

Частное учреждение образования
«МИНСКИЙ ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ»

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Учебно-методический комплекс
для студентов специальности
ПРАВОВЕДЕНИЕ

Минск
2009



Автор составитель:

М.Н. Мисюк, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры юридической психологии МИУ, врач высшей категории.

Рецензенты:

И.С. Асаёнок, доктор медицинских наук, профессор;

В.В. Шевляков, доктор медицинских наук, профессор.

Рекомендовано к изданию кафедрой юридической психологии Минского института управления (протокол №.... от)

Учебно - методический комплекс содержит курс лекций по всем темам дисциплины «Судебная психиатрия».

В учебно-методическом комплексе раскрыто содержание дисциплины, определены её цели и задачи, место в учебном процессе.

Представлены вопросы для самоподготовки и список литературы, рекомендуемой для изучения в процессе самостоятельной работы.

Комплекс предназначен для студентов факультета проведения дневной и заочной форм обучения.

Оглавление

1. История развития судебной психиатрии.

2. Диагноз и классификация в психиатрии.

I. Введение.

II. Классификация психических расстройств.

3. Предмет и содержание судебной психиатрии.

1. Судебная психиатрия как составная часть психиатрии, изучающая психические заболевания человека в связи с его общественно опасными действиями.

2. Задачи судебной психиатрии.

3. Связь судебной психиатрии с юридическими и другими науками.

4. Организация психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь.

Виды судебно-психиатрических экспертиз.

5. Роль судебной психиатрии в уголовном и гражданском процессе (вменяемость и невменяемость, дееспособность и недееспособность).

4. Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь.

1. Структура судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь и ее экспертные учреждения.

2. Порядок назначения и организация осуществления медицинского характера и лицам с психическими расстройствами.

3. Основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы.

4. Требования, предъявляемые к судебно-психиатрическому эксперту, круг лиц, подлежащих судебно-психиатрической экспертизе, права и обязанности эксперта, виды судебно-психиатрических экспертиз.

5. Примерный перечень вопросов, решаемых при назначении судебно-психиатрической экспертизы. Заключение судебно-психиатрической экспертизы, ее оценка.

5. Анатомия и физиология нервной системы.

1. Головной мозг.

2. Анатомия и физиология промежуточного мозга.

3. Анатомия и физиология заднего мозга.

4. Анатомия и физиология промежуточного мозга.

5. Ретикулярная формация.

6. Анатомия и физиология конечного мозга

7. Спинальный мозг.

8. Понятие об условных и безусловных рефлексах.

9. Понятие о психической деятельности человека, ее основных функциях.

6. Понятие о патопсихологии и психических заболеваниях.

1. Определение.

2. Виды ощущений в зависимости от механизма их возникновения. Нарушения ощущений.

3. Виды восприятия. Нарушения восприятия.

4. Внимание, его свойства; нарушения внимания, синдром дефицита внимания.

5. Память, её виды, расстройства памяти.

6. Мышление, его характеристики. Варианты патологии мышления.

7. Эмоции, основные типы эмоционального реагирования.

8. Воля, нарушения волевой сферы.
9. Сознание, синдромы расстройств сознания.
10. Расстройства личности.
11. Определение психических заболеваний, синдромы психических заболеваний.

3.

7. Патологическое развитие характера. Психопатии.

1. Определение понятия психопатий.
2. Диагностические критерии патологии личности.
3. Виды психопатий. Судебно-психиатрическая оценка.
4. Нарушение контроля над побуждениями и расстройства адаптации.
5. Расстройства половой идентификации и парафилии.

4.

8. Олигофрении. Судебно-психиатрическая экспертиза при олигофрении.

1. Определение понятия олигофрении.
2. Диагностические критерии и признаки олигофрений.
3. Эпидемиологическая справка.
4. Классификация олигофрений, клиническая картина.
5. Группы и формы олигофрений.
6. Отдельные формы олигофрений.
7. Судебно-психиатрическая экспертиза.

5.

9. Временные психические расстройства.

1. Определение.
2. Патологическое опьянение.
3. Сумеречные состояния сознания не являющиеся симптомом какого-либо хронического заболевания.
4. Патологические просоночные состояния.
5. Патологический аффект.
6. Реакция «короткого замыкания».
7. Судебно-психиатрическая оценка.

6.

10. Реактивные состояния.

1. Определение.
2. Клиника реактивных состояний:
 - а) неврозы (исторический невроз, невроз навязчивых состояний, неврастения).
 - б) реактивные психозы (острые шоковые реактивные психозы, подострые реактивные психозы, предподобные фантазии, синдром Ганзера и псевдодеменции, синдром пуэрилизма, синдром регресса психики [«одичания»], психогенный ступор, затяжные реактивные психозы).
3. Судебно-психиатрическая экспертиза реактивных психозов.

7.

11. Инволюционные психозы.

1. Характеристика вопроса.
2. Инволюционная меланхолия.
3. Инволюционный параноид.
4. Инволюционная истерия.
5. Пресенильные психозы.
6. Пресенильные деменции.

