

24. Процесс психотерапевтических отношений состоит из:

1. Одной фазы;
2. Двух фаз;
3. Трех фаз; +
4. Четырех фаз;
5. Пяти фаз.

25. Условиями, зависящими от психотерапевта в клиент-центрированной психотерапии, являются следующие:

1. Конгруэнтность;
2. Эмпатия;
3. Безусловное положительное отношение;
4. Принятие;
5. Верно все перечисленное. +

26. К основным характеристикам самоактуализирующейся личности относятся:

1. Открытость для опыта;
2. Рациональность;
3. Личная ответственность;
4. Чувство собственного достоинства;
5. Верно все перечисленное. +

27. Концепцию об основных механизмах психологической защиты разработал:

1. З. Фрейд; +
2. К. Роджерс;
3. Ф. Перлс;
4. А. Бэк;
5. В. Франкл.

28. К принципам экзистенциальной психологии относят все перечисленное, кроме:

1. Существование, как явление, становление предшествует сущности, как статической материи;
2. Основными движущими силами личности являются конфликты; +

3. Отсутствует разрыв между субъектом и объектом, истина, реально существующая для человека, только та, которую он производит своими действиями;
4. Поиск смысла жизни входит в число универсальных свойств человеческой природы;
5. Человек сам отвечает за то, что он есть и чем он становится.

29. Центральным положением в подходе Дж. Келли является:

1. Понятие личного конструкта; +
2. Понятие бессознательного;
3. Клиент-центрированный подход;
4. Понятие «здесь и теперь»;
5. Понятие «Я-концепции».

30. Терапия, основанная на теории личных конструктов, называется:

1. Терапия фиксированных ролей; +
2. Терапия на примере личной модели;
3. Терапия методом свободных ассоциаций;
4. Терапия безусловным принятием;
5. Логотерапия.

31. Методы телесно-ориентированной терапии дают возможность реализовать все, кроме:

1. Исследовать, каким образом чувства, желания и запреты кодируются в теле;
2. Разблокировать эмоциональную и биологическую энергию;
3. Добиться более полного телесного самовыражения;
4. Добиться физического совершенства; +
5. Получить индивидуальные способы разрешения конфликтов через тело.

32. Конверсионный симптом:

1. Является попыткой разрядки эмоционального напряжения; +
2. Приводит к устойчивым изменениям в автономной нервной системе;
3. Является признаком эндогенного психического заболевания;
4. Приводит к слабоумию;
5. Сопровождается нарушениями сознания.

33. Регресс как вариант психосоматического дизонтогенеза может быть:

1. Следствием социализации телесных функций в более поздние сроки, по сравнению с нормой;
2. Реакцией на внезапно изменившиеся условия развития; +
3. Следствием формирования аномального образа «Я»;
4. Следствием осознания внутренних конфликтов;
5. Этапом развития эндогенного психического заболевания.

34. Психосоматическая медицина это

1. Отрасль медицины, занимающаяся неотложными состояниями в психиатрии и при соматических заболеваниях;
2. Метод лечения и наука о взаимоотношениях психических и соматических процессов, которые тесно связывают человека с окружающей средой; +
3. Отрасль медицины, занимающаяся связью между психологическими состояниями и соматическими расстройствами;
4. Отрасль психологии, изучающей возрастные особенности соматических заболеваний;
5. Отрасль психологии, изучающая биологические основы психосоматических расстройств.

35. Внутренняя картина болезни зависит от:

1. Характера болезни; +
2. Состояния здоровья и возраста родственников больного;
3. Субъективного мнения врача и результатов объективного обследования;
4. От путей передачи инфекционного заболевания;
5. Наследственной отягощенности психической патологией.

36. В преодолении стресса важную роль играет все перечисленное, кроме:

1. Механизмы психологической защиты;
2. Вид стрессора; +
3. Психологические стратегии совладания со стрессом;
4. Психологические ресурсы преодоления стресса;
5. Предшествующий опыт преодоления.

37. Сторонник холистического подхода в медицине М.Я.Мудров считал, что:

1. Вачевание состоит в определении причин болезни и лечении;
2. Психическое состояние больного изменяется при любом заболевании; +
3. Болезни никогда не излечимы путем психологического воздействия;
4. Лечение заключается в воздействии на поврежденный орган или часть тела;
5. Заболевание ЖКТ определяется холестаазом, т.е. снижением желчевыводящей функции.

38. Теория специфичности утверждает, что:

1. Каждое психосоматическое заболевание подобно другому психосоматическому заболеванию;
2. Специфичность определяет феномен алекситимии;
3. Каждое психосоматическое расстройство определяется определенным психологическим паттерном; +
4. Черты личности не определяют соответствующие соматические симптомы;
5. Хроническое инфекционное заболевание специфично воздействует на кору головного мозга.

39. Регресс психосоматического развития:

1. Отмечается в любом возрастном периоде;
2. Является сильным фактором психологического воздействия ребенка на взрослого; +
3. Обычно возникает в постоянных условиях развития;
4. Отмечается чаще в подростковом возрасте;
5. Отмечается в предстарческом периоде.

40. Недостатками теории специфичности личностных черт является то, что:

1. Выделяемые особенности личности имеют статический характер; +
2. Особое значение в объяснении психосоматических связей придается алекситимии;
3. Выделяемые черты личности соотносятся с социальным развитием индивида и историей его жизни;
4. Определенные личностные черты, играют существенную роль в этиологии и патогенезе психосоматического расстройства;
5. Определяют специфику иммунитета и психики.

41. Интегративная модель психосоматического заболевания Т.Иксюля– В.Везиака:

1. Определяет состояние здоровья по отсутствию болезни;
2. Уделяет особое внимание личностным и конституциональным особенностям;
3. Описывается с помощью теории психоанализа;
4. Является биопсихосоциальной; +
5. Отдает приоритет предшествующему опыту заболевания.

42. Тхостов А.Ш. и Арина Г.А. рассматривают внутреннюю картину болезни как:

1. Соматоперцепцию (особую форму познавательной деятельности); +

2. Психологическое образование с относительно независимыми сенситивными и интеллектуальными частями;
3. Не подчиняющуюся общепсихологическим закономерностям, и в основном определяющуюся особенностями личности;
4. Результат воздействия заболевания на подсознание;
5. Результат воздействия заболевания на психосоциальный дисплей.

43. Вторая фаза вытеснения конфликта по А. Митчерлиху это:

1. Обострение психосоматического заболевания;
2. Соматизация («соматическое защитное приспособление»); +
3. Применение зрелых механизмов психологической защиты;
4. Активный поиск лечения;
5. Восстановление психосоциального функционирования.

44. Состояние здоровья, согласно интегративной теории Г. Вайнера, определяется:

1. Успешным приспособлением к окружающему миру; +
2. Отсутствием болезней;
3. Наследственностью и ресурсами, необходимыми для поддержания здоровья;
4. Отсутствием перинатальных и детских конфликтов;
5. Высоким иммунитетом и устойчивой психикой.

45. Основная заслуга создания нейропсихологии как самостоятельной отрасли психологии принадлежит:

1. Ж. Пиаже;
2. В.М. Бехтереву;
3. А. Н. Леонтьеву;
4. А. Р. Лурия; +
5. Б. В. Зейгарник.

46. Центральная теоретическая проблема нейропсихологии – это:

1. Проблема соотношения генетического и приобретённого в психической деятельности;
2. Проблема нормы и патологии психической деятельности;
3. Проблема психосоматических и соматопсихических связей;
4. Проблема развития и распада психики;
5. Проблема мозговой организации (локализации) высших психических функций человека. +

47. Отечественные нейропсихологи создали следующую концепцию о мозговой организации высших психических функций человека:

1. Психоморфологическое направление;
2. Теорию системной динамической локализации ВПФ; +
3. Концепцию эквипотенциальности мозга;
4. Эклектическую концепцию;
5. Отрицают проблему локализации ВПФ.

48. А. Р. Лурия разработал общую структурно-функциональную модель работы мозга как субстрата психической деятельности, согласно которой весь мозг может быть подразделён на:

1. Два полушария: доминантное (левое), субдоминантное (правое);
2. Четыре уровня: 1) кора головного мозга, 2) базальные ядра полушарий большого мозга, 3) гиппокамп, гипофиз, гипоталамус, поясная извилина, миндалевидное ядро, 4) ретикулярная формация и другие структуры ствола мозга;

3. Три основных блока: 1) энергетический, 2) блок приёма, переработки и хранения экстероцептивной информации, 3) блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности;
- +
4. Головной мозг человека не может подразделяться на отдельные части, так как представляет собой неделимое целое;
5. Головной мозг в процессе психической деятельности образует "функциональные ганглии", структура которых определяется текущей задачей.

49. Способность узнавать предъявляемые предметы на ощупь называется:

1. Тактильностью;
2. Стереогнозисом; +
3. Эмпатией;
4. Рефлексией;
5. Агнозией.

50. Поражение тёмно-затылочной зоны левого полушария часто приводит к:

1. Эфферентной моторной афазии;
2. Сенсорной афазии;
3. Семантической афазии; +
4. Динамической афазии;
5. Все ответы не верны.

51. Нарушение понимания логико-грамматических конструкций возникает при афазии:

1. Динамической;
2. Семантической; +
3. Амнестической;
4. Сенсорной;
5. Афферентной моторной.

52. Замена нужных движений на шаблонные является признаком:

1. Кинестетической апраксии;
2. Пространственной апраксии;
3. Кинетической апраксии;
4. Регуляторной апраксии; +
5. Статической апраксии.

53. По нейробиологическим законам головной мозг человека завершает своё интенсивное развитие:

1. К 21 году жизни;
2. К 15 месяцам жизни;
3. К 2 годам жизни;
4. К 9 годам жизни; +
5. К 15 годам жизни.

