

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ К АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

вторая категория

1. «Уход от болезни в работу», желание сохранить работоспособность характерны для следующего типа реагирования на болезнь:

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

2. Крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур характерны для следующего типа реагирования на болезнь:

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

3. 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.

4. 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.

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

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

6. 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.

7. 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.

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

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

9. 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.

10. Конфабуляции – это:

1. Частичное выпадение из памяти отдельных фактов или событий;
2. Непроизвольное оживление в памяти малозначительных для настоящего событий;
3. Забывание событий прошлого;
4. Ложные воспоминания с убежденностью в их реальности; +
5. Забывание текущих событий.

11. 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. +

12. 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.

13. 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.

14. 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. +

15. Снижение уровня обобщения характерно для больных:

1. Невротическими расстройствами;
2. Шизофренией;
3. Шизоаффективным психозом;
4. Психопатией;
5. Олигофренией. +

16. 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.

17. 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.

18. 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.

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

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

20. Автором рационально-эмотивной терапии является:

1. В. Франкл;
2. З.Фрейд;
3. А.Бэк;
4. А.Эллис; +
5. Б.Карвасарский.

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

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

22. 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. +

23. Концепцию об основных механизмах психологической защиты разработал:

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

24. Психоаналитическая теория выделяет следующие виды тревоги, кроме:

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

25. Теория объектных отношений строится на концепции:

1. Экзистенциализма;
2. Гуманистической психологии;
3. Когнитивной психологии;
4. Психоаналитической теории; +
5. Бихевиоризма.

26. Сторонники психоаналитической теории считают, что:

1. Отсутствует логически понятная связь между содержанием аффективного конфликта и клиническими симптомами;
2. Центральная роль в формировании психосоматической патологии принадлежит бессознательному; +
3. Асоциальные мысли, вытесненные в область бессознательного, не проявляются в расстройствах внутренних органов;
4. Существует определенная взаимосвязь между опытом болезни и ее проявлениями;
5. Симптомы заболевания обусловлены актуализацией интегративных переживаний.

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

1. Четыре уровня; +
2. Пять уровней;
3. Мотивационный уровень;
4. Уровень первичного значения;
5. Уровень развернутой симптоматики.

28. 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.

29. В динамике формирования внутренней картины болезни выделяется:

1. Начальный этап, этап развернутой симптоматики, этап редукции;
2. Этапы первичного и вторичного значения, 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.

30. 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.

31. Отечественные нейропсихологии 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.

32. 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.

33. Интенсивный рост лобных долей мозга в норме начинается:

1. Не ранее 2 лет;
2. Не ранее 8 месяцев;
3. Не ранее 8 лет; +
4. Не ранее 12 лет;
5. Все ответы не верны.

34. 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.

35. 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.

36. 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.

37. Восстановление функций путем растормаживания называется:

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

38. Процесс длительного ограничения возможностей удовлетворения потребностей ребёнка называется:

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

39. 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.

40. Понятие «высшие психические функции» было введено в психологию и смежные области знания:

1. П.Я.Гальпериным;
2. Л.С.Выготским; +
3. В.П.Кашенко;;
4. М.С.Певзнер;
5. П.П.Блонским.

41.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.

42. 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.

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

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

44.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.

45. Дефицитарное психическое развитие проявляется у следующих категорий аномальных детей:

1. Неслышащие дети;
2. Слабовидящие дети;
3. Дети с пороками развития внутренних органов;
4. Дети с проявлениями ДЦП;
5. Дети с проявлениями ЗПР. +

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

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

47. 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.

48. 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.

49. 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.

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

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

51. Искажённое психическое развитие будет наблюдаться у детей с клинической картиной:

1. Синдрома Ретта;
2. Синдрома Леннокса-Гасто;
3. Синдрома Аспергера; +
4. Синдрома Геллера;
5. Синдром Ганзера.

52. 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.

53. Аномалия характера, неправильное, патологическое развитие, характеризующееся дисгармонией в эмоциональной и волевой сферах, это:

1. Задержка психического развития;
2. Олигофрения;
3. Психопатия; +
4. Акцентуация характера;
5. Педагогическая запущенность.

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

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

55. К социально обусловленным видам патологических нарушений онтогенеза относится:

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

56. 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.

57. Отличительная черта мышления умственно отсталых детей:

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

58. Постулат о том, что в основе отклоняющегося поведения лежат неадаптивные мыслительные схемы принадлежит:

1. А. Бандура;
2. К.Роджерс;
3. А.Адлер;
4. А.Бек; +
5. Р.Лазарус.

59. Расстройства личности, называемые психопатиями характеризуются:

1. Врожденными уродствами;
2. Аномальным развитием;
3. Патологическими чертами характера; +
4. Задержкой психического развития;
5. Психопатологическими явлениями.

60. Для возбудимой формы психопатий характерны черты кроме:

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

61. Для тормозимых психопатических личностей характерны все перечисленное, кроме:

1. Уязвимость;
2. Эмоциональная неустойчивость; ++
3. Психическая слабость;
4. Тревожность;
5. Навязчивости.

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

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

63. Группа патологически замкнутых психопатических личностей характеризуется:

1. Гневливостью;
2. Угрюмостью;
3. Нелюдимостью; +
4. Застенчивостью;
5. Ананкастностью.

64. Агрессивное поведение имеет характеристики, кроме:

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

65. Суицидальные замыслы - 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.

66. 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.

67. Значимыми показателями суицидального риска являются все нижеперечисленное, кроме:

1. Были суицидные попытки;
2. Межличностные конфликты; ++
3. Вдруг стал отрицать внешний вид;
4. Усилились несчастные случаи, проявляется беззаботность в опасных ситуациях;
5. Раздаёт личные вещи.

68. 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.