7. Старческие психозы.
8. Судебно-психиатрическая оценка.

8.

12. Травматические поражения головного мозга.

1. История вопроса.
2. Классификация травматических повреждений.
3. Периоды травматического повреждения.
4. Клинические проявления травматического поражения мозга:
 - а) травматическая астения,
 - б) психопатоподобный синдром,
 - в) эпилептиформные проявления,
 - г) травматические психозы,
 - д) слабоумие.
5. Судебно-психиатрическая экспертиза.

9.

13. Психические расстройства вследствие сосудистых заболеваний головного мозга.

1. Характеристика сосудистых нарушений.
2. Стадии церебрального атеросклероза.
3. Клиническая картина сосудистых нарушений.
4. Судебно-психиатрическая экспертиза больных с сосудистой патологией.

10.

14. Психические расстройства при синдроме приобретенного иммунодефицита (СПИД).

1. Определение заболевания.
2. Реакция заболевших СПИД пациентов на заболевание.
3. Характеристика психических расстройств.
4. Судебно-психиатрическая экспертиза больных СПИДом.

11.

15. Сифилитические заболевания центральной нервной системы.

1. Общая характеристика сифилитической инфекции.
2. Сифилис мозга.
 - а) сифилитическая невралгия;
 - б) менингеальная форма;
 - в) гумозная форма;
 - г) аноплектиформный сифилис мозга;
 - д) эпилептиформный сифилис мозга;
 - е) галлюцинаторно-параноидная форма;
 - ж) сифилитический псевдопаралич;
3. Сухотка спинного мозга (табес).
4. Прогрессивный паралич.
5. Судебно-психиатрическая оценка сифилитических заболеваний мозга.

16. Шизофрения.

1. Определение шизофрении.
2. Причины развития.
3. Симптомы шизофрении.

4. Типы течения шизофрении (непрерывная, периодическая (рекуррентная), приступообразно-прогредиентная, протекающая в виде шубов).

5. Формы шизофрении (простая, гебефреническая, параноидная, кататоническая, циркулярная).

6. Судебно-психиатрическая оценка.

12.

17. Биполярное расстройство (маниакально-депрессивный психоз, МДП, циклотимия).

1. Общая характеристика биполярного расстройства.

2. Маниакальная фаза.

3. Депрессивная фаза.

4. Циклотимия.

5. Судебно-психиатрическая оценка.

13.

18. Эпилепсия.

1. Определение эпилепсии, этиология заболевания.

2. Судорожные кратковременные и бессудорожные пароксизмальные состояния.

3. Острые и затяжные психозы.

4. Изменения личности и слабоумие.

5. Судебно-психиатрическая оценка эпилепсии.

14.

19. Хронический алкоголизм, наркомании, токсикомани.

1. Характеристика алкоголизма.

2. Простое алкогольное опьянение.

3. Патологическое опьянение и его особенности.

4. Судебно-психиатрическая оценка простого и патологического алкогольного опьянения.

5. Хронический алкоголизм. Причины распространения.

6. Стадии алкоголизма.

7. Алкогольные психозы. Алкогольная деградация личности. Судебно-психиатрическая оценка.

8. Действие наркотиков на организм человека, развитие зависимости организма от потребления наркотиков.

9. Виды наркомании. Различия понятий «наркомания» и «токсикомания».

10. Судебно-психиатрическая оценка расстройств психики, возникающих в результате употребления наркотических и токсических средств.

15.

20. Симуляция и диссимуляция психических расстройств.

1. Понятие симуляции психического заболевания.

2. Виды симуляции – простая; на патологической почве (агравация, метасимуляция, сверхсимуляция (гиперсимуляция), диссимуляция.

3. Эпидемиологические различия видов симуляции.

4. Диссимуляция (истинная, патологическая).

5. Судебно-психиатрическая экспертиза.

16.

21. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних.

1. Правовое положение несовершеннолетних.

2. Понятие пубертата.

3. Наиболее часто встречающиеся синдромы психических расстройств в подростковом возрасте.

4. Органические поражения центральной нервной системы у детей и подростков; шизофрения, олигофрения.

17.

22. Суицид.

1. Введение в проблематику.
2. Мифы в отношении суицидов.
3. Определение.
4. Основные концепции и подходы в современной суицидологии.
5. Свойства, характеризующие личность суицидента.
6. Типы адаптированной личности.
7. Основные категории самоубийств.
8. Типы суицидальных действий.
9. Личности повышенного суицидального риска.
10. Личностные реакции с повышенной суицидоопасностью.
11. Факторы повышенного суицидального риска (экстраперсональные, интроперсональные).
12. Антисуицидальные факторы.

23. Иллюстративный материал.

24. Вопросы для самоподготовки по дисциплине «Судебная психиатрия».

25. Литература.

«...Аще бесный убьёт, не повинен, есть смерти...»*

10. В последнее время утраченная когда-то вера возвращает своё былое влияние, в том числе и на решение потенциального суицидента. Таким образом, это позволяет рассматривать веру как важный антисуицидальный фактор.