54. Зона ближайшего развития – это:

1. Ближайший к текущей дате возрастной период;
2. То, что может ребёнок с помощью взрослого; +
3. Уровень достигнутого интеллектуального развития;
4. Критерий учебной успеваемости;
5. Все ответы не верны.

55. Термин «гетерохронность» в нейропсихологии обозначает:

1. Трудности формирования гностических функций;

2. Не одновременность развития функций; +
3. Патологию со стороны двигательного аппарата;
4. Различия в результатах нейропсихологического тестирования;
5. Все ответы неверны.

56. Жёсткость организации мозговых функций обуславливается:

1. Меньшей подверженностью травмам;
2. Их реализацией в макросистемах головного мозга;
3. Более ранним периодом формирования;
4. Последними двумя обстоятельствами; +
5. Все ответы неверны.

57. Отличие асинхронии от гетерохронии в развитии психики ребёнка заключается:

1. В том, что гетерохрония является естественным фактором развития; +
2. В масштабности охвата психических функций;
3. В том, что асинхрония касается лишь одного аспекта работы мозга;
4. Различий нет, это синонимы;
5. Все ответы не верны.

58. Акалькулия часто сочетается с:

1. Семантической афазией; +
2. Кинестетической апраксией;
3. Соматоагнозией;
4. Адиадохокинезом;
5. Эмоциональными расстройствами.

59. Левшество – это:

1. Преобладание размера левой руки над правой;
2. Совместное преобладание леворасположенных парных органов над правыми; +
3. Преобладание левой руки и левой ноги над правыми;
4. Различия в чувствительности правой и левой половины тела;
5. Различия в моторных реакциях левой и правой руки.

60. Особенности очаговых поражений мозга у детей являются:

1. Слабая выраженность симптоматики; +
2. Значительная выраженность симптоматики;
3. Длительный период обратного развития симптомов;
4. Высокая зависимость от латерализации очага поражения;
5. Вовлеченность мозжечка и ретикулярной формации.

61. Поражение отделов кпереди от зоны Брока приводит к:

1. Эфферентной моторной афазии;
2. Афферентной моторной афазии;
3. Сенсорной афазии;
4. Динамической афазии; +
5. Сенсорной афазии.

62. Поражение области Вернике приводит к:

1. Эфферентной моторной афазии;
2. Афферентной моторной афазии;
3. Сенсорной афазии; +
4. Динамической афазии;

5. Сенсорной афазии.

63. Квазипространственный синтез лежит в основе понимания:

1. Значений слов;
2. Звукоразличения;
3. Артикуляции; +
4. Счета;
5. Динамики речи.

64. Афферентная моторная афазия главным образом связана с нарушением:

1. Кинестетического фактора; +
2. Нарушение кинетического фактора;
3. Акустического фактора;
4. Пространственного фактора;
5. Квазипространственного фактора.

65. Сенсорная афазия главным образом связана с нарушением:

1. Кинестетического фактора;
2. Нарушение кинетического фактора;
3. Акустического фактора; +
4. Пространственного фактора;
5. Квазипространственного фактора.

66. Восстановление функций путем их перемещения в сохранные отделы называется:

1. Викариатом; +
2. Перестройкой функциональных систем;
3. Спонтанным восстановлением;
4. Снятием диашиза;
5. Спонтанным восстановлением.

67. Процесс длительного ограничения возможностей удовлетворения потребностей ребёнка называется:

1. Деменция;
2. Девиация;
3. Депривация; +
4. Деперсонализация;
5. Дерезализация.

68. У детей с медицинским диагнозом «умственная отсталость (олигофрения)» будут проявляться, в первую очередь, следующие клинико-психологические признаки:

1. Снижение остроты зрения до 0,04;
2. Акцентуация характера по шизоидному типу;
3. Выраженное речевое и моторное недоразвитие; +
4. Распад мнестических функций;
5. Скучная коммуникация при сохранном интеллекте.

69. Процесс функциональной перестройки сохранных функций и замещение нарушенных называется:

1. Дизонтогенез;
2. Коррекция;
3. Депривация;
4. Компенсация; +

5. Акселерация.

70. Показатель нарушения межфункционального взаимодействия позволяет:

1. Определить функциональную локализацию нарушения развития;
2. Определить специфику связи первичного и вторичного дефектов; +
3. Определить разные уровни проявлений асинхронии развития;
4. Определить прогноз развития ребенка;
5. Определить содержание реабилитационных мероприятий.

71. У аномального ребёнка можно обнаружить следующие механизмы личностного реагирования на первичный дефект:

1. Атрибуции;
2. Гиперкомпенсации; +
3. Компенсации;
4. Идентификации;
5. Игнорирования.

72. Отклоняющееся (аномальное) развитие можно охарактеризовать как:

1. Развитие, имеющее стихийный, непредсказуемый характер;
2. Развитие, протекающее вне воспитательного воздействия;
3. Развитие, протекающее в рамках иной языковой культуры;
4. Развитие, при котором влияние неблагоприятных факторов; +
5. Развитие, протекающее при грубом нарушении детско-родительских взаимоотношений.

73. Весь комплекс проявлений нарушения психического развития ребёнка обозначается термином:

1. Психическое расстройство;
2. Психический патогенез;
3. Психическая депривация;
4. Психический дизонтогенез; +
5. Социально-психологическая абилитация.

74. Невозможность полной коррекции психического развития ребёнка с тотальным недоразвитием обусловлена:

1. Ранним повреждением основных анализаторных систем;
2. Выраженной социально- педагогической запущенностью;
3. Хроническим соматическим расстройством;
4. Нарушением развития высших интегративных структур мозга; +
5. Всё перечисленное не верно.

75. Симптом психического дизонтогенеза, при котором наблюдается грубая дезорганизация, либо выпадение функции, называется :

1. Распад; +
2. Регрессия;
3. Асинхрония;
4. Ретардация;
5. Астазия.

76. Социально обусловленный вид непатологических нарушений в психическом развитии - это:

1. Социальная депривация;
2. Патохарактерологическое развитие личности;
3. Педагогическая запущенность; +
4. Краевая психопатия;

5. Ядерная психопатия;

77. Дезинтегративное расстройство детского возраста, где после периода нормального развития прогрессирует слабоумие:

1. Синдром Ретта; +
2. Синдром Геллера;
3. Синдром Каннера;
4. Синдром Аспергера;
5. Синдром Ганзера.

78. Поведенческая патология при психопатиях (личностных расстройствах) подразумевает наличие в поведении признаков, кроме:

1. Тотальность;
2. Стабильность;
3. Динамичность; +
4. Длительность проявления;
5. Деадаптация.

79. Формированию истерических черт характера в большей степени способствует воспитание по типу:

1. Гиперопека;
2. Гипоопека;
3. «Кумир семьи»; +
4. «Козел отпущения»;
5. Парадоксальная коммуникация.

80. Повышенная подозрительность в сочетании со склонностью к образованию сверхценных идей входит в структуру:

1. Истерических черт характера;
2. Шизоидных черт характера;
3. Психастенических черт характера;
4. Паранойяльных черт характера; +
5. Эпилептоидных черт характера.

81. Шизоидные черты характера включают:

1. Алекситимия;
2. Замкнутость;
3. Ангедония;
4. Паратимии; +
5. Экцентричность поведения.

82. Система поступков, противоречащих принятым нормам, проявляющаяся в виде неадаптивности, нарушении самоактуализации называется:

1. Криминальным поведением;
2. Аддиктивным поведением;
3. Делинквентным поведением;
4. Патологическим поведением;
5. Девиантным поведением. +

83. Лица с истерическими расстройствами чаще всего выбирают:

1. Групповые способы суицидального поведения;
2. Индивидуальные способы суицидального поведения;

3. Демонстративные способы суицидального поведения;
4. Демонстративные способы поведения, связанные с риском для жизни; +
5. Индивидуальные способы поведения, связанные с риском для жизни.

84. Автор концепции, где суть расстройств личности состоит в совокупности представлений о самом себе:

1. В.Франкл;
2. Э.Фромм;
3. К.Роджерс; +
4. А.Адлер;
5. Б.Скиннер.

85. Для возбудимой формы психопатий характерны черты, кроме:

- 1.Пассивность; ++
- 2.Раздражительность;
- 3.Конфликтность;
- 4.Гневливость;
- 5.Жестокость.

86. Агрессивное поведение имеет характеристики, кроме:

1. Причинение вреда; ++
2. Форму проявления;
3. Интенсивность;
4. Аффект;
5. Направленность.

87. Психокоррекционная работа с девиантным поведением включает воздействия на следующие подсистемы:

1. Мотивации;
2. Эмоциональных процессов;
3. Саморегуляции;
4. Поведенческих реакций; +
5. Когнитивной переработки информации.

88. Фобические расстройства характеризуются:

1. Депрессией;
2. Страхом; +
3. Ситуацией;
4. Объектами;
5. Тревогой.

89. Неврозы у детей проявляются:

1. В виде множественных расстройств;
2. В виде соматовегетативных реакций;
3. В виде многомерного синдрома;
4. В виде единичного расстройства; +
5. В виде невротических реакций.

90. Обсессивно-компульсивное расстройство проявляется всем перечисленным, кроме:

1. Болезненных переживаний;
2. Сниженного настроения; ++
3. Озабоченностью возможным загрязнением;

4. Навязчивыми сомнениями;
5. Сомнениях все ли приведено в порядок (выключены ли газ, свет, вода).

91. Пассивные суицидальные мысли, это:

1. Представления, фантазии на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни; +
2. Активная форма суицидальности, продумываются способы суицида, время и место действия;
3. Размышления об отсутствии ценности жизни, где еще нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни;
4. Присоединение к замыслам волевого компонента;
5. Фантазии об исчезновении.