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

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

70. Выделяются все нижеследующие типы девиантного поведения:

1. Патопсихологического; +
2. Делинквентного;
3. Аддиктивного;
4. На базе гиперспособностей;
5. Психопатологического.

71. К эстетической категории суицидального поведения относится:

1. Место суицида;
2. Время суицида;
3. Способ суицида; +
4. Длительность суицида;
5. Значимость суицида.

72. Аддиктивные парасуицидальные попытки совершаются с целью:

1. Привлечения внимания к собственной персоне;
2. Вывести себя из состояния безэмоциональности и скуки; +
3. Безболезненно уйти из жизни;
4. Уйти из жизни при тайных обстоятельствах;
5. Уйти из жизни ради блага человечества.

73. 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. +

74. Стремление к применению опьяняющих веществ с целью смягчения или устранения явлений эмоционального дискомфорта называется:

1. Гедонистической мотивацией;
2. Атарактической мотивацией; +
3. Псевдокультурной мотивацией;
4. Субмиссивной мотивацией;
5. Мотивацией с гиперактивацией поведения.

75. 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.

76. 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.

77. Увлеченность азартными играми называется:

1. Трудоголизмом;
2. Фетишизмом;
3. Картингом;
4. Серфингом;
5. Гемблингом. +

78. Современная клиническая психология опирается на:

1. Естественно-научную парадигму;
2. Общемедицинскую парадигму;
3. Гуманитарную парадигму;
4. Психоаналитическую парадигму;
5. Верно 1-2-3. +

79. 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. ++

80. Предметом изучения клинической психологии являются следующие виды интервенции (вмешательства), кроме:

1. Профилактика;
2. Психотерапия;
3. Психофармакотерапия; ++
4. Реабилитация;
5. Психология коммуникации в медицинской среде.

81. Понятие «больной» можно рассмотреть в следующих перспективах:

1. Какое-то измененное состояние индивида (биологическое или психическое);
2. Переживание недомогания или какой-либо ущербности;
3. Приписанная роль, связанная с особыми требованиями и привилегиями;
4. Мнение группы авторитетных специалистов;
5. Верно все перечисленное. +

82. Примерами многоосевой классификации психических расстройств могут служить:

1. Шкала HADS;
2. Классификация DSM-IV-R; +
3. Классификация Э. Крепелина;
4. Шкала PANSS;
5. Классификация Айзенка.

83. Мультимодальность, как основной принцип психодиагностики включает в себя несколько категорий, кроме:

1. Плоскости данных;
2. Источники данных;
3. Последствия данных; ++
4. Методы обследования;
5. Конструкты (функциональные области).

84. Чтобы регистрировать эмоции и поведение человека используют следующие плоскости данных:

1. Биологическая (соматическая) плоскость;
2. Психическая (психологическая) плоскость;
3. Социальная плоскость;
4. Экологическая плоскость;
5. Верно все перечисленное. +

85. Современные исследования эффективности психотерапии показали, что отмечаются следующие эффекты, кроме:

1. Определенные виды психотерапии оказывают влияние на определенные психические расстройства;
2. Результаты психотерапии достаточно пролонгированы во времени;
3. Различия в эффективности тех или иных методов психотерапии не выражены;
4. Доказана эффективность психоаналитических методов по сравнению с другими; ++

5. Значимыми для эффективности психотерапии факторами являются личность; психотерапевта, личность пациента, психотерапевтический процесс.

86. При исследовании эффективности процесса психотерапии учитывают все изменения, кроме:

1. Изменения, произошедшие за один сеанс;
2. Изменения, произошедшие между сеансами;
3. Изменения, происходившие в течение жизни пациента, начиная с детства; ++
4. Изменения, произошедшие в отдельных фазах психотерапии;
5. Изменения, происходящие в процессе одного сеанса.

87. Судебно-психологическая экспертиза производится в отношении всех причисленных, кроме:

1. Подозреваемого;
2. Обвиняемого;
3. Подсудимого;
4. Психически больного; +++
5. Свидетеля.

88. Особенности нарочитого поведения подэкспертного могут являться все, кроме:

1. Симуляцией;
2. Диссимуляцией;
3. Отрицанием; ++
4. Агgravацией;
5. Сюрсимуляцией.

89. Признаками физиологического аффекта являются все перечисленное, кроме:

1. Двигательное возбуждение;
2. Частичная амнезия;
3. Постаффективное астеническое состояние;
4. Большая длительность состояния; ++
5. Физиологические проявления.

90. Предметом судебно-психологической экспертизы может явиться все перечисленные, кроме:

1. Аффект;
2. Несовершеннолетний обвиняемый;
3. Потерпевшее лицо;
4. Свидетель;
5. Психически больной. ++

91. 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.

92. 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.

93. Основанием для проведения судебно-психологической экспертизы может являться:

1. Постановление следователя;
2. Определение суда;
3. Ходатайство адвоката;
4. Верно 1-2; +
5. Верно 1-2-3.

94. Психологическая экспертиза производится в отношении всех перечисленных, кроме:

1. Ребенка; ++
2. Подозреваемого;
3. Обвиняемого;
4. Свидетеля;
5. Потерпевшего.

95. Конечной целью судебно-психологического исследования является все перечисленное, кроме:

1. Анализ психического расстройства подэкспертного; ++
2. Анализ умственного развития подэкспертного;
3. Анализ регуляции поведения подэкспертного;
4. Анализ личности подэкспертного;
5. Анализ аффекта.

96. Центральной категорией (понятием) клинической психологии является:

1. болезнь
2. больной
3. душа
4. психическая деятельность+
5. нормальное функционирование психики

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

1. третичной
2. вторичной
3. первичной+
3. социальной
5. общей

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

1. первичный симптом+
2. вторичный симптом
3. третичный симптом
4. казус
5. главный симптом

99. Феноменологический подход к диагностическому процессу используется в:

1. патопсихологии
2. психиатрии+
3. возрастной психологии
4. нейропсихологии
5. психосоматике

100. Теоретической базой развития отечественной клинической психологии является:

1. психопатология
2. теория психоанализа
3. теория развития высших психических функций Л.С.Выготского+
4. основы общей психологии
5. психология трудовых процессов

101. 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.