Проблема самоубийства возникла на заре человечества и формировала на протяжении многих веков противоречивые отношения к себе. Однако изучаться она стала сравнительно недавно. И мифы, которые когда-то окружали суицид и по сей день живут в общественном сознании.

Литература:

1. Underwad S. William, Nardy Richard E. The relationship of vocational adjustment to personal adjustment. //Psychological Bulletin. 1965. V.64.No 3. P.164-182.
2. Абрумова А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика. Психологический журнал, том 6, № 6. 1985. С.107-115.
3. Алиев И.А. Актуальные проблемы суицидологии. – Баку. 1987. С. 289.
4. Арефьева Т. Социологический этюд. М., 1998. С.205.
5. Газета «Спид-Инфо» №12, 2001, с.12.
6. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков. Минск. 1981. С.117-134, 142-145.
7. Ласый Е. В. Стратегии снижения суицидального риска: роль системы здравоохранения и медицинских работников в профилактике суицидов. Журнал «Медицина», №2, 2007. С.14-20.
8. Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты. Учебное пособие. Москва. Изд-во Флинта, 2008. С. 1-24.
9. Психология. Словарь (Под общей редакцией В.И. Петровского, М.Г. Ярошевского). – 2 изд. испр. и доп. – М., Политиздат, 1990. С. 15, 390.
- 10.Трегубов Л., Вагин Ю. Эстетика самоубийства – Пермь. 1993. С.319.
11. Франкл В. Человек в поисках смысла: сборник. Пер. с англ. и нем. Общ. Ред. Л.Я. Гозмана и Д.А.Леонтьева. –М., Прогресс, 1980, с. 5.
12. Фрейд З. Психоаналитические этюды. Анализ фобии пятилетнего мальчика. Минск. ООО «Попурри». 2001. С. 273-370.
13. Хэзлем М.Т. Психотрипс: вводный курс. Пер. с англ. –М.: ООО Фирма «Издательство АСТ», Львов: «Инициатива», 1993. С. 55-257, 342, 550.

Вопросы для подготовки к зачёту по дисциплине

«Судебная психиатрия»

Тема 1. История развития судебной психиатрии.

1. Какие наиболее ранние области судебной психиатрии Вы знаете?
 - + Участие в решении вопросов дееспособности психически больных, экспертиза по вопросу о вменяемости;
 - лечение психических больных;
 - диагностика психических болезней;
 - изоляция психически больных от общества;
 - профилактика психических заболеваний.

2. Причиной психических болезней в глубокой древности считались:
 - + внедрение в человека постороннего духовного начала;

- притворство;
- распушенность;
- порочность;
- отклонения, странности поведения.

3. Взгляд на помешательство как болезнь, вызванную естественными причинами, античные врачи считали:

- + разлитие желчи, скопление в организме мокрот;
- внедрение в человека постороннего духовного начала;
- притворство;
- распушенность;
- порочность.

4. Какие меры применялись к душевнобольным?

- + Изгнание из страны, физическое уничтожение;
- медикаментозное лечение;
- профилактика психических заболеваний;
- никакие меры не принимались;
- изоляция.

5. В Древней Греции безумие считалось:

- + Божьей карой за прегрешения, за оскорбления богов, и исполнение их воли;
- разлитием желчи, скоплением в организме мокрот;
- внедрением в человека постороннего духовного начала;
- притворством;
- распушенностью.

6. Что блокировало в Древней Греции появление категории невменяемости в древнегреческом праве?

- + Религиозный постулат об абсолютном отмщении;
- безумие считалось Божьей карой за прегрешения;
- инквизиция;
- первоисточником помешательства выступало «виновное» поведение человека;
- душевнобольной совершивший преступление, «наказан самой болезнью».

7. Что такое критерий «дикого зверя»?

- + Критерий невменяемости;
- психическое заболевание;
- степень умопомешательства;
- агрессивность;
- описание заболевания.

8. Когда появились первые упоминания о душевнобольных в русском законодательстве?

- + Первые упоминания о душевнобольных в русском законодательстве относятся к XII веку;

- в XIII веке;
- в XIV веке;
- в XV веке;
- в XVII веке.

9. Участие врачей в установлении психических расстройств по уголовным и гражданским делам признавалось обязательным:

- + до XIX века;
- до XIII века;
- до XIV века;
- до XV века;
- до XVII века.

10. В России в XVII–XVIII вв. местом освидетельствования умалишенных совершивших преступление, были преимущественно:

- + монастыри;
- частные дома;
- общины,
- дом врача,
- тюрьмы.

11. Когда функции психиатрического освидетельствования обвиняемых были целиком возложены на врачебные управы?

- + в XIX веке;
- в XIII веке;
- в XIV веке;
- в XV веке;
- в XVII веке.

12. Что такое «концепция деменции»?

- + помешательство, проявляющееся, почти исключительно, в совершении тяжкого преступления;
- концепция недееспособности;
- концепция невменяемости;
- отсутствие признаков психического расстройства;
- бредовые илюзии.

13. Учение о дегенерации принадлежит французскому психиатру:

- + Б. Морелю;
- Мишелю Фуко;
- Дарвину;
- Ф. Пинелю;
- Д. Конноли.