92. Наиболее значимыми ошибками в беседе с суицидентом являются:

1. Предлагать суициденту варианты решения его ситуаций;
2. Критиковать, эмоционально доказывать ничтожность проблем; +
3. Останавливать, отговаривать от задуманного;
4. Запугивать страданиями близких людей;
5. Актуализировать религиозные переживания.

93. Значимыми правилами для беседы по телефону - доверия для суицидентов являются все перечисленные, кроме:

1. Анонимность беседы;
2. Отсутствие манипулирования;
3. Эмоциональная открытость, эмпатия;
4. Ирония; ++
5. Конфиденциальность беседы.

94. Выделяют все нижеследующие виды нарушения взаимодействия индивида с реальностью:

1. Приспособления; +
2. Противостояния;
3. Болезненное противостояния;
4. Ухода;
5. Игнорирования.

95. Признаками психической патологии и психопатологическими расстройствами обусловлен следующий вид нарушения взаимодействия с реальностью:

1. Приспособление;
2. Противостояние;
3. Болезненное противостояние; +
4. Уход;
5. Игнорирование.

96. У людей с гиперспособностями, как правило, встречается следующий тип нарушения взаимодействия с реальностью:

1. Приспособление;
2. Противостояние;
3. Болезненное противостояние;
4. Уход;
5. Игнорирование. +

97. Основой для диагностики делинквентного поведения являются:

1. Агравация;
2. Перверсии;

3. Девиации;
4. Проступки; +
5. Преступления.

98. Одна из форм девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния называется:

1. Криминальной;
2. Делинквентной;
3. Аддиктивной; +
4. Патохарактерологической;
5. Психопатологической.

99. Феномен «жажды острых ощущений» является типичным для:

1. Криминального поведения;
2. Аддиктивного поведения; +
3. Делинквентного поведения;
4. Патохарактерологического поведения;
5. Психопатологического поведения.

100. Модель психической болезни в гуманистической концепции определяется как:

1. Психические расстройства можно объяснить центральным дефектом, лежащим в психической сфере и вызванным каким-то не переработанным бессознательным конфликтом;
2. Путь к пониманию психических расстройств лежит через сферу переживаний больного, в этой связи нет смысла искать причины, главную роль играют описания состояния и классификация этих состояний;
3. Отклонения поведения не являются следствием дефекта в самой личности, они результат прямого воздействия неблагоприятных условий окружающей среды, регулирующей поведение;
4. Психическое расстройство является результатом того, что малозначительное отклонение от общих правил поведения, приводит к «навешиванию» ярлыка больного и человек принимает навязанную ему роль. Нарушение определяется социальной системой;
5. Психические расстройства – это расстройства физического или психического развития, ни один человек не достигает состояния полностью функционирующей личности, а значит нет качественного различия между психически здоровыми и больными людьми, различия только в способности справляться с актуальными жизненными проблемами. +

101. Склонность к повышенной аккуратности входит в структуру:

1. Истерических черт характера;
2. Шизоидных черт характера;
3. Психастенических черт характера;
4. Паранойальных черт характера;
5. Эпилептоидных черт характера. +

102. К методам исследования в клинической психологии относится:

1. Патопсихологическое исследование;
2. Нейропсихологическое исследование;
3. Клиническое интервью (клиническая беседа);
4. Тестирование личностных особенностей;
5. Верно все перечисленное. +

103. Исследование, направленное на оценку состояния высших психических функций, особенностей функционирования асимметрии полушарий называется:

1. Патопсихологическим;
2. Нейропсихологическим; +

3. Психопатологическим;
4. Психиатрическим;
5. Психосоматическим.

104. Центральной категорией (понятием) клинической психологии является:

1. Болезнь;
2. Больной;
3. Душа;
4. Психическая деятельность; +
5. Нормальное функционирование психики.

105. Патопсихологические симптомы, отражающие непосредственное течение психического расстройства, называются:

1. Первичный симптом; +
2. Вторичный симптом;
3. Третичный симптом;
4. Казус;
5. Главный симптом;

106. К практическим задачам клинической психологии относятся:

1. Дифференциальная диагностика, установление степени выраженности психических расстройств;
2. Оценка эффективности психотерапии;
3. Медикаментозная терапия;
4. Верно 1-2;+
5. Верно 1-2-3.

107. «Мотив экспертизы» в клинической психологии понимается как отношение:

1. Испытуемого к психологическому исследованию; +
2. Испытуемого к своему будущему;
3. Испытуемого к экспериментатору;
4. Экспериментатора к испытуемому;
5. Экспериментатора к исследованию.

108. Фазы переживания болезни во времени следующие:

1. Предмедицинская, фаза агрессии, фаза резкой смены жизненных стереотипов, фаза активной адаптации к болезни, фаза депрессии, фаза пассивной капитуляции;
2. Предмедицинская, фаза депрессии, фаза резкой смены жизненных стереотипов, фаза активной адаптации к болезни, фаза агрессии, фаза пассивной капитуляции;
3. Предмедицинская, фаза активной адаптации к болезни, фаза резкой смены жизненных стереотипов, фаза агрессии, фаза депрессии, фаза пассивной капитуляции;
4. Предмедицинская, фаза пассивной капитуляции, фаза резкой смены жизненных стереотипов, фаза активной адаптации к болезни, фаза агрессии, фаза депрессии;
5. Предмедицинская, фаза резкой смены жизненных стереотипов, фаза активной адаптации к болезни, фаза агрессии, фаза депрессии, фаза пассивной капитуляции. +

109. Для первой фазы переживания болезни во времени, характерно все, кроме:

1. Возрастание уровня тревоги;
2. Агрессия направленная на близких; +
3. Неопределенный призыв о помощи;
4. Поведение активное;
5. Чтение медицинской литературы.

110. Неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение, суицидальные попытки характерны для следующего типа реагирования на болезнь:

1. Сенситивный;
2. Эргопатический;
3. Ипохондрический;
4. Неврастенический;
5. Меланхолический. +

111. Задачи и принципы информирования больного включают в себя все перечисленное, кроме:

1. Уменьшение уровня аффективных реакций;
2. Письменное согласие на лечение; +
3. Стремление к нормонозогнозии;
4. Перекладывание ответственности на пациента;
5. Обеспечение конфиденциальности.

112. Положительное влияние тревоги при переживании болезни:

1. Является наиболее частым мотивом, который приводит больного к врачу; +
2. Сопровождается выраженными вегетативными признаками, следствием которых может явиться ухудшение основного заболевания;
3. Выраженные вегетативные признаки тревоги могут приводить к диагностическим ошибкам;
4. Тревога может трансформироваться в страх;
5. Тревога может стать причиной аутодеструктивного поведения.

113. Характерными фобиями в условиях болезни являются все перечисленные, кроме:

1. Страх перед обследованием;
2. Страх перед манипуляциями;
3. Страх замкнутых пространств; +
4. Страх перед лечением;
5. Страх перед смертью.

114. Возрастание уровня тревоги, неопределенный призыв о помощи, активное поведение, характерно для:

1. Предмедицинской фазы переживания болезни во времени; +
2. Фазы потери трудоспособности или резкой смены жизненных стереотипов;
3. Фазы активной адаптации к болезни;
4. Фазы агрессии;
5. Фазы пассивной капитуляции.

115. Факт болезни установлен, симптомы явные, уровень тревоги высокий, призыв к помощи направленный, тревога может трансформироваться в страх, характерно для:

1. Предмедицинской фазы переживания болезни во времени;
2. Фазы потери трудоспособности или резкой смены жизненных стереотипов; +
3. Фазы активной адаптации к болезни;
4. Фазы агрессии;
5. Фазы пассивной капитуляции.

116. Невротические реакции на болезнь включает все перечисленное, кроме:

1. Депрессивные;
2. Тревожно-депрессивные;
3. Ипохондрические;
4. Компульсивные; +
5. Истероформные.

117. Вариантами боли по ведущей причине могут быть все, кроме:

1. Психический фактор играет решающую роль, органический отсутствует;
2. Психический и органический фактор отсутствует; +
3. Органическая причина без какого-либо манипулирования и отрицания;
4. Доминирует органическая причина, но имеется манипулирование болью;
5. Большую роль играет психологический фактор, но есть органический дефект.

118. Мильо-эффект - это:

1. Реализация ожидаемого терапевтического или побочного эффекта терапии;
2. Причинение вреда здоровью терапевтическими, профилактическими или реабилитационными мероприятиями;
3. Терапевтический эффект лечебной среды, атмосферы лечебного учреждения; +
4. Психический дискомфорт индивида, вызванное столкновением в его сознании конфликтующих представлений: идей, верований, ценностей;
5. Психическое состояние, возникающее в ситуации реальной или предполагаемой невозможности удовлетворения тех или иных потребностей.

119. Способ медицинского воздействия на больного, при котором нецеленаправленно причиняется вред здоровью:

1. Социопатия;
2. Нозофилия;
3. Ятрогения; +
4. Патогения;
5. Ипохондрия.

120. Основной метод патопсихологии:

1. Моделирующий эксперимент; +
2. Интроспекция;
3. Наблюдение;
4. Клиническая беседа;
5. Тестирование.

121. Нарушения восприятия при деменциях обусловлено:

1. Повреждением зрительного нерва;
2. Отсутствием осмысленности и обобщенности перцептивной деятельности; +
3. Повреждением сетчатки;
4. Перегруженностью зрительного анализатора;
5. Нарушением мотивации.

122. Галлюцинации – это:

1. Восприятие не существующих в реальности объектов, явлений; +
2. Нарушение узнавания предметов;
3. Изменение порогов чувствительности;
4. Искажение формы предметов;
5. Неправильное узнавание предметов.