102. Теоретической базой развития отечественной клинической психологии является:

1. Психопатология;
2. Теория психоанализа;
3. Теория развития высших психических функций Л.С.Выготского; +
4. Основы общей психологии;
5. Психология трудовых процессов.

103. «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.

104. Клинико-психологическое исследование включает характеристику:

1. Когнитивных функций, личности, работоспособности; +
2. Нервной системы;
3. Психопатологических переживаний;
4. Оценку вменяемости;
5. Все перечисленное.

105. 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. +

106. 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.

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

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

108. 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.

109. 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.

110. 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.

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

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

112. Конфабуляции – это:

1. Частичное выпадение из памяти отдельных фактов или событий;
2. Непроизвольное оживление в памяти малозначительных для настоящего событий;
3. Забывание событий прошлого;
4. Ложные воспоминания с убежденностью в их реальности; +
5. Забывание текущих событий.

113. 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. +

114. 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.

115. Высокая самооценка, подозрительность, склонность к образованию сверценных идей, 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. +

116. 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.

117. Первичный симптомокомплекс при эпилепсии – это:

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

118. 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.

119. Задачами психотерапии являются все перечисленные кроме:

1. Решение проблем пациента; +
2. Помощь пациенту в осознании себя и своих возможностей (ресурсов);
3. Поощрение свободного выражения чувств;
4. Советы пациенту, как правильно поступать в тех или иных ситуациях;
5. Помощь пациенту в освоении и проверке новых способов мышления и поведения за пределами психотерапевтической ситуации.

120. 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.

121. 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.

122. 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.

123. 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.

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

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

125. В группу теорий специфичности психосоматических связей входят:

1. Теория специфичности личности; +
2. Теория специфичности бессознательного;
3. Теория специфичности взаимодействия со средой;
4. Теория специфичности иммунитета;
5. Теория специфичности поведения.

126. 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.

127. 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.

128. «Круг Пейпеса» в основном описывает циркуляцию эмоциональных процессов:

1. Между теменной и височной корой;
2. От зрительного анализатора к третичным полям;
3. Внутри лимбической системы; +
4. Между ретикулярной формацией и лобной корой;
5. Все ответы не верны.

129. 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.

130. Интенсивный рост лобных долей мозга в норме начинается:

1. Не ранее 2 лет;
2. Не ранее 8 месяцев;
3. Не ранее 8 лет; +
4. Не ранее 12 лет;
5. Все ответы не верны.

131. 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.

132. 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.

133. Поражение зоны Тро приводит к:

1. Динамической афазии;
2. Сенсорной афазии;
3. Акустико-мнестической афазии;
4. Окуло-мнестической афазии;
5. Эмоциональной афазии. +

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

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

135. Квазипространственный синтез лежит в основе понимания:

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

136. 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.

137. Дефицитарное психическое развитие проявляется у следующих категорий аномальных детей:

1. Неслышащие дети;
2. Слабовидящие дети;
3. Дети с пороками развития внутренних органов;
4. Дети с проявлениями ДЦП;
5. Дети с проявлениями ЗПР. +

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

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

139. 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.

140. Отличительная черта мышления умственно отсталых детей:

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

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

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

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

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

143. 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. Паранойальных черт характера; +
5. Эпилептоидных черт характера.

144. Шизоидные черты характера включают:

1. Алекситимия;
2. Замкнутость;
3. Ангедония;
4. Паратимия; +
5. Эксцентричность поведения.

145. Перфекционизм входит в структуру:

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

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

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

147. 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.

148. 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.

149. Автор концепции, где механизм девиации рассматривается как результат конфликтной фазы психосексуального развития:

1. В.Франкл;
2. З.Фрейд; +
3. А.Фрейд;
4. А.Маслоу;
5. К.Роджерс.

150. Для возбудимой формы психопатий характерны черты кроме:

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

151. Для тормозимых психопатических личностей характерны все перечисленное, кроме:

1. Уязвимость;
2. Эмоциональная неустойчивость; ++
3. Психическая слабость;
4. Тревожность;
5. Навязчивости.

152. 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.

153. 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).

154. Использование психологических методик при исследовании больных неврозами ставит следующие задачи:

1. Изучение эмоционально-волевой сферы; +
2. Изучение типологических особенностей;
3. Изучение направленности личности;
4. Изучение интеллектуальных особенностей;
5. Изучение симптомов заболевания;

155. Для неврастении характерны все симптомы, кроме:

1. Повышенной утомляемости;

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

156. Диссоциативные (конверсионные) расстройства характеризуются всем перечисленным, кроме:

1. Вегетативных нарушений;
2. Интеллектуальных нарушений; ++
3. Сенсорных нарушений;
4. Двигательных нарушений;
5. Ипохондрии.

157. 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.

158. Состояние стресса характеризуется следующими компонентами:

1. Субъективное затруднение;
2. Неконтролируемость;
3. Опасность;
4. Реакция тревоги;
5. Верно все перечисленное. +

159. Генерализованное тревожное расстройство характеризуется следующими симптомами, кроме:

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

160. Причинами стрессовых расстройств являются все перечисленные кроме:

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

161. 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.

162. 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.

163. Важным приёмом в беседе с суицидентом является:

1. Выслушивание; +
2. Использование опыта решения проблем;
3. Рациональная терапия (структурирование);
4. Уверенность в потенциале;
5. Позитивное будущее (терапия надеждой).