14. В каком веке были заложены основы современной психиатрии?

- + в XIX веке;
- в XIII веке;
- в XIV веке;
- в XV веке;
- в XVII веке.

15. Какой французский психиатр распорядился о снятии цепей с душевнобольных?

- + Б. Морель;
- Мишель Фуко;
- Дарвин;
- Ф. Пинель;
- Д. Конноли.

16. В 1839 г. какой известный психиатр отменил применение сморщенных рубашек и провозгласил принцип «нестеснения» при больничном уходе?

- Б. Морель;
- Мишель Фуко;
- Дарвин;
- Ф. Пинель;
- + Д. Конноли.

17. Кем была предложена концепция «преступного человека» («врожденного преступника»)?

- + Ч. Ломброзо;
- Мишель Фуко;
- Ф. Пинелем;
- Д. Конноли.
- Б. Морелем.

18. В какой стране были введены критерии невменяемости, известные как Правила Мак-Натена, которые существуют в англо-американском праве и поныне?

- + в Англии;
- в Франции;
- + в Германии;
- в России;
- + в Японии.

19. Когда в психиатрическую практику произошло широкое внедрение новых лекарственных средств (нейролептиков)?

- + в 50-е годы;
- в 40-е годы;

- в 60-е годы;
- в 70-е годы;
- в 80-е годы.

20. Сколько основных этапов было в развитии отечественной судебной психиатрии?

- + Три этапа;
- один этап;
- два этапа;
- четыре этапа;
- пять этапов.

21. Судебно-психиатрическая наука в СССР не занималась:

- изучением клинических и организационных аспектов судебно-психиатрической экспертизы и принудительных мер медицинского характера;
- медицинских и иных факторов, способствующих совершению психически больными общественно опасных действий; разработкой мер по предупреждению указанных действий;
- вопросами психиатрического освидетельствования осужденных для установления у них наличия хронической психической болезни, препятствующей дальнейшему отбыванию наказания;
- вопросами оказания психиатрической помощи осужденным с неглубокими психическими расстройствами;
- + вопросами судебно-медицинского освидетельствования.

2. Диагноз и классификация в психиатрии

22. Психические расстройства не подразделяются:

- на психотические расстройства;
- невротические расстройства;
- функциональные расстройства;
- органические расстройства;
- + индуцированные расстройства.

23. Утрата чувства реальности, сопровождаемая бредом и галлюцинациями, например, при шизофрении – это:

- + психотические расстройства;
- невротические расстройства;
- функциональные расстройства;
- органические расстройства;
- индуцированные расстройства.

24. Утраты чувства реальности не происходит, расстройства обусловлены большей частью внутриспсихическими конфликтами или событиями жизни, которые вызывают тревогу, проявляются такими симптомами, как obsessions, фобии, компульсивность – это:

- психотические расстройства;
- + невротические расстройства;
- функциональные расстройства;
- органические расстройства;
- индуцированные расстройства.

25. Структурные нарушения и этиологический фактор, которые можно было бы назвать причиной болезни, не известны – это:

- психотические расстройства;
- невротические расстройства;
- + функциональные расстройства;
- органические расстройства;
- индуцированные расстройства.

26. Заболевания, которые обусловлены структурными изменениями в головном мозге, обычно сопровождающиеся когнитивными (интеллектуальными) нарушениями, делирием или деменцией (например, болезнь Пика) – это:

- психотические расстройства;
- невротические расстройства;
- функциональные расстройства;
- + органические расстройства;
- индуцированные расстройства.

27. Нарушение интеллектуальных функций, начинается в период развития; сопровождается задержкой развития (незрелостью), затруднением обучения и социальной адаптации – это:

- + умственная отсталость;
- расстройства обучения;
- расстройства моторных навыков;
- расстройство общения;
- общие расстройства развития.

28. Нарушения развития моторной координации у детей, страдающих этим расстройством, движения зачастую бывают неуклюжими, несогласованными) – это:

- умственная отсталость;
- расстройства обучения;
- + расстройства моторных навыков;
- расстройство общения;
- общие расстройства развития.

29. Нарушение развития приводящее к трудностям формирования ожидаемых в этом возрасте предложений (расстройство экспрессивной речи), затруднённое использование и понимание слов (расстройство рецептивной экспрессивной речи), затруднённое произнесение речевых звуков (расстройство речевой артикуляции), нарушение плавности, темпа и ритма речи (заикание) – это:

- умственная отсталость;
- расстройства обучения;
- расстройства моторных навыков;
- расстройство общения;
- общие расстройства развития.

30. Характеризуются аутистическим, атипичным поведением, значительной незрелостью, неадекватным развитием и невозможностью отделить свою личность от материнской личности – это:

- умственная отсталость;
- расстройства обучения;

- расстройства моторных навыков;
- расстройство общения;
- + общие расстройства развития.

