

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ К АТТЕСТАЦИИ ПО
СПЕЦИАЛЬНОСТИ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Высшая категория

1. К методам исследования в клинической психологии относится:

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

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

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

3. Центральной категорией (понятием) клинической психологии является:

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

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

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

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

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

6. 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.

7. «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.

8. 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. +

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

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

10. 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.

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

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

12. Мотивационный уровень реагирования на болезнь включает в себя:

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

13. Предметная агнозия возникает при патологии:

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

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

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

15. 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. Перекалывание ответственности на пациента;
5. Обеспечение конфиденциальности;

16. 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.

17. 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.

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

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

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

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

20. 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.

21. 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.

22. 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.

23. 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.

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

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

25. 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.

26. Основной метод патопсихологии:

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

27. 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.

28. Галлюцинации – это:

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

29. 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.

30. 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.

31. 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. +

32. 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.

33. 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. +

34. Разноплановость – это:

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

35. Резонерство при эпилепсии характеризуется:

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

36. 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.

37. Циклотимическое расстройство – это:

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

38. Ангедония может быть диагностическим признаком:

1. Маниакального расстройства;
2. Депрессивного расстройства; +
3. Фобического расстройства;
4. Органического поражения ЦНС;
5. Эпилепсии.

39. Компульсия – это:

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

40. Психопатии относятся к:

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

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

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

42. 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.

43. Высокая самооценка, подозрительность, склонность к образованию сверченных 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. +

44. 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.

45. Первичный симптомокомплекс при эпилепсии – это:

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

46. 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.

47. 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.

48. 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.

49. Бессознательное – это:

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

50. Обязательным компонентом начальной фазы психотерапевтических отношений является:

1. Перенос;
2. Контрперенос;
3. Оценка потребностей, мотивации пациента; +
4. Оценка сопротивления пациента;
5. Достижение катарсиса.

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

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

52. К основным характеристикам самоактуализирующейся личности относятся:

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

53. Автором рационально-эмотивной терапии является:

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

54. Теоретической основой бихевиоральной психотерапии являются работы:

1. Дж. Уотсона; +
2. А. Бека;
3. В. Франкла;
4. А.Р. Лурии;
5. З. Фрейда.

55. Концепцию об основных механизмах психологической защиты разработал:

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

56. Психоаналитическая теория выделяет следующие виды тревоги, кроме:

1. Реалистическая;

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

57. Теория объектных отношений строится на концепции:

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

58. 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.

59. 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.

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

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

61. 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».

62. Фундаментальный постулат Дж. Келли гласит:

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

63. 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.

64. 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.

65. 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.

66. 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.

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

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

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

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

69. 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.

70. Теория специфичности утверждает, что:

1. Каждое психосоматическое заболевание подобно другому психосоматическому заболеванию;
2. Специфичность определяет феномен алекситимии;
3. Каждое психосоматическое расстройство определяется определенным психологическим паттерном; +
4. Черты личности не определяют соответствующие соматические симптомы;

5. Хроническое инфекционное заболевание специфично воздействует на кору головного мозга.

71. 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.

72. 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.

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

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

74. Принципиальное отличие психосоматических заболеваний от неврозов Ф.Александр видел:

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

75. 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.

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

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

77. 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.

78. Центральная теоретическая проблема нейропсихологии – это:

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

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

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

80. Способность узнавать предъявляемые предметы на ощупь называется:

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

81. 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.

82. 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.

83. «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.

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

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

85. 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.

86. 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;
6. Все ответы неверны.

87. 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.

88. Аграфия – это:

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

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

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

90. 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.

91. Поражение отделов впереди от зоны Брока приводит к:

1. Эфферентной моторной афазии;

2. Аfferентной моторной афазии;
3. Сенсорной афазии;
4. Динамической афазии; +
5. Сенсорной афазии.

92. Поражение нижнетеменной области коры приводит к:

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

93. Поражение второй височной извилины приводит к:

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

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

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

95. Аfferентная моторная афазия - это нарушение:

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

96. Аfferентная моторная афазия главным образом связана с нарушением:

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

97. Сенсорная афазия главным образом связана с нарушением:

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

98. Восстановление функций путем растормаживания называется:

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

5. Спонтанным восстановлением.

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

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

100. Метод количественной оценки развития психики и интеллекта ребёнка впервые разработали:

1. Альфред Бине; +
2. Жан Демор;
3. Анни Жирардо;
4. Поль Гонкур;
5. Филипп Пинель.

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

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

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

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

103. К развивающимся разделам клинической психологии относятся:

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

104. Центральной категорией (понятием) клинической психологии является:

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

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

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

5. Общей.

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

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

107. Феноменологический подход к диагностическому процессу используется в:

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

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

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

109. 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.

110. 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.