164. Система поступков, противоречащих принятым в обществе нормам и проявляющихся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением называется:

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

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

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

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

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

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

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

168. Выделяются все нижеследующие типы девиантного поведения:

1. Патопсихологического; +
2. Делинквентного;
3. Аддиктивного;
4. На базе гиперспособностей;
5. Психопатологического.

169. 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.

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

1. Психогенным;

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

171. К эстетической категории суицидального поведения относится:

1. Место суицида;
2. Время суицида;
3. Способ суицида; +
4. Длительность суицида;
5. Значимость суицида.

172. 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. ++

173. Модель психической болезни в психологии научения определяется как:

1. Психические расстройства можно объяснить центральным дефектом, лежащим в психической сфере и вызванным каким-либо 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.

174. Модель психической болезни гуманитарно-феноменологическом направлении 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.

175. Примерами многоосевой классификации психических расстройств могут служить:

1. Шкала HADS;

2. Классификация DSM-IV-R; +
3. Классификация Э. Крепелина;
4. Шкала PANSS;
5. Классификация Айзенка.

176. Мультимодальность, как основной принцип психодиагностики включает в себя несколько категорий, кроме:

1. Плоскости данных;
2. Источники данных;
3. Последствия данных; ++
4. Методы обследования;
5. Конструкты (функциональные области).

177. Чтобы регистрировать эмоции и поведение человека используют следующие плоскости данных:

1. Биологическая (соматическая) плоскость;
2. Психическая (психологическая) плоскость;
3. Социальная плоскость;
4. Экологическая плоскость;
5. Верно все перечисленное. +

178. Модель психической болезни в психоаналитических концепциях 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.

179. Источниками информации для психодиагностики служат:

1. Индивид; +
2. Произведения искусства, литературы;
3. Сторонний наблюдатель;
4. Компьютерные и аппаратные методы;
5. Данные, полученные от родственников обследуемого.

180. «Качество жизни» в концепции мультимодальности – это:

1. Плоскость данных;
2. Глобальный конструкт; +
3. Источник данных;
4. Метод обследования;
5. Данные специальных шкал.

181. Методологическую трудность при проведении психологического эксперимента представляет эффект плацебо, это:

1. Имитирование психологического эксперимента или психотерапевтического метода; +
2. Участие в эксперименте расценивается испытуемым как проявление внимания к нему лично;
3. Присутствие внешнего наблюдателя в эксперименте изменяет поведение испытуемого;
4. Аппаратные методы влияют на поведение испытуемого;
5. Компьютерная обработка данные может содержать погрешности.

182. Методологическую трудность при проведении психологического эксперимента представляет эффект социальной фасилитации - это:

1. Имитирование психологического эксперимента или психотерапевтического метода;
2. Участие в эксперименте расценивается испытуемым как проявление внимания к нему лично;
3. Присутствие внешнего наблюдателя в эксперименте изменяет поведение испытуемого; +
4. Аппаратные методы влияют на поведение испытуемого;
5. Компьютерная обработка данные может содержать погрешности.

183. Методологическую трудность при проведении психологического эксперимента представляет эффект хотторна - это:

1. Имитирование психологического эксперимента или психотерапевтического метода;
2. Участие в эксперименте расценивается испытуемым как проявление внимания к нему лично; +
3. Присутствие внешнего наблюдателя в эксперименте изменяет поведение испытуемого;
4. Аппаратные методы влияют на поведение испытуемого;
5. Компьютерная обработка данные может содержать погрешности.

184. Современные исследования эффективности психотерапии показали, что отмечаются следующие эффекты кроме:

1. Определенные виды психотерапии оказывают влияние на определенные психические расстройства;
2. Результаты психотерапии достаточно пролонгированы во времени;
3. Различия в эффективности тех или иных методов психотерапии не выражены;
4. Доказана эффективность психоаналитических методов по сравнению с другими; ++
5. Значимыми для эффективности психотерапии факторами являются личность психотерапевта, личность пациента, психотерапевтический процесс.

185. При исследовании эффективности процесса психотерапии учитывают все изменения, кроме:

1. Изменения произошедшие за один сеанс;
2. Изменения произошедшие между сеансами;
3. Изменения происходившие в течении жизни пациента, начиная с детства; ++
4. Изменения произошедшие в отдельных фазах психотерапии;
5. Изменения, происходящие в процессе одного сеанса.

186. Судебно-психологическая экспертиза производится в отношении всех перечисленных кроме

- 1) Подозреваемого
- 2) Обвиняемого
- 3) Подсудимого
- 4) Психически больного+++
- 5) Свидетеля

187. Юридический критерий невменяемости включает

- 1) Волевой признак
- 2) Интеллектуальный признак
- 3) Личностный признак
- 4) Верно 1-2++
- 5) Верно 1-2-3

188. Особенности нарочитого поведения подэкспертного могут являться все кроме

- 1) Симуляцией
- 2) Диссимуляцией
- 3) Отрицанием++
- 4) Аггравацией
- 5) Сюрсимуляцией

189. Признаками физиологического аффекта являются все перечисленное кроме

- 1) Двигательное возбуждение

- 2) Частичная амнезия
- 3) Постаффективное астеническое состояние
- 4) Большая длительность состояния++
- 5) Физиологические проявления

190. Физиологический аффект включает следующие фазы кроме

- 1) Фаза накопления
- 2) Фаза взрыва
- 3) Фаза нейропсихологических изменений++
- 4) Фаза аффективного переживания
- 5) Фаза постаффективного состояния

191. Предметом судебно-психологической экспертизы может явиться все перечисленные кроме

- 1) Аффект
- 2) Несовершеннолетний обвиняемый
- 3) Потерпевшее лицо
- 4) Свидетель
- 5) Психически больной++

192. 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

193. Этапами проведения психодиагностического экспертного исследования являются все перечисленные 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