123. Выпадение из памяти событий, впечатлений, предшествующих острому периоду болезни - это:

1. Ретроградная амнезия; +
2. Антероградная амнезия;
3. Фиксационная амнезия;
4. Прогрессирующая амнезия;

5. Конградная амнезия.

124. Нарушение динамики мнестической деятельности чаще всего можно наблюдать у больных:

1. Шизофренией;
2. Диффузными, сосудистыми поражениями головного мозга; +
3. Эпилепсией;
4. Психопатиями;
5. Тревожными расстройствами.

125. При наличии навязчивых идей:

1. Человек убежден в их истинности, переубеждение невозможно;
2. Человек страдает от их наличия и хочет от них избавиться; +
3. Человек ощущает их динамику в головном мозге;
4. Человек считает, что они являются результатом внешнего воздействия;
5. Человек воспринимает их как часть своего мировоззрения.

126. Разноплановость – это:

1. Конкретно-ситуационное обобщение;
2. Функциональное обобщение;
3. Обобщение по различным основаниям; +
4. Обобщение на основе личного опыта;
5. Выхолощенное рассуждательство.

127. Резонерство при эпилепсии характеризуется:

1. Морализаторством, содержанием идей справедливости, эмоциональностью; +
2. Выхолощенностью, отсутствием житейского содержания;
3. Рассуждениями, сопровождающими трудную деятельность;
4. Импульсивным перескакиванием с одной темы на другую;
5. Склонностью к негативной оценке событий.

128. Инертность мыслительных процессов, застревание, тугоподвижность характерны при:

1. При маниакальных состояниях;
2. При эпилепсии; +
3. При шизофрении;
4. При невротических расстройствах;
5. При расстройствах личности.

129. Обсессивно-компульсивное расстройство относится к:

1. Расстройствам восприятия;
2. Расстройствам мышления;
3. Расстройствам эмоциональной сферы; +
4. Мотивационным расстройствам;
5. Расстройствам памяти.

130. Психопатии относятся к:

1. Расстройствам восприятия;
2. Расстройствам мышления;
3. Расстройствам эмоциональной сферы;
4. Мотивационным расстройствам;
5. Личностным расстройствам. +

131. Нерешительность, мнительность, чрезмерная склонность к рефлексии и образованию навязчивостей прежде всего характерны для психопатий:

1. Для гипотимической формы; +
2. Для гипертимической формы;
3. Для истерической формы;
4. Для эпилептоидной формы;
5. Для паранойяльной формы.

132. Главный фактор возникновения расстройств при шизофрении лежит:

1. В потребностно-мотивационной сфере; +
2. В когнитивной сфере;
3. В сфере детско-родительских отношений;
4. В эмоциональной сфере;
5. В неадекватном поведении.

133. Общая цель психотерапии включает в себя перечисленное, кроме:

1. Психофармакологическое лечение; +
2. Помощь пациенту в преодолении эмоционального дистресса;
3. Помощь в изменении личностных особенностей и моделей поведения, которые препятствуют реализации внутреннего потенциала;
4. Помощь в развитии зрелых отношений с другими людьми;
5. Помощь в преодолении болезни.

134. Основными приемами психотерапии являются:

1. Гипноз;
2. Психоанализ;
3. Обеспечение условий для выздоровления;
4. Помощь в осознании и использовании своих ресурсов и умений; +
5. Патопсихологическое исследование.

135. Бессознательное – это:

1. Психические процессы, происхождение которых для пациента необъяснимо;
2. Психические процессы, в отношении которых отсутствует субъективный контроль; +
3. Структурные нарушения мышления;
4. Вторичная выгода пациента;
5. Сознательно скрываемые мысли.

136. Процесс психотерапевтических отношений состоит из:

1. Одной фазы;
2. Двух фаз;
3. Трех фаз; +
4. Четырех фаз;
5. Пяти фаз.

137. Обязательным компонентом средней фазы психотерапевтических отношений является:

1. Диагностика проблем пациента;
2. Заключение психотерапевтического контракта;
3. Оценка потребностей и мотивации пациента;
4. Оценка сопротивления пациента; +
5. Достижение катарсиса.

138. К основным характеристикам самоактуализирующейся личности относятся:

1. Открытость для опыта;
2. Рациональность;
3. Личная ответственность;
4. Чувство собственного достоинства;
5. Верно все перечисленное. +

139. Коррекция «автоматических мыслей и образов» является основой:

1. Экзистенциальной психотерапии;
2. Поведенческой психотерапии;
3. Когнитивной психотерапии; +
4. Логотерапии;
5. Психоанализа.

140. Этапами когнитивно-бихевиоральной психотерапии являются все, кроме:

1. Проблемный анализ;
2. Формулирование цели;
3. Формулирование плана терапии;
4. Контрольное измерение;
5. Поиск утраченного смысла бытия. +

141. Психоаналитическая теория выделяет следующие виды тревоги, кроме:

1. Реалистическая;
2. Невротическая;
3. Поведенческая; +
4. Моральная;
5. Перинатальная.

142. К принципам экзистенциальной психологии относят все перечисленное, кроме:

1. Существование, как явление, становление предшествует сущности, как статической материи;
2. Основными движущими силами личности являются конфликты; +
3. Отсутствует разрыв между субъектом и объектом, истина, реально существующая для человека, только та, которую он производит своими действиями;
4. Поиск смысла жизни входит в число универсальных свойств человеческой природы;
5. Человек сам отвечает за то, что он есть и чем он становится.

143. Поведенческая терапия рассматривает следующие подходы к модификации поведения, кроме:

1. Контр-обуславливание;
2. Оперантные методы;
3. Анализ ранних детских переживаний; +
4. Терапия с предъявлением модели;
5. Процедуры самоконтроля.

144. Фундаментальный постулат Дж. Келли гласит:

1. Поведение человека определяется травмами детства;
2. Поведение человека определяется влиянием окружающей среды в процессе социализации;
3. Поведение человека определяется тем, как он предвосхищает события; +
4. Поведение человека определяется способностью осознавать себя в настоящем;
5. Поведение человека определяется вовлеченностью в базовые фобии.

145. Телесно-ориентированная терапия – это:

1. Упражнения для закаливания организма;
2. Упражнения для утренней гимнастики и для спортивных достижений;

3. Упражнения для решения личностных проблем;
4. Упражнения для решения психосоматических и личностных проблем; +
5. Упражнения для повышения эффективности анализаторов.

146. Основными техниками психоаналитической терапии являются все перечисленные, кроме:

1. Интерпретация;
2. Катарсис; +
3. Прояснение;
4. Анализ сновидений;
5. Конфронтация.

147. Конверсионный симптом:

1. Является попыткой разрядки эмоционального напряжения; +
2. Приводит к устойчивым изменениям в автономной нервной системе;
3. Является признаком эндогенного психического заболевания;
4. Приводит к слабоумию;
5. Сопровождается нарушениями сознания.

148. Согласно концепции двухфазного вытеснения А.Митчерлиха на первой фазе вытеснения конфликт преодолевается при помощи:

1. Психосоматических образований;
2. Незрелых и зрелых психологических защит; +
3. Катарсиса;
4. Соматизации;
5. Амбивалентности.

149. Регресс как вариант психосоматического дизонтогенеза может быть:

1. Следствием социализации телесных функций в более поздние сроки, по сравнению с нормой;
2. Реакцией на внезапно изменившиеся условия развития; +
3. Следствием формирования аномального образа «Я»;
4. Следствием осознания внутренних конфликтов;
5. Этапом развития эндогенного психического заболевания.

150. Согласно теории Ф.Александера бессознательный конфликт приводит к устойчивым изменениям:

1. В периферической нервной системе;
2. В органах чувств;
3. В вегетативной нервной системе; +
4. В коре головного мозга;
5. В нервных окончаниях половых органов.

151. В преодолении стресса важную роль играет все перечисленное, кроме:

1. Механизмы психологической защиты;
2. Вид стрессора; +
3. Психологические стратегии совладания со стрессом;
4. Психологические ресурсы преодоления стресса;
5. Предшествующий опыт преодоления.

152. Структура внутренней картины болезни по В.В. Николаевой включает в себя:

1. Четыре уровня; +
2. Пять уровней;
3. Мотивационный уровень;

4. Уровень первичного означения;
5. Уровень развернутой симптоматики.

153. Под патогенным влиянием соматической болезни на психику человека подразумевается:

1. Нарушения психической деятельности в условиях психосоматической болезни;
2. Нарушения психической деятельности и функций внутренних органов в условиях соматического заболевания;
3. Влияние на психику человека соматогенным путем; +
4. Патологические изменения в рецепторах коры головного мозга;
5. Патологические изменения в вегетативной нервной системе.

154. Регресс психосоматического развития:

1. Отмечается в любом возрастном периоде;
2. Является сильным фактором психологического воздействия ребенка на взрослого; +
3. Обычно возникает в постоянных условиях развития;
4. Отмечается чаще в подростковом возрасте;
5. Отмечается в предстарческом периоде.

**155. Принципиальное отличие психосоматических заболеваний от неврозов
Ф. Александер видел:**

1. В разных причинах этих болезней;
2. В глубине вытеснения конфликта; +
3. В разном подходе к лечению;
4. В глубине вовлечения структур психики;
5. В специфичности реагирования органов и систем.

156. Интегративная модель психосоматического заболевания Т.Иксюля– В.Везиака:

1. Определяет состояние здоровья по отсутствию болезни;
2. Уделяет особое внимание личностным и конституциональным особенностям;
3. Описывается с помощью теории психоанализа;
4. Является биопсихосоциальной; +
5. Отдает приоритет предшествующему опыту заболевания.