31. Характеризуются дефицитом внимания, гиперактивностью, дерзким, агрессивным, конфликтным поведением, склонностью к правонарушениям, враждебностью, чувством отвергнутости, негативизмом или импульсивностью – это:

- + расстройства с дефицитом внимания и деструктивным поведением;
- расстройство пищевого поведения в младенчестве и раннем возрасте;
- расстройства в виде тика;
- расстройства выделительных функций;
- селективный мутизм.

32. Характеризуются нарушениями или странными привычками в приёме пищи, которые обычно возникают в детстве или у подростков, и продолжаются в зрелом возрасте. Из них выделяются анорексия (поедание несъедобных веществ) и расстройство в виде повторного срыгивания (регрессия) – это:

- расстройства с дефицитом внимания и деструктивным поведением;
- + расстройство пищевого поведения в младенчестве и раннем возрасте;
- расстройства в виде тика;
- расстройства выделительных функций;
- селективный мутизм.

33. Характеризуются внезапным непроизвольным, периодически повторяющимся, стереотипным движением или произносимым звуком – это:

- расстройства с дефицитом внимания и деструктивным поведением;
- расстройство пищевого поведения в младенчестве и раннем возрасте;
- + расстройства в виде тика;
- расстройства выделительных функций;
- селективный мутизм.

34. Недержание кала (энкопроз), или недержание мочи (энурез) вследствие физиологических или психических нарушений – это:

- расстройства с дефицитом внимания и деструктивным поведением;
- расстройство пищевого поведения в младенчестве и раннем возрасте;
- расстройства в виде тика;
- + расстройства выделительных функций;
- селективный мутизм.

35. Ребёнок не в состоянии разговаривать в определённых ситуациях – это:

- расстройства с дефицитом внимания и деструктивным поведением;
- расстройство пищевого поведения в младенчестве и раннем возрасте;
- расстройства в виде тика;
- расстройства выделительных функций;
- + селективный мутизм.

36. Характеризуется кратковременным помрачением сознания и когнитивными расстройствами – это:

- + делирий;
- деменция;

- амнестическое расстройство;
- обморок;
- аффект.

37. Характеризуется резким нарушением памяти, способности к правильному суждению, ориентации и других когнитивных функций – это:

- делирий;
- + деменция;
- амнестическое расстройство;
- обморок;
- аффект.

38. Характеризуется ухудшением памяти и забывчивостью. Вызвано соматическими или неврологическими заболеваниями (гипоксия), токсином, лекарственными или наркотическими веществами, например, марихуаной, диазепамом – это:

- делирий;
- деменция;
- + амнестическое расстройство;
- обморок;
- аффект.

39. Характеризуется изменениями в эмоциональной сфере (амбивалентность, отчуждённость, потеря контакта с окружающими людьми, неадекватное реагирование, утрата сочувствия к людям), в поведении (аутичное, агрессивное, нелепое, «странное»), и мышлении (искажение реальности, иногда сопровождаемое бредом и галлюцинациями) – это:

- + шизофрения;
- делирий;
- деменция;
- амнестическое расстройство;
- олигофрения.

40. Бессвязное мышление, ужаски, эмоциональное оскудение и неадекватность эмоциональных реакций, дурашливость, маёрность, частые соматические жалобы, бессвязный периодический бред и галлюцинации – это:

- + дезорганизованная (гебефреническая) шизофрения;
- кататоническая шизофрения;
- параноидная шизофрения;
- недифференцированная шизофрения;
- резидуальная шизофрения.

41. Форма заболевания с чрезмерным возбуждением (характеризуется излишней и иногда неистовой двигательной активностью) или общей заторможенностью, состоянием ступора, мутизмом, негативизмом, восковой гибкостью и в некоторых случаях так называемым вегетативным состоянием – это:

- дезорганизованная (гебефреническая) шизофрения;
- + кататоническая шизофрения;
- параноидная шизофрения;
- недифференцированная шизофрения;

- резидуальная шизофрения.

42. Признаки шизофрении после психотического шизофренического приступа у пациентов, которые не находятся в психотическом состоянии – это:

- дезорганизованная (гебефреническая) шизофрения;
- кататоническая шизофрения;
- параноидная шизофрения;
- недифференцированная шизофрения;
- + резидуальная шизофрения.

43. Редко встречающееся состояние, характеризующееся постепенным созданием тщательно разработанной системы бреда с идеями величия; имеет хронический характер; в остальном личность остается незатронутой – это:

- + паранойя;
- кратковременное психотическое расстройство;
- шизофрениформное расстройство;
- шизоаффективное расстройство;
- индуцированное психотическое расстройство.

44. Похожее на шизофрению расстройство с бредовыми состояниями, галлюцинациями и неадекватностью поведения, которое продолжается менее 6 месяцев – это:

- паранойя;
- кратковременное психотическое расстройство;
- + шизофрениформное расстройство;
- шизоаффективное расстройство;
- индуцированное психотическое расстройство.

45. Характеризуется сочетанием шизофренических симптомов и ярко выраженной манией (биполярный тип) или депрессией (депрессивный тип) – это:

- паранойя;
- кратковременное психотическое расстройство;
- шизофрениформное расстройство;
- + шизоаффективное расстройство;
- индуцированное психотическое расстройство.