194. Экспертом в области судебной психологии может быть

- 1) Педагог
- 2) Школьный психолог
- 3) Психолог
- 4) Невропатолог
- 5) Клинический психолог+

195. Судебный психолог должен иметь познания в областях знания кроме

- 1) Патопсихологии
- 2) Возрастной психологии
- 3) Нейропсихологии
- 4) Психиатрии
- 5) Педагогики++

196. Этические принципы эксперта-психолога включают все перечисленные кроме

- 1) Профессиональную компетентность психолога
- 2) Собственные личностные ресурсы
- 3) Личностный подход к испытуемому++
- 4) Независимость эксперта
- 5) Конфиденциальность

197. Индивидуально-психологические особенности обвиняемого включают все перечисленное кроме

- 1) Ценности
- 2) Темперамент
- 3) Эмоциональные особенности
- 4) Способы адаптации и реагирования
- 5) Тип семейного воспитания++

198. Основанием для проведения судебно-психологической экспертизы может являться

- 1) Постановление следователя
- 2) Определение суда
- 3) Ходатайство адвоката
- 4) Верно 1-2 +
- 5) Верно 1-2-3

199. Психологическая экспертиза производится в отношении всех перечисленных кроме

- 1) Ребенка++
- 2) Подозреваемого
- 3) Обвиняемого
- 4) Свидетеля
- 5) Потерпевшего

200. Конечной целью судебно-психологического исследования является все перечисленное кроме

- 1) Анализ психического расстройства подэкспертного++
- 2) Анализ умственного развития подэкспертного
- 3) Анализ регуляции поведения подэкспертного
- 4) Анализ личности подэкспертного
- 5) Анализ аффекта

201. 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. +

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

1. Патопсихологическим;
2. Нейропсихологическим; +
3. Психопатологическим;
4. Психиатрическим;
5. Психосоматическим.

203. К развивающимся разделам клинической психологии относятся:

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

204. Центральной категорией (понятием) клинической психологии является:

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

205. 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;

206. 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.

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

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

208. 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.

209. 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.

210. 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.

211. 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.

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

1. Истинные галлюцинации;

2. Псевдогаллюцинации; +
3. Иллюзии;
4. Сенестопатии;
5. Агнозии.

213. 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.

214. Конфабуляции – это:

1. Частичное выпадение из памяти отдельных фактов или событий;
2. Непроизвольное оживление в памяти малозначительных для настоящего событий;
3. Забывание событий прошлого;
4. Ложные воспоминания с убежденностью в их реальности; +
5. Забывание текущих событий.

215. 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. +

216. 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.

217. 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.

218. Циклотимическое расстройство – это:

1. Расстройство восприятия;
2. Расстройство мышления;
3. Расстройство настроения; +
4. Расстройство волевой сферы;
5. Расстройство поведения.

219. Обсессивно-компульсивное расстройство относится к:

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

220. Компульсия – это:

1. Повторяющиеся физические или психические действия, направленные на предотвращение дистресса, вызванного обсессией; +
2. Стремление к получению удовольствий;

3. Избегание травмирующих ситуаций;
4. Страх оказаться на людях;
5. Отсутствие сексуального влечения.

221. Психопатии относятся к:

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

222. 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.

223. Высокая самооценка, подозрительность, склонность к образованию сверценных идей 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. +

224. Процесс психотерапевтических отношений состоит из:

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

225. 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.

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

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

227. Автором рационально-эмотивной терапии является:

1. В. Франкл;
2. З.Фрейд;
3. А.Бэк;
4. А.Эллис; +
5. Б.Карвасарский.

228. 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 натуры;
5. Человек сам отвечает за то, что он есть и чем он становится.

229. К основным понятиям экзистенциальной психологии относят все перечисленное, кроме:

1. Бытие-в-мире;
2. Базовые фобии;
3. Потребность в позитивном внимании; +
4. Небытие;
5. Переживания смерти.

230. 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»;

231. 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.

232. К методам поведенческой психотерапии относят все перечисленные кроме:

1. Выявление и идентификация автоматических мыслей; +
2. Систематическая десенсибилизация, групповая десенсибилизация;
3. Различные виды релаксации, тренинги по релаксации;
4. Позитивное подкрепление;
5. Жетонная терапия.

233. 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.

234. 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.

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

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

236. 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.

237. Сторонники теории неспецифичности считают, что:

1. Психосоматические заболевания имеют общие проявления; +
2. За локализацию заболевания отвечает локальная уязвимость пораженного органа;
3. Есть специфическая связь между характером эмоционального стресса и его соматическими последствиями;
4. Определенная эмоция может содействовать возникновению определенного соматического симптома;
5. Эмоциональное реагирование приводит к депрессии.

238. 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.

239. В группу теорий специфичности психосоматических связей входят:

1. Теория специфичности личности; +
2. Теория специфичности бессознательного;
3. Теория специфичности взаимодействия со средой;
4. Теория специфичности иммунитета;
5. Теория специфичности поведения.

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

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

241. 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.

242. 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.

243. 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.

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

1. Неврологическим;

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

245. 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.

246. Способность узнавать предъявляемые предметы на ощупь называется:

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

247. Системные персеверации являются диагностическим признаком:

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

248. Предметная агнозия возникает при патологии:

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

249. 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.

250. Поражение отделов впереди от зоны Брока приводит к:

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

251. Поражение нижнетеменной области коры приводит к:

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

252. Процесс длительного ограничения возможностей удовлетворения потребностей ребёнка называется:

1. Деменция;

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

253. 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

254. Понятие «высшие психические функции» было введено в психологию и смежные области знания:

1. П.Я.Гальпериным;
2. Л.С.Выготским; +
3. В.П.Кашенко;
4. М.С.Певзнер;
5. П.П.Блонским.

255. 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.

256. 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.