157. Тхостов А.Ш. И Арина Г.А. рассматривают внутреннюю картину болезни как:

1. Соматоперцепцию (особую форму познавательной деятельности); +
2. Психологическое образование с относительно независимыми сенситивными и интеллектуальными частями;
3. Не подчиняющуюся общепсихологическим закономерностям, и в основном определяющуюся особенностями личности;
4. Результат воздействия заболевания на подсознание;
5. Результат воздействия заболевания на психосоциальный дисплей.

158. Ф.Александр рассматривал психосоматический симптом как:

1. Символическое замещение подавленного конфликта;
2. Физиологическое сопровождение хронического эмоционального состояния; +
3. Неспецифическую реакцию на конфликт.

159. Вторая фаза вытеснения конфликта по А. Митчерлиху- это:

1. Обострение психосоматического заболевания;
2. Соматизация («соматическое защитное приспособление»); +
3. Применение зрелых механизмов психологической защиты;
4. Активный поиск лечения;

5. Восстановление психосоциального функционирования.

160. Состояние здоровья, согласно интегративной теории Г. Вайнера, определяется:

1. Успешным приспособлением к окружающему миру; +
2. Отсутствием болезней;
3. Наследственностью и ресурсами, необходимыми для поддержания здоровья;
4. Отсутствием перинатальных и детских конфликтов;
5. Высоким иммунитетом и устойчивой психикой.

161. Исследование, направленное на оценку состояния высших психических функций, называется:

1. Неврологическим;
2. Нейропсихиатрическим;
3. Психопатологическим;
4. Нейропсихологическим; +
5. Клиническим.

162. Медиобазальные отделы головного мозга по классификации А.В. Лурия относятся:

1. К энергетическому неспецифическому блоку; +
2. К блоку переработки экстрацептивной информации;
3. К блоку программирования, регуляции и контроля;
4. Ни к одному из них;
5. Все ответы не верны.

163. Отечественные нейропсихологи создали следующую концепцию о мозговой организации высших психических функций человека:

1. Психоморфологическое направление;
2. Теорию системной динамической локализации ВПФ; +
3. Концепцию эквипотенциальности мозга;
4. Эклектическую концепцию;
5. Отрицают проблему локализации ВПФ.

164. Способность узнавать предъявляемые предметы на ощупь называется:

1. Тактильностью;
2. Стереогнозисом; +
3. Эмпатией;
4. Рефлексией;
5. Агнозией.

165. Предметная агнозия возникает при патологии:

1. Передних лобных отделов мозга;
2. Височных отделов мозга;
3. Субкортикальных отделов мозга;
4. Затыльно-теменных отделов мозга; +
5. Теменно-височно-затылочных отделов мозга.

166. Нарушение понимания логико-грамматических конструкций возникает при афазии:

1. Динамической;
2. Семантической; +
3. Амнестической;
4. Сенсорной;
5. Афферентной моторной.

167. Укажите основные векторы кортикализации психических функций в нормальном онтогенезе ребёнка:

1. Сверху вниз (от коры к подкорке), слева направо (от левого к правому полушарию), спереди назад (от передних к задним отделам мозга);
2. Снизу вверх, справа налево, сзади наперёд; +
3. Снизу вверх, слева направо, спереди назад;
4. Сверху вниз, справа налево, спереди назад.

168. Зона ближайшего развития – это:

1. Ближайший к текущей дате возрастной период;
2. То, что может ребёнок с помощью взрослого; +
3. Уровень достигнутого интеллектуального развития;
4. Критерий учебной успеваемости;
5. Все ответы не верны.

169. Изменчивость мозговой организации функций является отражением:

1. Принципа системной локализации функций;
2. Принципа динамической локализации функций; +
3. Принципа иерархической соподчинённости функций;
4. Всех трёх принципов;
5. Неверно 1-2-3.

170. Отличие асинхронии от гетерохронии в развитии психики ребёнка заключается:

1. В том, что гетерохрония является естественным фактором развития; +
2. В масштабности охвата психических функций;
3. В том, что асинхрония касается лишь одного аспекта работы мозга;
4. Различий нет, это синонимы;
5. Все ответы не верны.

171. Аграфия – это:

1. Потеря способности к рисованию;
2. Потеря способности переноса навыков письма с правой руки на левую у правшей;
3. Навязчивые повторения отдельных букв при письме или штрихов при рисовании;
4. Нарушение способности правильно по форме и смыслу писать; +
5. Нарушение способности к устному счёту.

172. Левшество – это:

1. Преобладание размера левой руки над правой;
2. Совместное преобладание леворасположенных парных органов над правыми; +
3. Преобладание левой руки и левой ноги над правыми;
4. Различия в чувствительности правой и левой половины тела;
5. Различия в моторных реакциях левой и правой руки.

173. Нейропсихологические синдромы дефицитарности психического развития ребёнка связаны с локализацией нарушений:

1. В передних отделах КБП;
2. В задних отделах КБП;
3. В субкортикальных образованиях; +
4. Во всех структурах головного мозга;
5. В спинном мозге.

174. Поражение нижних отделов заднелобной области (зона Брока) приводит к:

1. Эфферентной моторной афазии; +
2. Афферентной моторной афазии;
3. Сенсорной афазии;
4. Динамической афазии;
5. Сенсорной афазии.

175. Поражение нижнетеменной области коры приводит к:

1. Эфферентной моторной афазии;
2. Афферентной моторной афазии; +
3. Сенсорной афазии;
4. Динамической афазии;
5. Сенсорной афазии.

176. Поражение второй височной извилины приводит к:

1. Динамической афазии;
2. Сенсорной афазии;
3. Акустико-мнестической афазии; +
4. Семантической афазии;
5. Амнестической афазии.

177. Квазипространственный синтез лежит в основе понимания:

1. Значений слов;
2. Звукоразличения;
3. Артикуляции; +
4. Счета;
5. Динамики речи.

178. Афферентная моторная афазия главным образом связана с нарушением:

1. Кинестетического фактора; +
2. Нарушение кинетического фактора;
3. Акустического фактора;
4. Пространственного фактора;
5. Квазипространственного фактора.

179. Восстановление функций путем растормаживания называется:

1. Викариатом;
2. Перестройкой функциональных систем;
3. Спонтанным восстановлением;
4. Снятием диашиза; +
5. Спонтанным восстановлением.

180. Процесс длительного ограничения возможностей удовлетворения потребностей ребёнка называется:

1. Деменция;
2. Девиация;
3. Депривация; +
4. Деперсонализация;
5. Дерезализация.

181. Высшие психические функции человека имеют следующие характеристики:

1. Реактивности, возбудимости, тормозимости;
2. Социальности, произвольности, опосредованности; +

3. Произвольности, опосредованности, реактивности;
4. Опосредованности, возбудимости, тормозимости;
5. Опосредованности, реактивности, социальности.

182. Хронологический показатель закономерностей психического дизонтогенеза позволяет:

1. Определить специфику первичного дефекта по качеству нарушения; +
2. Определить специфику связи первичного и вторичного дефектов;
3. Определить функциональную локализацию нарушения развития;
4. Определить особенности родительского воспитания;
5. Определить прогноз развития психических функций.

183. Процесс функциональной перестройки сохранных функций и замещение нарушенных называется:

1. Дизонтогенез;
2. Коррекция;
3. Депривация;
4. Компенсация; +
5. Акселерация.

184. Показатель нарушения межфункционального взаимодействия позволяет:

1. Определить функциональную локализацию нарушения развития;
2. Определить специфику связи первичного и вторичного дефектов; +
3. Определить разные уровни проявлений асинхронии развития;
4. Определить прогноз развития ребенка;
5. Определить содержание реабилитационных мероприятий.

185. Невозможность полной коррекции психического развития ребёнка с тотальным недоразвитием обусловлена:

1. Ранним повреждением основных анализаторных систем;
2. Выраженной социально- педагогической запущенностью;
3. Хроническим соматическим расстройством;
4. Нарушением развития высших интегративных структур мозга; +
5. Всё перечисленное не верно.

186. Симптом психического дизонтогенеза, при котором наблюдается грубая дезорганизация, либо выпадение функции, называется:

1. Распад; +
2. Регрессия;
3. Асинхрония;
4. Ретардация;
5. Астазия.

187. Синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных её функций обозначаются термином:

1. Педагогическая запущенность;
2. Задержка психического развития; +
3. Олигофрения;
4. Психопатия;
5. Детский церебральный паралич.

188. Социально обусловленный вид непатологических нарушений в психическом развитии - это:

1. Социальная депривация;

2. Патохарактерологическое развитие личности;
3. Педагогическая запущенность; +
4. Краевая психопатия;
5. Ядерная психопатия.

189. К социально обусловленным видам патологических нарушений онтогенеза относится:

1. Педагогическая запущенность;
2. Патохарактерологическое формирование личности; +
3. Акцентуация характера;
4. Краевая психопатия;
5. Ядерная психопатия.

190. Отличительная черта мышления умственно отсталых детей:

1. Искажение процесса обобщения;
2. Некритичность; +
3. Амбивалентность;
4. Амбитендентность;
5. Аутизм.

191. Поведенческая патология при психопатиях (личностных расстройствах) подразумевает наличие в поведении признаков, кроме:

1. Тотальность;
2. Стабильность;
3. Динамичность; +
4. Длительность проявления;
5. Деадаптация.

192. Повышенная подозрительность в сочетании со склонностью к образованию сверхценных идей входит в структуру:

1. Истерических черт характера;
2. Шизоидных черт характера;
3. Психастенических черт характера;
4. Паранойяльных черт характера; +
5. Эпилептоидных черт характера.