111. Психотические психопатологические симптомы и синдромы требуют использования:

1. Психологического консультирования;
2. Психологической коррекции;
3. Психотерапии;
4. Восстановления высших психических функций;
5. Психиатрической помощи; +

112. «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.

113. Клинико-психологическое исследование включает характеристику

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

114. 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. +

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

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

116. 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.

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

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

118. Мотивационный уровень реагирования на болезнь включает в себя:

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

119.«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.

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

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

121. 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.

122. 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. Перекалывание ответственности на пациента;
5. Обеспечение конфиденциальности.

123. Положительное влияние тревоги при переживании болезни:

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

124. 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.

125. 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.

126. 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.

127. 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.

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

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

129. 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.

130. Невротические реакции на болезнь включает все перечисленное кроме:

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

131. 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.

132. 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.

133. 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.

134. 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.

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

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

136. 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.

137. Основной метод патопсихологии:

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

138. 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.

139. 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.

140. У больных с поражениями лобных долей головного мозга псевдоагнозии обусловлены:

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

141. Галлюцинации – это:

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

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

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

143. 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.

144. 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.

145. 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. +

146. 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.

147. 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.

148. При наличии навязчивых идей:

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

149. 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. +

150. Снижение уровня обобщения характерно для больных:

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

151. Разноплановость – это:

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

5. Выхолощенное рассуждательство.

152. 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.

153. Резонерство при эпилепсии характеризуется:

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

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

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

155. 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.

156. Циклотимическое расстройство – это:

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

157. Ангедония может быть диагностическим признаком:

1. Маниакального расстройства;
2. Депрессивного расстройства; +
3. Фобического расстройства;
4. Органического поражения ЦНС;
5. Эпилепсии.

158. Обсессивно-компульсивное расстройство относится к:

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

159. Компульсия – это:

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

160. Психопатии относятся к:

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

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

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

162. 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.

163. 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+

164. 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.

165. Первичный симптомокомплекс при эпилепсии – это:

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

166. 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.

167. Сторонники интегративной теории психосоматических заболеваний считают, что:

1. Необходимо ориентироваться на структуру, а не на процесс;
2. Симптомы у человека могут возникать как при наличии, так и при отсутствии признаков анатомического повреждения или нарушения физиологической функции; +
3. Страдание и болезнь не являются проявлением распада биологического приспособления, который может, но не должен приводить к анатомическим изменениям;
4. Болезни одной нозологической принадлежности очень похожи одна на другую;
5. Психосоматические заболевания передаются по наследству.

168. Психосоматическая медицина – это:

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

169. Внутренняя картина болезни зависит от:

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

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

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

171. 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.

172. 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.

173. 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.

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

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

175. Принципиальное отличие психосоматических заболеваний от неврозов Ф.Александр видел:

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

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

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

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

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

178. Ф.Александр рассматривал психосоматический симптом как:

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

179. 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.

180. 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.

181. 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.

182. Апраксия, возникающая при поражении теменно-височно-затылочных отделов, называется:

1. Регуляторная;
2. Кинетическая;
3. Пространственная; +
4. Кинестетическая;
5. Статическая.

183. Системные perseverации являются диагностическим признаком:

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

184. 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.

185. Замена нужных движений на шаблонные является признаком:

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

186. 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;

187. 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.

188. 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.

189. Термин «гетерохронность» в нейропсихологии обозначает:

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

190. 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.

191. Акалькулия часто сочетается с:

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

192. Особенности очаговых поражений мозга у детей являются:

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

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

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

194. 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.

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

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

196. Квазипространственный синтез лежит в основе понимания:

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

197. Афферентная моторная афазия главным образом связана с нарушением:

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

198. Восстановление функций путем растормаживания называется:

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

199. 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.

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

1. дизонтогенез;
2. коррекция;
3. депривация;
4. компенсация; +
5. акселерация.

201. 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.

202. 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.

203. 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.

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

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

205. 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.

206. Обязательным компонентом начальной фазы психотерапевтических отношений является:

1. Перенос;
2. Контрперенос;
3. Оценка потребностей, мотивации пациента; +
4. Оценка сопротивления пациента;
5. Достижение катарсиса.

207. 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.

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

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

209. К основным характеристикам самоактуализирующейся личности относятся:

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

210. Автором рационально-эмотивной терапии является:

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

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

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

212. 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.

213. 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.

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

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

215. 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».

216. 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.

217. 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.

218. 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.

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

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

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

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

221. 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..

222. Центральная теоретическая проблема нейропсихологии – это:

1. Проблема соотношения генетического и приобретённого в психической деятельности;

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

223. 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.

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

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

225. Апраксия, возникающая при поражении теменно-височно-затылочных отделов, называется:

1. Регуляторная;
2. Кинетическая;
3. Пространственная;+
4. Кинестетическая;
9. Статическая.