46. Один и тот же бред возникает у двух человек, один из которых имеет невысокий интеллект или зависим от другого человека – это:

- паранойя;
- кратковременное психотическое расстройство;
- шизофрениформное расстройство;
- шизоаффективное расстройство;
- индуцированное психотическое расстройство.

47. Характеризуются депрессией, которая доминирует в психической жизни пациента и является причиной дисфункции. Эти расстройства могут быть вызваны соматическим или неврологическим заболеванием, приемом психоактивных веществ (кокаина), или лекарственных препаратов (таких как противоопухолевые препараты, резерпин) – это:

- + расстройства настроения (аффективные расстройства);

- биполярные расстройства;
- депрессивные расстройства;
- тревожные расстройства;
- имитируемые расстройства.

48. Крайне подавленное настроение у пациента, психическая и двигательная заторможенность, тревога, страх, растерянность, агитация, чувство вины, суицидальные мысли, обычно рецидивирующие – это:

- расстройства настроения (аффективные расстройства);
- биполярные расстройства;
- + депрессивные расстройства;
- тревожные расстройства;
- имитируемые расстройства.

49. Характеризуются болезненной озабоченностью своим здоровьем, чрезмерной боязнью заболеть какой-либо болезнью – это:

- + соматоформные расстройства;
- расстройства настроения (аффективные расстройства);
- биполярные расстройства;
- депрессивные расстройства;
- тревожные расстройства.

50. Характеризуются намеренным придумыванием психических, соматических или одновременно тех и других симптомов с целью казаться больным (синдром Минхгаузена) – это:

- расстройства настроения (аффективные расстройства);
- биполярные расстройства;
- депрессивные расстройства;
- тревожные расстройства;
- + имитируемые расстройства.

51. Характеризуются неожиданным временным нарушением сознания или расстройством идентификации личности – это:

- + диссоциативные расстройства;
- сексуальные расстройства и расстройства половой идентификации;
- расстройства контроля над побуждениями;
- расстройства адаптации;
- расстройства личности.

52. Расстройства, при которых больной не может контролировать свои побуждения, импульсивное влечение к выполнению каких-либо действий – это:

- + диссоциативные расстройства;
- сексуальные расстройства и расстройства половой идентификации;
- расстройства контроля над побуждениями;
- расстройства адаптации;
- расстройства личности.

53. Недостаточная адаптация к стрессовым воздействиям, возникающим в жизни. Подразделяются в зависимости от симптомов на расстройства с тревогой, с депрессивным настроением, с тревогой и депрессивным настроением, с нарушением поведения, с нарушением эмоций и поведения – это:

- диссоциативные расстройства;
- сексуальные расстройства и расстройства половой идентификации;
- расстройства контроля над побуждениями;
- + расстройства адаптации;
- расстройства личности.

54. Расстройства, характеризующиеся глубоко укоренившимися дезадаптивными моделями поведения, которые обычно начинают проявляться в детстве или юности – это:

- диссоциативные расстройства;
- сексуальные расстройства и расстройства половой идентификации;
- расстройства контроля над побуждениями;
- расстройства адаптации;
- + расстройства личности.

55. Характеризуется необоснованной подозрительностью, гиперчувствительностью, ревностью, завистью, ригидностью, чрезмерным самомнением и тенденцией обвинять других и приписывать им злые намерения – это:

- + параноидное расстройство личности;
- шизоидное расстройство личности;
- шизотипическое расстройство личности;
- обсессивно-компульсивное расстройство личности;
- истерическое (гистрионное) расстройство личности.

56. Характеризуется робостью, сензитивностью, стремлением к отшельничеству, эмоциональной закрытостью, избеганием близких отношений, эгоцентричностью, склонностью к фантазированию и неспособностью выражать враждебность или агрессию; утраты чувства реальности не наблюдается – это:

- параноидное расстройство личности;
- + шизоидное расстройство личности;
- шизотипическое расстройство личности;
- обсессивно-компульсивное расстройство личности;
- истерическое (гистрионное) расстройство личности.

57. Расстройство, сходное с шизоидным, но в этом случае больной проявляет незначительную утрату чувства реальности, странные убеждения, он отчуждён от окружающего мира, аутичен – это:

- параноидное расстройство личности;
- шизоидное расстройство личности;
- шизотипическое расстройство личности;
- обсессивно-компульсивное расстройство личности;
- истерическое (гистрионное) расстройство личности.

58. Характеризуется чрезмерным беспокойством о совершении действий в согласии с нормами морали; пациент может быть ригидным, сверхсовестливым, преисполненным сознанием долга, чрезвычайно подавленным и не способным расслабиться (пунктуальный, бережливый, аккуратный) – это:

- параноидное расстройство личности;
- шизоидное расстройство личности;
- шизотипическое расстройство личности;
- + обсессивно-компульсивное расстройство личности;

- истерическое (гистрионное) расстройство личности.