193. Отклоняющееся поведение и личностные расстройства, отраженные в МКБ-10 включают:

1. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте; +
2. Эмоциональные расстройства и расстройства поведения детского и подросткового возраста;
3. Расстройства поведения вследствие употребления психоактивных веществ;
4. Специфические расстройства личности (психопатии);
5. Поведенческие синдромы, связанные с биологическими и наследственными факторами.

194. Автор концепции, где механизм девиации рассматривается как результат расстройств личности, суть которой составляет иерархия потребностей:

1. В. Франкл;
2. А. Фрейд;
3. А. Маслоу; +
4. Э. Фромм;
5. А. Адлер.

195. Для возбудимой формы психопатий характерны черты, кроме:

- 1) Пассивность; ++

- 2) Раздражительность;
- 3) Конфликтность;
- 4) Гневливость;
- 5) Жестокость.

196. Группа истеричных психопатических личностей характеризуется всем перечисленным, кроме:

1. Самонадеянности;
2. Эгоизма;
3. Тревожности; +
4. Жажды признания;
5. Склонности к демонстративному поведению.

197. Фобические расстройства характеризуются:

1. Депрессией;
2. Страхом; +
3. Ситуацией;
4. Объектами;
5. Тревогой.

198. Невротические синдромы наблюдаются:

1. При соматических заболеваниях;
2. В структуре других заболеваний; +
3. При психических заболеваниях;
4. В стрессовых ситуациях;
5. При инфекционных заболеваниях;

199. Обсессивно-компульсивное расстройство проявляется всем перечисленным, кроме:

1. Болезненных переживаний;
2. Сниженного настроения; ++
3. Озабоченностью возможным загрязнением;
4. Навязчивыми сомнениями;
5. Сомнениях все ли приведено в порядок (выключены ли газ, свет, вода).

200. Поведение людей, которые не уверены в том, что хотят умереть, но при этом не убеждены и в том, что желают жить, относится к следующему типу суицида:

1. Ненамеренный;
2. Полунамеренный; +
3. Намеренный;
4. Преднамеренный;
5. Демонстративный.

201. При экспертном психологическом исследовании свидетеля изучается все перечисленное, кроме:

1. Уровень психического развития подэкспертного;
2. Особенности органов чувств (анализаторов);
3. Психическое состояние подэкспертного;
4. Трудовые способности и навыки; ++
5. Индивидуально-психологические особенности.

202. Факторами отставания в психическом развитии могут являться все перечисленное, кроме:

1. Социальная запущенность;
2. Патология характера; ++
3. Педагогическая запущенность;

4. Наличие сенсорного дефекта;
5. Перенесенные соматические заболевания в детстве.

203. При диагностике отставания в психическом развитии проверяется все, кроме:

1. Знание иностранных языков; ++
2. Общая осведомленность;
3. Знание основных социальных норм и правил;
4. Обучаемость;
5. Навыки чтения, счета, письма.

204. Этапами проведения психодиагностического экспертного исследования являются все перечисленное, кроме:

1. Психологический анализ материалов уголовного дела;
2. Беседа со следователем; ++
3. Проведение психологического исследования;
4. Сопоставительный анализ данных изучения уголовного дела, беседы, экспериментального исследования;
5. Составление заключения.

205. Совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности больных, выраженных в психологических понятиях, называют:

1. Психопатологическим симптомом;
2. Психопатологическим синдромом;
3. Патопсихологическим синдромом; +
4. Психологическим феноменом;
5. Патопсихологическим феноменом.

206. К развивающимся разделам клинической психологии относятся:

1. Психосоматика;
2. Психологическая коррекция;
3. Психология девиантного поведения;
4. Неврология;
5. Верно все перечисленное. +

207. Вид психопрофилактики, мероприятия которой направлены на предупреждение психических заболеваний у психически здорового населения, называется:

1. Третичной;
2. Вторичной;
3. Первичной; +
3. Социальной;
5. Общей.

208. Состояние полного или частичного возмещения (замещения) нарушенных в связи с болезнью психических функций называется:

1. Адаптацией;
2. Компенсацией; +
3. Кооперацией;
4. Атрибуцией;
5. Возмещением.

209. Клинико-психологическое исследование включает характеристику:

1. Когнитивных функций, личности, работоспособности; +

2. Нервной системы;
3. Психопатологических переживаний;
4. Оценку вменяемости;
5. Все перечисленное.

210. Характерными эмоциональными реакциями при переживании соматической болезни являются все, кроме:

1. Эйфория; +
2. Тревога;
3. Страх;
4. Чувство неполноценности;
5. Агрессия.

211. Мотивационный уровень реагирования на болезнь включает в себя:

1. Ощущения и чувства;
2. Различные виды реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;
3. Представления, знание больного о своем заболевании, размышления о его причинах и возможных последствиях;
4. Отношение больного к своему заболеванию, изменение поведения и образа жизни в условиях болезни; +
5. Все вышеперечисленное.

212. Неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение, суицидальные попытки характерны для следующего типа реагирования на болезнь

1. Сенситивный;
2. Эргопатический;
3. Ипохондрический;
4. Неврастенический;
5. Меланхолический. +

213. Положительное влияние тревоги при переживании болезни:

1. Является наиболее частым мотивом, который приводит больного к врачу; +
2. Сопровождается выраженными вегетативными признаками, следствием которых может явиться ухудшение основного заболевания;
3. Выраженные вегетативные признаки тревоги могут приводить к диагностическим ошибкам;
4. Тревога может трансформироваться в страх;
5. Тревога может стать причиной аутодеструктивного поведения.

214. Способы преодоления чувства неполноценности включают в себя все перечисленное, кроме:

1. Демонстрация, выпячивание болезненных проявлений;
2. Выработка адекватных копинг-стратегий; +
3. Сокрытие дефекта;
4. Гиперкомпенсация;
5. Рентное поведение.

215. Симптомы болезни идут на убыль, тревога снижается, призыва к помощи нет, нозофилия - характерно для:

1. Предмедицинской фазы переживания болезни во времени;
2. Фазы потери трудоспособности или резкой смены жизненных стереотипов;
3. Фазы активной адаптации к болезни; +
4. Фазы агрессии;
5. Фазы пассивной капитуляции.

216. Проблемы болезни превалируют над выгодами, нарастает тревога, часто трансформируется в другие стенические эмоции, характерно для:

1. Предмедицинской фазы переживания болезни во времени;
2. Фазы потери трудоспособности или резкой смены жизненных стереотипов;
3. Фазы активной адаптации к болезни;
4. Фазы агрессии; +
5. Фазы пассивной капитуляции.

217. Для психосоциальной реакции по типу "болезнь как наказание" характерно:

1. Противодействие, тревога, уход, борьба (иногда паранойяльная);
2. Депрессия или ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание, нарушение режима;
3. Безразличие, жизнерадостность, нарушение режима, враждебность по отношению к врачу;
4. Угнетенность, стыд, гнев; +
5. Тревога, нарушения сна, мысли о собственной несостоятельности.

218. Выраженность плацебо-реакции зависит от всего перечисленного, кроме:

1. От способности к метакоммуникации; +
2. Внушаемости пациента;
3. От эффекта первичности;
4. Рекламы;
5. Установки больного на терапию.

219. Специфическим вариантом предупреждения профессиональной деформации, разработанным специально для врачей является:

1. Применение успокаивающих препаратов;
2. Балинтов группы; +
3. Тренинговые группы;
4. Группы личностного роста;
5. Эмоционально-стрессовая психотерапия.

220. Создание мотива экспертизы необходимо:

1. Для установления доверительных отношений с испытуемым;
2. Для формирования у пациента серьезного отношения к исследованию;
3. Для изучения мотивации испытуемого; +
4. Для поддержания психотерапевтических отношений;
5. Для установления диагноза.

221. У больных с поражениями лобных долей головного мозга псевдодиагнозы обусловлены:

1. Повреждением зрительного нерва;
2. Нарушением произвольности и контроля; +
3. Снижением уровня обобщения;
4. Нарушением динамики психической деятельности;
5. Изменением чувствительности.

222. Галлюцинации – это:

1. Восприятие не существующих в реальности объектов, явлений; +
2. Нарушение узнавания предметов;
3. Изменение порогов чувствительности;
4. Искажение формы предметов;
5. Неправильное узнавание предметов.

223. Для какого вида расстройства восприятия характерны: чувство «сделанности» воспринимаемого?

1. Истинные галлюцинации;
2. Псевдогаллюцинации; +
3. Сенестопатии;
4. Агнозии.

224. Методика запоминания 10 слов позволяет оценить все перечисленное, кроме:

1. Динамику мнестической деятельности;
2. Объем кратковременной и долговременной памяти;
3. Нарушения непосредственного запоминания;
4. Отношение к исследованию;
5. Способность к обобщению. +

225. Нарушения опосредованного запоминания – это:

1. Нарушение динамики мнестической деятельности;
2. Нарушение операциональной стороны мнестической деятельности; +
3. Нарушение мотивационного компонента мнестической деятельности;
4. Нарушение целеполагания;
5. Нарушение самооценки.

226. При наличии сверхценных идей:

1. Человек убежден в их истинности, переубеждение невозможно;
2. Человек страдает от их наличия и хочет от них избавиться;
3. Человек ощущает их динамику в головном мозге;
4. Человек считает, что они являются результатом внешнего воздействия;
5. Человек воспринимает их как часть своего мировоззрения. +

227. Резонерство при эпилепсии характеризуется:

1. Морализаторством, содержанием идей справедливости, эмоциональностью; +
2. Выхолащиванием, отсутствием житейского содержания;
3. Рассуждениями, сопровождающими трудную деятельность;
4. Импульсивным перескакиванием с одной темы на другую;
5. Склонностью к негативной оценке событий.