226. Способность узнавать предъявляемые предметы на ощупь называется:

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

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

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

228. 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.

229. 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.

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

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

231. Квазипространственный синтез лежит в основе понимания:

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

232. Эфферентная моторная афазия - это нарушение:

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

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

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

234. 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.

235. 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.

236. 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.

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

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

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

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

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

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

240. 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.

241. 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.

242. 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.

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

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

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

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

245. К социально обусловленным видам патологических нарушений онтогенеза относится:

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

246. 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.

247. Отличительная черта мышления умственно отсталых детей:

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

248. 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).

249. Использование психологических методик при исследовании больных невротами ставит следующие задачи:

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

250. Для невротиков характерны все симптомы, кроме:

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

251. Посттравматическое стрессовое расстройство характеризуется:

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

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

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

253. 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.

254. Невротические расстройства, в детском возрасте связаны:

1. С задержкой психического развития;
2. С конфликтными отношениями в семье; +
3. С физиологическими нарушениями;
4. С психическим дизонтогенезом;
5. С церебральной органической недостаточностью.

255. Состояние стресса характеризуется следующими компонентами:

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

256. Генерализованное тревожное расстройство характеризуется следующими симптомами, кроме:

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

257. 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.

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

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

259. 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.

260. 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.

261. 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.

262. 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.

263. 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).

264. Выделяются все нижеследующие типы девиантного поведения:

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

265. Основой для диагностики делинквентного поведения являются:

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

266. Психологическим антиподом аддиктивной личности выступает:

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

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

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

268. 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.

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

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

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

1. Психогенным;

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

271. К эстетической категории суицидального поведения относится:

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

272. 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.

273. 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.

274. Инверсия половой (сексуальной) идентификации происходит при:

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

275. Увлеченность азартными играми называется:

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

276. Современная клиническая психология опирается на:

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

277. 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. ++

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

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

279. Общее понятие болезни, как модели, рассматривается в следующих плоскостях, кроме:

1. Причины болезни (биологические, психологические, социальные);
2. Патологические изменения (дефект) в индивиде;
3. «плохое» самочувствие (жалобы, симптомы и данные осмотра);
4. Не соответствие статистической норме; ++
5. Снижение качества жизни.

280. 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 .+

281. 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.

282. 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.

283. 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.

284. 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.

285. 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).

286. 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. +

287. 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.

288. 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.

289. 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.

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

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

291. Признаками физиологического аффекта являются все перечисленное, кроме:

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

292. Физиологический аффект включает следующие фазы, кроме:

1. Фаза накопления;
2. Фаза взрыва;
3. Фаза нейропсихологических изменений; ++
4. Фаза аффективного переживания;
5. Фаза постаффективного состояния.

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

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

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

1. Социальная запущенность;
2. Патология характера; ++
3. Педагогическая запущенность;
4. Наличие сенсорного дефекта;
5. Перенесенные соматические заболевания в детстве.

295. 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.

296. 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.

297. Экспертом в области судебной психологии может быть:

1. Педагог;
2. Школьный психолог;
3. Психолог;
4. Невропатолог;
5. Клинический психолог. +

298. Судебный психолог должен иметь познания в областях знания, кроме:

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

299. 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.

300. Индивидуально-психологические особенности обвиняемого включают все перечисленное, кроме:

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

301. 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 3. собственной смерти, а имеется отрицание жизни; +
4. Присоединение к замыслам волевого компонента;
5. Фантазии об исчезновении.

302. 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.

303. 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.

304. 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.

305. Важным приёмом в беседе с суицидентом является:

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

306. К развивающимся разделам клинической психологии относятся:

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

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

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

308. 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.

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

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

310. Мотивационный уровень реагирования на болезнь включает в себя:

1. Ощущения и чувства;
2. Различные виды реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;

3. Представления, знание больного о своем заболевании, размышления о его причинах и возможных последствиях;
4. Отношение больного к своему заболеванию, изменение поведения и образа жизни в условиях болезни; +
5. Все вышеперечисленное.

311. «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.

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

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

313. 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.

314. 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. Перекалывание ответственности на пациента;
5. Обеспечение конфиденциальности.

315. Положительное влияние тревоги при переживании болезни:

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

316. 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.

317. 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.

318. 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.

319. Варианты 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.

320. 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.

321. 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, вызванный столкновением в его сознании конфликтующих представлений: идей, верований, ценностей;
5. Психическое состояние, возникающее в ситуации реальной или предполагаемой невозможности удовлетворения тех или иных потребностей.

322. 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.

323. У больных с поражениями лобных долей головного мозга псевдоагнозии обусловлены:

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

324. Снижение уровня обобщения характерно для больных:

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

325. Разноплановость – это:

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

326. 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.