257. Искажённое психическое развитие ребёнка проявляется в следующих клинических признаках:

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

258. 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.

259. Дефицитарное психическое развитие проявляется у следующих категорий аномальных детей:

1. Неслышащие дети;
2. Слабовидящие дети;
3. Дети с пороками развития внутренних органов;
4. Дети с проявлениями ДЦП;
5. Дети с проявлениями ЗПР.+

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

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

261. 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.

262. 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.

263. 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.

264. Перфекционизм входит в структуру:

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

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

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

266. 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.

267. 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.

268. Автор концепции, где механизм девиации рассматривается как результат конфликтной фазы психосексуального развития:

1. В.Франкл;
2. З.Фрейд; +
3. А.Фрейд;
4. А.Маслоу;
5. К.Роджерс.

269. Постулат о том, что в основе отклоняющегося поведения лежат неадаптивные мыслительные схемы принадлежит:

1. А. Бандура;
2. К.Роджерс;
3. А.Адлер;
4. А.Бек; +
5. Р.Лазарус.

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

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

271. Группа патологически замкнутых психопатических личностей характеризуется:

1. Гневливостью;
2. Угрюмостью;
3. Нелюдимостью; +
4. Застенчивостью;
5. Ананкастностью.

272. Агрессивное поведение имеет характеристики кроме:

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

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

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

274. 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).

275. Использование психологических методик при исследовании больных неврозами ставит следующие задачи:

1. Изучение эмоционально-волевой сферы; +

2. Изучение типологических особенностей;
3. Изучение направленности личности;
4. Изучение интеллектуальных особенностей;
5. Изучение симптомов заболевания.

276. Для неврастения характерны все симптомы, кроме:

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

277. Диссоциативные (конверсионные) расстройства характеризуются всем перечисленным, кроме:

1. Вегетативных нарушений;
2. Интеллектуальных нарушений; ++
3. Сенсорных нарушений;
4. Двигательных нарушений;
5. Ипохондрии.

278. 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.

279. Внутреннее суицидальное поведение состоит из следующих феноменов, кроме:

1. Фантазии об исчезновении;
2. Пассивные суицидальные мысли;
3. Суицидальные замыслы;
4. Суицидальная попытка; ++
5. Суицидальные намерения.

280. 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.

281. Особенности суицидального поведения детей и подростков заключаются в следующем:

1. Легко определить истинность его суицидальных намерений;
2. Смерть воспринимается не как конец, а как сон; +
3. Мотивы самоубийства пропорциональны факту травматизации;
4. Отсутствие импульсивных решений;
5. Суициды носят исключительно индивидуальный характер.

282. 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.

283. Суицидальные замыслы -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.

284. 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.

285. 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.

286. Сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций является признаком:

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

287. Психологическим антиподом аддиктивной личности выступает:

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

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

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

289. 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.

290. Современная клиническая психология опирается на:

1. Естественно-научную парадигму;
2. Общемедицинскую парадигму;
3. Гуманитарную парадигму;
4. Психоаналитическую парадигму;
5. Верно 1-2-3.+

291. 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. ++

292. Предметом изучения клинической психологии являются следующие виды интервенции (вмешательства), кроме:

1. Профилактика;
2. Психотерапия;
3. Психофармакотерапия; ++
4. Реабилитация;
5. Психология коммуникации в медицинской среде.

293. Понятие «больной» можно рассмотреть в следующих перспективах:

1. Какое-то измененное состояние индивида (биологическое или психическое);
2. Переживание недомогания или какой-либо ущербности;
3. Приписанная роль, связанная с особыми требованиями и привилегиями;
4. Мнение группы авторитетных специалистов;
5. Верно все перечисленное. +

294. Значение общей модели болезни для практики заключается в:

1. Общая модель болезни это прообраз для создания гипотез, поисковая модель для объяснения отклонений;
2. Общая модель болезни дает возможность сразу использовать результаты исследований путем соотнесения жалоб и симптомов с одной из нозологических единиц; +
3. Анализ соответствия модели болезни состоянию больного позволяет возложить или нет ответственность за больного человека на систему здравоохранения;
4. Общая модель болезни является источником для дальнейшего обследования пациента;
5. Общая модель болезни структурирует эпидемиологические данные о распространенности отдельных нозологических форм.

295. 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. +

296. Мультиmodalность, как основной принцип психодиагностики включает в себя несколько категорий, кроме:

1. Плоскости данных;
2. Источники данных;
3. Последствия данных; ++
4. Методы обследования;

5. Конструкты (функциональные области).

297. Чтобы регистрировать эмоции и поведение человека используют следующие плоскости данных:

1. Биологическая (соматическая) плоскость;
2. Психическая (психологическая) плоскость;
3. Социальная плоскость;
4. Экологическая плоскость;
5. Верно все перечисленное. +

298. Источниками информации для психодиагностики служат:

1. Индивид; +
2. Произведения искусства, литературы;
3. Сторонний наблюдатель;
4. Компьютерные и аппаратурные методы;
5. Данные, полученные от родственников обследуемого.

299. Судебно-психологическая экспертиза производится в отношении всех перечисленных, кроме:

1. Подозреваемого;
2. Обвиняемого;
3. Подсудимого;
4. Психически больного; +++
5. Свидетеля.

300. Медицинский критерий невменяемости включает все перечисленное, кроме:

1. Хроническую душевную болезнь;
2. Временное расстройство душевной деятельности;
3. Слабоумие;
4. Потерю самоконтроля; ++
5. Иные острые болезненные состояния при соматических заболеваниях.

301. Методологическую трудность при проведении психологического эксперимента представляет эффект социальной фасилитации - это:

1. Имитирование психологического эксперимента или психотерапевтического метода;
2. Участие в эксперименте расценивается испытуемым как проявление внимания к нему лично;
3. Присутствие внешнего наблюдателя в эксперименте изменяет поведение испытуемого; +
4. Аппаратные методы влияют на поведение испытуемого;
5. Компьютерная обработка данные может содержать погрешности.