228. Сочетание высокого уровня обобщения и конкретно-ситуационного является признаком:

1. Снижения уровня обобщения;
2. Искажения уровня обобщения;
3. Нарушения динамики познавательной деятельности; +
4. Нарушения мотивационного компонента познавательной деятельности;
5. Нарушения критичности мышления.

229. Инертность мыслительных процессов, застревание, тугоподвижность характерны при:

1. При маниакальных состояниях;
2. При эпилепсии; +
3. При шизофрении;
4. При невротических расстройствах;
5. При расстройствах личности.

230. Ангедония может быть диагностическим признаком:

1. Маниакального расстройства;
2. Депрессивного расстройства; +

3. Фобического расстройства;
4. Органического поражения ЦНС;
5. Эпилепсии.

231. Обсессивно-компульсивное расстройство относится к:

1. Расстройствам восприятия;
2. Расстройствам мышления;
3. Расстройствам эмоциональной сферы; +
4. Мотивационным расстройствам;
5. Расстройствам памяти.

232. Компульсия – это:

1. Повторяющиеся физические или психические действия, направленные на предотвращение дистресса, вызванного obsессией; +
2. Стремление к получению удовольствий;
3. Избегание травмирующих ситуаций;
4. Страх оказаться на людях;
5. Отсутствие сексуального влечения.

233. Психопатии относятся к:

1. Расстройствам восприятия;
2. Расстройствам мышления;
3. Расстройствам эмоциональной сферы;
4. Мотивационным расстройствам;
5. Личностным расстройствам. +

234. Эгоцентризм, эгоизм, инфантилизм, эмоциональная лабильность, потребность во внимании со стороны окружающих, прежде всего, характерны для психопатии:

1. Гипотимической формы;
2. Гипертимической формы;
3. Истерической формы; +
4. Эпилептоидной формы;
5. Паранойяльной формы.

235. Главный фактор возникновения расстройств при шизофрении лежит:

1. В потребностно-мотивационной сфере; +
2. В когнитивной сфере;
3. В сфере детско-родительских отношений;
4. В эмоциональной сфере;
5. В неадекватном поведении.

236. Первичный симптомокомплекс при эпилепсии – это:

1. Истощаемость, лабильность психических процессов;
2. Мотивационные нарушения;
3. Инертность психических процессов; +
4. Изменения личности;
5. Нарушение поведения.

237. Психосоматическое расстройство - это:

1. Общее название, используемого для обозначения любого расстройства при котором отмечаются соматические и психические расстройства;

2. Расстройство с соматическими проявлениями, которые обусловлены значимыми психологическими факторами; +
3. Нарушение функций внутренних органов и систем у психически здоровых людей;
4. Соматоформная симптоматика при эндогенных психических расстройствах;
5. Диссоциация между соматическими проявлениями и психическим реагированием.

238. Ф.Александр особое значение в возникновении психосоматического симптома придавал:

1. Символическому значению конверсионных расстройств;
2. Темпераменту;
3. Личностной предрасположенности;
4. Психодинамическому конфликту; +
5. Алекситемии.

239. В динамике формирования внутренней картины болезни выделяется:

1. Начальный этап, этап развернутой симптоматики, этап редукции;
2. Этапы первичного и вторичного означения, этап порождения личностью смысла болезни; +
3. Интеллектуальный, эмоциональный, мотивационный этап;
4. Этап реагирования, этап оперантного научения болезни, этап адаптации поведения;
5. Этап продрома, этап активной психосоматической симптоматики, этап алекситимии.

240. Исследование, направленное на оценку состояния высших психических функций, называется:

1. Неврологическим;
2. Нейропсихиатрическим;
3. Психопатологическим;
4. Нейропсихологическим; +
5. Клиническим.

241. Медиобазальные отделы головного мозга по классификации А.В. Лурия относятся:

1. К энергетическому неспецифическому блоку; +
2. К блоку переработки экстрацептивной информации;
3. К блоку программирования, регуляции и контроля;
4. Ни к одному из них;
5. Все ответы не верны.

242. Центральная теоретическая проблема нейропсихологии – это:

1. Проблема соотношения генетического и приобретённого в психической деятельности;
2. Проблема нормы и патологии психической деятельности;
3. Проблема психосоматических и соматопсихических связей;
4. Проблема развития и распада психики;
5. Проблема мозговой организации (локализации) высших психических функций человека. +

243. А. Р. Лурия разработал общую структурно-функциональную модель работы мозга как субстрата психической деятельности, согласно которой весь мозг может быть подразделён на:

1. Два полушария: доминантное (левое), субдоминантное (правое);
2. Четыре уровня: 1) кора головного мозга, 2) базальные ядра полушарий большого мозга, 3) гиппокамп, гипофиз, гипоталамус, поясная извилина, миндалевидное ядро, 4) ретикулярная формация и другие структуры ствола мозга;
3. Три основных блока: 1) энергетический, 2) блок приёма, переработки и хранения экстероцептивной информации, 3) блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности; +
4. Головной мозг человека не может подразделяться на отдельные части, так как представляет собой неделимое целое;

5. Головной мозг в процессе психической деятельности образует "функциональные ганглии", структура которых определяется текущей задачей.

244. Системные perseverации являются диагностическим признаком:

1. Афазии;
2. Апраксии; +
3. Агнозии;
4. Нарушения внимания;
5. Акалькулии.

245. Поражение теменно-затылочной зоны левого полушария часто приводит к:

1. Эфферентной моторной афазии;
2. Сенсорной афазии;
3. Семантической афазии; +
4. Динамической афазии;
5. Все ответы не верны.

246. Нарушение понимания логико-грамматических конструкций возникает при афазии:

1. Динамической;
2. Семантической; +
3. Амнестической;
4. Сенсорной;
5. Афферентной моторной.

247. По нейробиологическим законам головной мозг человека завершает своё интенсивное развитие:

1. К 21 году жизни;
2. К 15 месяцам жизни;
3. К 2 годам жизни;
4. К 9 годам жизни; +
5. К 15 годам жизни.

248. Термин «гетерохронность» в нейропсихологии обозначает:

1. Трудности формирования гностических функций;
2. Не одновременность развития функций; +
3. Патологию со стороны двигательного аппарата;
4. Различия в результатах нейропсихологического тестирования;
5. Все ответы неверны.

249. Изменчивость мозговой организации функций является отражением:

1. Принципа системной локализации функций;
2. Принципа динамической локализации функций; +
3. Принципа иерархической соподчинённости функций;
4. Всех трёх принципов;
5. Неверно 1-2-3.

250. Отличие асинхронии от гетерохронии в развитии психики ребёнка заключается:

1. В том, что гетерохрония является естественным фактором развития; +
2. В масштабности охвата психических функций;
3. В том, что асинхрония касается лишь одного аспекта работы мозга;
4. Различий нет, это синонимы;
5. Все ответы не верны.

251. Основным дефектом при вербальной алексии являются:

1. Слабое зрение;
2. Нарушения симультанного узнавания; +
3. Перепутывание букв;
4. Нечеткость восприятия в темноте;
5. Нарушения цветовосприятия.

252. Аграфия – это:

1. Потеря способности к рисованию;
2. Потеря способности переноса навыков письма с правой руки на левую у правшей;
3. Навязчивые повторения отдельных букв при письме или штрихов при рисовании;
4. Нарушение способности правильно по форме и смыслу писать; +
5. Нарушение способности к устному счету.

253. Особенности очаговых поражений мозга у детей являются:

1. Слабая выраженность симптоматики; +
2. Значительная выраженность симптоматики;
3. Длительный период обратного развития симптомов;
4. Высокая зависимость от латерализации очага поражения;
5. Вовлеченность мозжечка и ретикулярной формации.

254. Атипичия психического развития связана с такими нейропсихологическими явлениями (симптомами), как:

1. Кинестетическая апраксия;
2. Неустойчивость внимания и гиперактивность;
3. Дефекты соматического и лицевого гнозиса;
4. Нарушение формирования психических операций и автоматизмов на фоне;
6. Сенсорная алалия. +

255. К основным функциям речи относится все перечисленное, кроме:

1. Регулятивная;
2. Когнитивная;
3. Выразительная; +
4. Номинативная;
5. Обобщения.

256. Квазипространственный синтез лежит в основе понимания:

1. Значений слов;
2. Звукоразличения;
3. Артикуляции; +
4. Счета;
5. Динамики речи.

257. Эфферентная моторная афазия это нарушение:

1. Кинестетического фактора;
2. Нарушение кинетического фактора; +
3. Акустического фактора;
4. Пространственного фактора;
5. Квазипространственного фактора.

258. Хронологический показатель закономерностей психического дизонтогенеза позволяет:

1. Определить специфику первичного дефекта по качеству нарушения; +

2. Определить специфику связи первичного и вторичного дефектов;
3. Определить функциональную локализацию нарушения развития;
4. Определить особенности родительского воспитания;
5. Определить прогноз развития психических функций.

259. У детей с медицинским диагнозом «умственная отсталость (олигофрения)» будут проявляться, в первую очередь, следующие клинико-психологические признаки:

1. Снижение остроты зрения до 0,04;
2. Акцентуация характера по шизоидному типу;
3. Выраженное речевое и моторное недоразвитие; +
4. Распад мнестических функций;
5. Скудная коммуникация при сохранном интеллекте.

260. Процесс функциональной перестройки сохранных функций и замещение нарушенных называется:

1. Дизонтогенез;
2. Коррекция;
3. Депривация;
4. Компенсация; +
5. Акселерация.

261. Искаженное психическое развитие ребёнка проявляется в следующих клинических признаках:

1. Аутизма;
2. Афазии;
3. Апраксии;
4. Асинхронии; +
5. Атаксии.