59. Характеризуется эмоциональной нестабильностью, возбудимостью, гиперактивностью, психической незрелостью, тщеславием, театральностью самовыражения для привлечения внимания и успокоения – это:

- параноидное расстройство личности;
- шизоидное расстройство личности;
- шизотипическое расстройство личности;
- обсессивно-компульсивное расстройство личности;
- + истерическое (гистрионное) расстройство личности.

60. Характеризуется сниженной энергичностью, быстрой утомляемостью, недостатком энтузиазма, ощущением неполноценности, уклонением от социальных контактов, неспособностью наслаждаться жизнью и сверхчувствительностью к стрессу – это:

- + расстройство личности в виде избегания (уклонения);
- антисоциальное расстройство личности;
- нарциссическое расстройство личности;
- пограничное расстройство личности;
- зависимое расстройство личности.

61. Наблюдается у людей, которые находятся в конфликте с обществом, они не способны к лояльности, эгоистичны, грубы, безответственны, импульсивны и не способны чувствовать вину за свои проступки или учиться на жизненном опыте, имеют низкий уровень фрустрационной устойчивости, склонны обвинять других – это:

- расстройство личности в виде избегания (уклонения);
- + антисоциальное расстройство личности;
- нарциссическое расстройство личности;
- пограничное расстройство личности;
- зависимое расстройство личности.

62. Характеризуется ощущением величия, обладания прав на что-либо, недостатком сочувствия, завистливостью, стремлением манипулировать людьми, самолюбованием, потребностью во внимании и восхищении со стороны других – это:

- расстройство личности в виде избегания (уклонения);
- антисоциальное расстройство личности;
- + нарциссическое расстройство личности;
- пограничное расстройство личности;
- зависимое расстройство личности.

63. Характеризуется нестабильностью, импульсивностью, беспорядочной половой жизнью, попытками самоубийства, членовредительством, личными проблемами и чувством опустошения и тоски – это:

- расстройство личности в виде избегания (уклонения);
- антисоциальное расстройство личности;
- нарциссическое расстройство личности;
- + пограничное расстройство личности;
- зависимое расстройство личности.

64. Характеризуется пассивным и покорным поведением, пациент не уверен в себе и становится полностью зависимым от других – это:

- расстройство личности в виде избегания (уклонения);
- антисоциальное расстройство личности;
- нарциссическое расстройство личности;
- пограничное расстройство личности;
- + зависимое расстройство личности.

65. Ухудшение познавательной деятельности, головные боли, нарушения сна, головокружения, изменение личности после травмы головы – это:

- + синдром последствий сотрясения головного мозга;
- лёгкое когнитивное расстройство;
- постшизофреническая депрессия;
- простая шизофрения;
- диссоциативное расстройство в виде транса.

66. Нарушения памяти, мышления, внимания как результат соматического заболевания, например, нарушения электролитного баланса, гипотиреоза, ранних стадий рассеянного склероза – это:

- синдром последствий сотрясения головного мозга;
- + лёгкое когнитивное расстройство;
- постшизофреническая депрессия;
- простая шизофрения;
- диссоциативное расстройство в виде транса.

67. Депрессивный эпизод, который может быть только длительным, возникающий как следствие шизофрении – это:

- синдром последствий сотрясения головного мозга;
- лёгкое когнитивное расстройство;
- + постшизофреническая депрессия;
- простая шизофрения;
- диссоциативное расстройство в виде транса.

68. Характеризуется странностями поведения, неспособностью соответствовать требованиям общества, притуплением эмоциональных реакций, волевыми расстройствами и низкой социальной адаптацией.

Бредовые состояния и галлюцинации не очевидны – это:

- синдром последствий сотрясения головного мозга;
- лёгкое когнитивное расстройство;
- постшизофреническая депрессия;
- простая шизофрения;
- диссоциативное расстройство в виде транса.

69. Характеризуется временной потерей ощущения себя как личности и неосознанностью окружающего; пациент ведёт себя так, как если бы его поведение контролировалось другой личностью, духом или силой – это:

- синдром последствий сотрясения головного мозга;
- лёгкое когнитивное расстройство;
- постшизофреническая депрессия;
- простая шизофрения;
- + диссоциативное расстройство в виде транса.

Тема 3. Предмет и содержание судебной психиатрии.

70. Какие задачи не стоят перед судебной психиатрией?

- предупреждение общественно опасных действий психически больных;
 - применение мер медицинского характера в отношении невменяемых и заболевших после совершения преступления;
 - освидетельствования и дача экспертных заключений по вопросу о дееспособности лиц, вызывающих сомнение в их психическом здоровье у суда в гражданском процессе;
 - определение в необходимых случаях психического состояния свидетелей и потерпевших.
- + диагностика и лечение психических больных.

71. Оценивая психическое состояние лица во время совершения им общественно опасного деяния, истца и ответчика в гражданском процессе, эксперт должен решить вопрос, как влияет то или иное психическое заболевание на способность рассудительно вести свои дела – это:

- + определение дееспособности;
- определение вменяемости;
- осмотр психиатра;
- судебно-медицинское освидетельствование;
- судебно-медицинская экспертиза.

72. Кто является объектом общей психиатрии?

- + психически больной человек;
- психически здоровый человек;
- подозреваемый человек;
- подследственный;
- свидетель.