302. Модель психической болезни гуманитарно-феноменологическом направлении 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.

303. Юридический критерий невменяемости включает:

1. Волевой признак;

2. Интеллектуальный признак;
3. Личностный признак;
4. Верно 1-2; ++
5. Верно 1-2-3.

304. Особенности нарочитого поведения подэкспертного могут являться все, кроме:

1. Симуляцией;
2. Диссимуляцией;
3. Отрицанием; ++
4. Аггравацией;
5. Сюрсимуляцией.

305. Признаками физиологического аффекта являются все перечисленное кроме

1. Двигательное возбуждение;
2. Частичная амнезия;
3. Постаффективное астеническое состояние;
4. Большая длительность состояния; ++
5. Физиологические проявления.

306. Понятие «больной» можно рассмотреть в следующих перспективах:

1. Какое-то измененное состояние индивида (биологическое или психическое);
2. Переживание недомогания или какой-либо ущербности;
3. Приписанная роль, связанная с особыми требованиями и привилегиями;
4. Мнение группы авторитетных специалистов;
5. Верно все перечисленное. +

307. Стремление к применению опьяняющих веществ с целью смягчения или устранения явлений эмоционального дискомфорта называется:

1. Гедонистической мотивацией;
2. Атарактической мотивацией; +
3. Псевдокультурной мотивацией;
4. Субмиссивной мотивацией;
5. Мотивацией с гиперактивацией поведения.

308. 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.

309. 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.

310. Увлеченность азартными играми называется:

1. Трудоголизмом;
2. Фетишизмом;
3. Картигом;
4. Серфингом;
5. Гемблингом. +

311. Современная клиническая психология опирается на:

1. Естественно-научную парадигму;
2. Общественно-медицинскую парадигму;

3. Гуманитарную парадигму;
4. Психоаналитическую парадигму;
5. Верно 1-2-3. +

312. Значение общей модели болезни для науки заключается в:

1. Общая модель болезни это прообраз для создания гипотез, поисковая модель для объяснения отклонений; +
2. Общая модель болезни дает возможность сразу использовать результаты исследований путем соотнесения жалоб и симптомов с одной из нозологических единиц;
3. Анализ соответствия модели болезни состоянию больного позволяет возложить или нет ответственность за больного человека на систему здравоохранения;
4. Общая модель болезни является источником для дальнейшего обследования пациента;
5. Общая модель болезни структурирует эпидемиологические данные о распространенности отдельных нозологических форм.

313. 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.

314. 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.

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

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

316. 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. +

317. 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.

318. Центральной категорией (понятием) клинической психологии является:

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

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

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

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

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

321. Феноменологический подход к диагностическому процессу используется в:

1. Патопсихологии;
2. Психиатрии; +
3. Возрастной психологии;
4. Нейропсихологии;
5. Психосоматике.

322. 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.

323. Теоретической базой развития отечественной клинической психологии является:

1. Психопатология;
2. Теория психоанализа;
3. Теория развития высших психических функций Л.С.Выготского; +
4. Основы общей психологии;
5. Психология трудовых процессов.

324. Использование психологических методик при исследовании больных неврозами ставит следующие задачи:

1. Изучение эмоционально-волевой сферы; +
2. Изучение типологических особенностей;
3. Изучение направленности личности;
4. Изучение интеллектуальных особенностей;
5. Изучение симптомов заболевания.

325. Для неврастении характерны все симптомы, кроме:

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

5. Неспособности расслабиться.

326. Диссоциативные (конверсионные) расстройства характеризуются всем перечисленным, кроме:

1. Вегетативных нарушений;
2. Интеллектуальных нарушений; ++
3. Сенсорных нарушений;
4. Двигательных нарушений;
5. Ипохондрии.

327. 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.

328. 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.

329. Отличительная черта мышления умственно отсталых детей:

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

330. Постулат о том, что в основе отклоняющегося поведения лежат неадаптивные мыслительные схемы принадлежит:

1. А. Бандура;
2. К.Роджерс;
3. А.Адлер;
4. А.Бек; +
5. Р.Лазарус.

331. Расстройства личности, называемые психопатиями, характеризуются:

1. Врожденными уродствами;
2. Аномальным развитием;
3. Патологическими чертами характера; +
4. Задержкой психического развития;
5. Психопатологическими явлениями.

332. Для возбудимой формы психопатий характерны черты, кроме:

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

333. Значимыми показателями суицидального риска являются все нижеперечисленное, кроме:

1. Были суицидные попытки;
2. Межличностные конфликты; ++
3. Вдруг стал отрицать внешний вид;

4. Усилились несчастные случаи, проявляется беззаботность в опасных ситуациях;
5. Раздаёт личные вещи.

334. 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.

335. 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.

336. Важным приёмом в беседе с суицидентом является:

1. Выслушивание; +
2. Использование опыта решения проблем;
3. Рациональная терапия (структурирование);
4. Уверенность в потенциале;
5. Позитивное будущее (терапия надеждой).

337. 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.

338. 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.

339. 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.

340. 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.

341. «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.

342. Клинико-психологическое исследование включает характеристику:

1. Когнитивных функций, личности, работоспособности; +
2. Нервной системы;
3. Психопатологических переживаний;
4. Оценку вменяемости;
5. Все перечисленное.

343. 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

344. Для фазы активной адаптации к болезни характерен следующий феномен:

1. Нозофобия;
2. Анозогнозия;
3. Нозофилия; +
4. Гипернозогнозия;
5. Регрессивная синтонность.

345.«Уход от болезни в работу», желание сохранить работоспособность характерны для следующего типа реагирования на болезнь:

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

346. Крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур характерны для следующего типа реагирования на болезнь:

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

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

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

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

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

349. 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.