262. У аномального ребёнка можно обнаружить следующие механизмы личностного реагирования на первичный дефект:

1. Атрибуции;
2. Гиперкомпенсации; +
3. Компенсации;
4. Идентификации;
5. Игнорирования.

263. Весь комплекс проявлений нарушения психического развития ребёнка обозначается термином:

1. Психическое расстройство;
2. Психический патогенез;
3. Психическая депривация;
4. Психический дизонтогенез; +
5. Социально-психологическая абилитация.

264. Наследственные факторы возникновения первичных дефектов предполагают возникновение следующих механизмов:

1. Ранняя постнатальная нейроинфекция;
2. Пренатальный токсикоз; +
3. Хромосомные aberrации;
4. Сенсорная депривация;
5. Генные мутации.

265. Невозможность полной коррекции психического развития ребёнка с тотальным недоразвитием обусловлена:

1. Ранним повреждением основных анализаторных систем;
2. Выраженной социально- педагогической запущенностью;
3. Хроническим соматическим расстройством;
4. Нарушением развития высших интегративных структур мозга; +
5. Всё перечисленное не верно.

266. Симптом психического дизонтогенеза, при котором наблюдается возврат функции на более ранний возрастной уровень называется:

1. Ретардация;
2. Регрессия; +
3. Распад;
4. Асинхрония;
5. Астазия.

267. Синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных её функций обозначаются термином:

1. Педагогическая запущенность;
2. Задержка психического развития; +
3. Олигофрения;
4. Психопатия;
5. Детский церебральный паралич.

268. Социально обусловленный вид непатологических нарушений в психическом развитии это:

1. Социальная депривация;
2. Патохарактерологическое развитие личности;
3. Педагогическая запущенность; +
4. Краевая психопатия;
5. Ядерная психопатия.

269. Симптом психического дизонтогенеза, при котором отмечается запаздывание или приостановка психического развития, называется:

1. Асинхрония;
2. Ретардация; +
3. Распад;
4. Регрессия;
5. Астазия.

270. К социально обусловленным видам патологических нарушений онтогенеза относится:

1. Педагогическая запущенность;
2. Патохарактерологическое формирование личности; +
3. Акцентуация характера;
4. Краевая психопатия;
5. Ядерная психопатия.

271. Дезинтегративное расстройство детского возраста, где после периода нормального развития прогрессирует слабоумие:

1. Синдром Ретта; +
2. Синдром Геллера;
3. Синдром Каннера;
4. Синдром Аспергера;

5. Синдром Ганзера.

272. Поведенческая патология при психопатиях (личностных расстройствах) подразумевает наличие в поведении признаков, кроме:

1. Тотальность;
2. Стабильность;
3. Динамичность; +
4. Длительность проявления;
5. Деадаптация.

273. Формированию истерических черт характера в большей степени способствует воспитание по типу:

1. Гиперопека;
2. Гипоопека;
3. «Кумир семьи»; +
4. «Козел отпущения»;
5. Парадоксальная коммуникация.

274. Повышенная подозрительность в сочетании со склонностью к образованию сверхценных идей входит в структуру:

1. Истерических черт характера;
2. Шизоидных черт характера;
3. Психастенических черт характера;
4. Паранойяльных черт характера; +
5. Эпилептоидных черт характера.

275. Шизоидные черты характера включают:

1. Алекситимия;
2. Замкнутость;
3. Ангедония;
4. Паратимии; +
5. Экцентричность поведения.

276. Для возбудимой формы психопатий характерны черты, кроме:

1. Пассивность; ++
2. Раздражительность;
3. Конфликтность;
4. Гневливость;
5. Жестокость.

277. Агрессивное поведение имеет характеристики, кроме:

1. Причинение вреда; ++
2. Форму проявления;
3. Интенсивность;
4. Аффект;
5. Направленность.

278. Агорафобия проявляется в избегании:

1. Высоты;
2. Темноты;
3. Крови;
4. Открытого пространства; +

5. Спида.

279. Для неврастения характерны все симптомы, кроме:

1. Повышенной утомляемости;
2. Интенсивных, но кратковременных эмоциональных реакций;
3. Расстройств чувствительности; ++
4. Истощаемости;
5. Неспособности расслабиться.

280. Посттравматическое стрессовое расстройство характеризуется:

1. Диссоциативной амнезией;
2. Немедленной реакцией на травму;
3. Отставленной реакцией на стресс; +
4. Транзиторным расстройством;
5. Реактивным психозом.

281. Соматоформные расстройства характеризуются всем перечисленным, кроме:

1. Наличием органической патологии ЦНС; ++
2. Ипохондричностью;
3. Соматическими симптомами;
4. Активным обращением за медицинской помощью;
5. Тревожно-депрессивными проявлениями.

282. Генерализованное тревожное расстройство характеризуется следующими симптомами, кроме:

1. Беспокойство;
2. Нарушения сна;
3. Быстрая утомляемость;
4. Деперсонализация; +
5. Раздражительность.

283. Причинами стрессовых расстройств являются все перечисленные, кроме:

1. Насилие;
2. Немотивированный страх; ++
3. Техногенные и природные катастрофы;
4. Военные действия;
5. Жестокое обращение.

284. Реакции на стресс обусловлены всем перечисленным, кроме:

1. Риском увечья;
2. Страх смерти;
3. Неконтролируемостью события;
4. Тяжестью травмы; ++
5. Недостатком социальных навыков.

285. Внешнее суицидальное поведение состоит из следующих феноменов, кроме:

1. Отказ от собственности;
2. Подготовка к суициду;
3. Суицидальные замыслы; ++
4. Суицидальная попытка;
5. Завершенный суицид.

286. Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток реализации называется:

1. Постсуицид;
2. Пресуицид; ++
3. Суицид;
4. Парасуицид;
5. Латентный период.

287. Пассивные суицидальные мысли, это:

1. Представления, фантазии на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни; +
2. Активная форма суицидальности, продумываются способы суицида, время и место действия;
3. Размышления об отсутствии ценности жизни, где еще нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни;
4. Присоединение к замыслам волевого компонента;
5. Фантазии об исчезновении.

288. Антивитальные переживания - это:

1. Представления, фантазии на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни;
2. Активная форма суицидальности, продумываются способы суицида, время и место действия;
3. Размышления об отсутствии ценности жизни, где еще нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни; +
4. Присоединение к замыслам волевого компонента;
5. Фантазии об исчезновении.

289. Значимыми правилами для беседы по телефону - доверия для суицидентов являются все перечисленные, кроме:

1. Анонимность беседы;
2. Отсутствие манипулирования;
3. Эмоциональная открытость, эмпатия;
4. Ирония; ++
5. Конфиденциальность беседы.

290. У людей с гиперспособностями, как правило, встречается следующий тип нарушения взаимодействия с реальностью:

1. Приспособление;
2. Противостояние;
3. Болезненное противостояние;
4. Уход;
5. Игнорирование. +

291. Основой для диагностики делинквентного поведения являются:

1. Агравация;
2. Перверсии;
3. Девиации;
4. Проступки; +
5. Преступления.

292. Психологическим антиподом аддиктивной личности выступает:

1. Гармоничный человек;
2. Обыватель;
3. Независимая личность; +
4. Преступник;

5. Психически больной.

293. Основой девиантного поведения при патохарактерологическом типе являются:

1. Психопатологические симптомы;
2. Психопатологические синдромы;
3. Девиации характера (акцентуации и психопатии) +
4. Патология характера, связанная с психическим заболеванием;
5. Патология личности, связанная с психическим заболеванием.

294. Наиболее часто агрессивность значительной степени выраженности, неподдающаяся волевой коррекции, входит в структуру:

1. Астенического синдрома;
2. Эксплозивного синдрома; +
3. Психастенического синдрома;
4. Депрессивного синдрома;
5. Синдрома жила де ля туретта.

295. Суицидальное поведение, связанное с кризисными ситуациями в жизни и личными трагедиями, называется:

1. Психогенным;
2. Эгоистическим;
3. Альтруистическим;
4. Дистимическим;
5. Анемическим. +

296. Лица с истерическими расстройствами личности чаще выбирают:

1. Групповые способы суицидального поведения;
2. Недемонстративные способы суицидального поведения;
3. Недемонстративные способы парасуицидального поведения;
4. Демонстративные способы суицидального поведения;
5. Демонстративные способы парасуицидального поведения. +

297. Неспособность человека отказаться от предлагаемого окружающими приема алкоголя или наркотических веществ отражает:

1. Гедонистическую мотивацию;
2. Атарактическую мотивацию;
3. Псевдокультурную мотивацию;
4. Субмиссивную мотивацию; +
5. Мотивацию с гиперактивацией поведения.

298. Понятие партнерской сексуальной нормы включает все нижеследующие критерии:

1. Количества одновременно взаимодействующих партнеров;
2. Зрелости партнеров;
3. Стремления к достижению обоюдного согласия;
4. Гетеросексуальной направленности влечения; +
5. Отсутствия ущерба собственному здоровью.

299. Инверсия половой (сексуальной) идентификации происходит при:

1. Гомосексуализме;
2. Транссексуализме; +
3. Фетишизм;
4. Эксгибиционизме;
5. Вуайеризме.

300. Предметом изучения клинической психологии, как науки является все перечисленное, кроме:

1. Психологическое функционирование человека, развитие психических процессов в течение жизни, факторы обуславливающие поведение человека;
2. Психические расстройства (анализ условий возникновения, классификация, диагностика, эпидемиология, интервенция);
3. Психические аспекты соматических расстройств;
4. Психологические аспекты медицинской отрасли (психология больного, психология медицинского персонала, психология коммуникационных процессов с больным, психологические эффекты биологической терапии, психологические эффекты медицинской среды);
5. Спектр действия психофармакологических препаратов. ++