327. Резонерство при эпилепсии характеризуется:

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

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

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

329. 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.

330. Циклотимическое расстройство – это:

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

331. Ангедония может быть диагностическим признаком:

1. Маниакального расстройства;
2. Депрессивного расстройства; +

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

332. Обсессивно-компульсивное расстройство относится к:

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

333. Компульсия – это:

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

334. Психопатии относятся к:

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

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

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

336. 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 паранойальной формы.

337. 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 паранойальной формы. +

338. 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.

339. Первичный симптомокомплекс при эпилепсии – это:

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

340. 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.

341. 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.

342. 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.

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

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

344. 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.

345. Взаимодействие пациента и психотерапевта должно быть похоже на:

1. Противоборство;

2. Патернализм;
3. Убеждение;
4. Успокоение;
5. Совместное движение к осознанию. +

346. Бессознательное – это:

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

347. Динамическая теория личности имеет основные элементы:

1. Понятие бессознательного;
2. Понятие конфликта;
3. Понятие защиты;
4. Понятие эдипова комплекса;
5. Верно все перечисленное.+

348. Процесс психотерапевтических отношений состоит из:

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

349. Обязательным компонентом начальной фазы психотерапевтических отношений является:

- 1 Перенос;
2. Контрперенос;
3. Оценка потребностей, мотивации пациента; +
4. Оценка сопротивления пациента;
5. Достижение катарсиса.

350. 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.

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

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

352. Сторонники интегративной теории психосоматических заболеваний считают, что:

1. Необходимо ориентироваться на структуру, а не на процесс;
2. Симптомы у человека могут возникать как при наличии, так и при отсутствии признаков анатомического повреждения или нарушения физиологической функции; +

3. Стрaдание и болезнь не являются проявлением распада биологического приспособления, который может, но не должен приводить к анатомическим изменениям;
4. Болезни одной нозологической принадлежности очень похожи одна на другую;
5. Психосоматические заболевания передаются по наследству.

353. Регресс как вариант психосоматического дизонтогенеза может быть:

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

354. Психосоматическая медицина – это:

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

355. Согласно теории Ф.Александера бессознательный конфликт приводит кустойчивым изменениям:

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

356. Внутренняя картина болезни зависит от:

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

357. Внутренняя картина болезни как психологическое явление характеризуется следующими признаками:

1. Подчинением «сенситивной» части ВКБ физиологическим закономерностям, и опосредованности «интеллектуальной» части; +
2. Сложной структурой организации и механизмов функционирования;
3. Она является продуктом активности самого больного;
4. Обусловлена в первую очередь информацией, которую пациент получает от врача;
5. Связана с перинатальным опытом.

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

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

359. 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.

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

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

361. Принципиальное отличие психосоматических заболеваний от неврозов Ф.Александр видел:

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

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

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

363. Вариантами психосоматического дизонтогенеза являются:

1. Искажение психосоматического развития; +
2. Неравномерное ускорение психосоматического развития;
3. Ретардация психосоматического развития;
4. Нарушение механизмов регуляции психосоматического развития;
5. Импринтинг перинатального опыта.

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

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

365. Психосоматическое расстройство это:

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

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

366. Ф.Александр рассматривал психосоматический симптом как:

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

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

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

368. 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.

369. 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.

370. 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.

371. 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.

372. 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.

373. Замена нужных движений на шаблонные является признаком:

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

374. «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.

375. 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.

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

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

377. Аграфия – это:

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

378. Поражение второй височной извилины приводит к:

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

379. Восстановление функций путем их перемещения в сохранённые отделы называется:

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

380. Метод количественной оценки развития психики интеллекта ребёнка впервые разработали:

1. Альфред Бине; +
2. Жан Демор;
3. Анни Жирардо;
4. Поль Гонкур;
5. Филипп Пинель.

381. Процесс длительного ограничения возможностей удовлетворения потребностей ребёнка называется:

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

382. 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.

383. 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.

384. 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.

385. 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.

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

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

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

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

388. 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.

389. В основу современной классификации психического дизонтогенеза, предложенной В.В.Лебединским, положен принцип:

1. Структурно-функциональный;
2. Клинический; +
3. Эмпирический;
4. Эклектический;
5. Диссоциативный.

390. 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. +

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

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

392. К социально обусловленным видам патологических нарушений онтогенеза относится:

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

393. 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.

394. Отличительная черта мышления умственно отсталых детей:

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

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

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

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

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

397. 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. Паранояльных черт характера; +
5. Эпилептоидных черт характера.

398. Шизоидные черты характера включают:

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

399. Склонность к повышенной аккуратности входит в структуру:

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

400. Перфекционизм входит в структуру:

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