350. 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.

351. 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.

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

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

353. 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.

354. Основной метод патопсихологии:

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

355. 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.

356. 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

357. Задачами психотерапии являются все перечисленные кроме:

1. решение проблем пациента +
2. помощь пациенту в осознании себя и своих возможностей (ресурсов)
3. поощрение свободного выражения чувств
4. советы пациенту, как правильно поступать в тех или иных ситуациях
5. помощь пациенту в освоении и проверке новых способов мышления и поведения за пределами психотерапевтической ситуации

358. 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

359. Каким должен быть психотерапевт? Верно все перечисленное кроме:

1. Врачебное образование
2. Психически здоровая личность
3. Обладать способностью чувствовать пациента
4. Обладать способностью сливаться с чувствами и мыслями с пациентом+
5. Стремиться понимать пациента

360. Взаимодействие пациента и психотерапевта должно быть похоже на:

1. противоборство
2. патернализм
3. убеждение
4. успокоение
5. совместное движение к осознанию+

361. Динамическая теория личности имеет основные элементы:

1. понятие бессознательного
2. понятие конфликта
3. понятие защиты
4. понятие эдипова комплекса
5. верно все перечисленное +

362. Процесс психотерапевтических отношений состоит из:

1. одной фазы
2. двух фаз
3. трех фаз+
4. четырех фаз
5. пяти фаз

363. 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

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

1. Конгруэнтность
2. Эмпатия
3. Безусловное положительное отношение
4. Принятие

5. Верно все перечисленное+

365. Автором рационально-эмотивной терапии является:

1. В. Франкл
2. З.Фрейд
3. А.Бэк
4. А.Эллис+
5. Б.Карвасарский

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

1. экзистенциальной психотерапии
2. поведенческой психотерапии
3. когнитивной психотерапии+
4. логотерапии
5. психоанализа

367. 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 +

368. Концепцию об основных механизмах психологической защиты разработал:

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

369. Психоаналитическая теория выделяет следующие виды тревоги кроме:

1. реалистическая
2. невротическая
3. поведенческая+
4. моральная
5. перинатальная

370. Теория объектных отношений строится на концепции:

1. экзистенциализма
2. гуманистической психологии
3. когнитивной психологии
4. психоаналитической теории+
5. бихевиоризма

371. 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

372. К основным понятиям экзистенциальной психологии относят все перечисленное кроме:

1. бытие-в-мире
2. базовые фобии
3. потребность в позитивном внимании+
4. небытие
5. переживания смерти

373. 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»

374. 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

375. К методам поведенческой психотерапии относят все перечисленные кроме:

1. выявление и идентификация автоматических мыслей+
2. систематическая десенсибилизация, групповая десенсибилизация
3. различные виды релаксации, тренинги по релаксации
4. позитивное подкрепление
5. жетонная терапия

376. 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

377. 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

378. Основными техниками психоаналитической терапии являются все перечисленные кроме:

1. интерпретация
2. катарсис+
3. прояснение
4. анализ сновидений
5. конфронтация

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

1. неврологическим
2. нейропсихиатрическим
3. психопатологическим
4. нейропсихологическим+
5. клиническим

380. 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

381. Отечественная нейропсихология как отдельная отрасль психологии оформилась:

1. в конце 19 в.
2. в 70-х гг. 20 в.+
3. во II тыс. до н.э.
4. в 30-40-х гг. 20 в.
5. в 20-х гг. 21 в.

382. 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.

383. 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

384. 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 экстрацептивной 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

385. Способность узнавать предъявляемые предметы на ощупь называется:

1. тактильностью
2. стереогнозисом+
3. эмпатией
4. рефлексией
5. агнозией

386. Системные perseverации являются диагностическим признаком:

1. афазии
2. апраксии+
3. агнозии
4. нарушения внимания
5. акалькулии

387. Предметная агнозия возникает при патологии:

1. передних лобных отделов мозга
2. височных отделов мозга
3. Субкортикальных отделов мозга
4. затылочно-теменных отделов мозга+
5. теменно-височно-затылочных отделов мозга

388. 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.

389. Замена нужных движений на шаблонные является признаком:

1. кинестетической апраксии;
2. пространственной апраксии;
3. кинетической апраксии;
4. регуляторной апраксии+
5. статической апраксии

390. «Круг Пейпеса» в основном описывает циркуляцию эмоциональных процессов:

1. между теменной и височной корой;
2. от зрительного анализатора к третичным полям;
3. внутри лимбической системы+
4. между ретикулярной формацией и лобной корой;
5. все ответы не верны.

391. 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;

392. Интенсивный рост лобных долей мозга в норме начинается:

1. не ранее 2 лет;
2. не ранее 8 месяцев;
3. не ранее 8 лет+
4. не ранее 12 лет;
5. все ответы не верны.

393. 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.

394. 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 устому счёту

395. Акалькулия часто сочетается с:

1. семантической афазией+
2. кинестетической апраксией;
3. соматоагнозией;
4. адиадохокинезом
5. эмоциональными расстройствами;

396. 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

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

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

398. Дефицитарное психическое развитие проявляется у следующих категорий аномальных детей:

- 1) неслышащие дети;
- 2) слабовидящие дети;
- 3) дети с пороками развития внутренних органов
- 4) дети с проявлениями ДЦП;
- 5) дети с проявлениями ЗПР+

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

- 1) асинхрония;
- 2) ретардация+
- 3) распад;
- 4) регрессия
- 5) астазия

400. Автор концепции, где механизм девиации рассматривается как результат конфликтной фазы психосексуального развития:

- 1) В.Франкл
- 2) З.Фрейд+
- 3) А.Фрейд
- 4) А.Маслоу
- 5) К.Роджерс