73. Кто (что) не является субъектом судебной психиатрии?

- психически больной человек;
 - психически здоровый человек;
 - подозреваемый, подследственный;
 - свидетель;
- + психическая деятельность во время совершения деликта.

74. Судебная психиатрия обязана:

- осуществлять судебно-психиатрическую экспертизу при вынесении вопроса о невменяемости лиц, привлеченных к уголовной ответственности и вызвавших сомнение в их психическом здоровье;
 - давать экспертные заключения о недееспособности психически больных людей в гражданском уголовном процессе;
 - определять дееспособность и (в необходимых случаях) психическое состояние подозреваемых, обвиняемых, подсудимых, потерпевших, свидетелей, истцов и ответчиков в уголовном и гражданском процессах;
 - предупреждать общественно опасные действия психически больных (лечением, наблюдением, реабилитацией и т. д.), в том числе путем выбора принудительных мер медицинского характера;
- + оказывать помощь (в ряде случаев) в определении психического диагноза и определении психического больного на лечение в специализированный стационар.

75. Что не входит в основные разделы судебной психиатрии?

- Судебно-психиатрическая экспертиза по уголовным делам;
- судебно-психиатрическая экспертиза по гражданским делам;
- применение принудительных мер медицинского характера к психически больным, совершившим общественно опасное деяние (принудительное лечение);
- пенитенциарная психиатрия. Занимается проблемой оказания психиатрической помощи осужденным на лишение свободы;
- + гериатрия.

76. Что не входит в медицинский критерий невменяемости?

- Хроническое психическое расстройство;
- временное психическое расстройство;
- слабоумие;
- + невозможность осознавать фактический характер своих действий (бездействия);
- иное болезненное состояние психики.

77. Способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять – это:

- + определение дееспособности;
- определение вменяемости;
- осмотр психиатра;
- судебно-медицинское освидетельствование;
- судебно-медицинская экспертиза.

Тема 4. Судебно-психиатрическая экспертиза в Республике Беларусь (организация и проведение).

78. Что не является основанием для назначения судебно-психиатрической экспертизы?

- Сомнения у следователя или суда в нормальном состоянии психического здоровья обвиняемого, потерпевшего, свидетеля или лица, гражданский спор которого решается в суде.
- Необычное или ничем немотивируемое, психологически нелепое или особо жестокое преступление, ничем неоправданное глумление над трупом.
- Неадекватное или нелогичное поведение, высказывания, действия, поступки и т.д. со стороны обвиняемых, подозреваемых, подсудимых, свидетелей, потерпевших, истцов, ответчиков в судебно-следственной ситуации.
- Пребывание вышесудимых лиц в психиатрических стационарах или на учете в психоневрологических учреждениях, проведение ими судебно-психиатрической экспертизы или иных видов (военной) экспертиз в прошлом.

Наличие родственников, страдающих психическими заболеваниями.

79. Экспертом может быть:

- + лицо, имеющее звание врача;
- + врач, прошедший специализацию по психиатрии;
- + медицинский психолог;
- невропатолог;
- судебно-медицинский эксперт.

80. Акт судебно-психиатрической экспертизы не содержит:

- + эпикриз;
- сведения о прошлой жизни;

- историю настоящего заболевания;
- описание психического, физического, неврологического, психического состояний;
- выводы, обоснования.

81. Невменяемость - это:

- + юридическое понятие;
- медицинское понятие;
- психологическое понятие;
- этическое понятие;
- психиатрическое понятие.

82. В перечень психических расстройств медицинского критерия невменяемости не входят следующие группы расстройств:

- хроническое психическое расстройство;
- временное психическое расстройство;
- + психопатии;
- слабоумие;
- иное болезненное состояние психики.

83. Юридический критерий формулы невменяемости означает:

- возможность осознавать фактический характер своих действий;
- невозможность критически оценить своё состояние;
- + невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими;
- наличие у пациента психического расстройства;
- неадекватное поведение.

84. Каким документом оформляется заключение экспертной судебно-психиатрической комиссии, который является одним из источников доказательств по делу?

- + оформляется актом экспертизы;
- оформляется выводами экспертов;
- оформляется заключением экспертов;
- оформляется эпикризом;
- протоколом комиссии.

Тема 5. Анатомия и физиология нервной системы.

85. Центральная нервная система состоит из следующих отделов:

- головного мозга;
- + головного мозга и спинного мозга;
- серого и белого вещества;
- спинного мозга;
- коры головного мозга и вегетативной нервной системы.

86. К периферической нервной системе относятся:

- + спинномозговые и черепно-мозговые нервы;
- кора головного мозга;
- спинной мозг;
- мозжечок;

- вегетативная нервная система.

87. Соматическая нервная система обеспечивает иннервацию:

- + скелетных мышц и кожи;
- сосудов;
- внутренних органов;
- головного мозга;
- спинного мозга.

88. Что отсутствует в головном мозге?

- полушария мозга;
- ствол мозга,
- мозжечок,
- мозолистое тело,
- + вестибулярный аппарат.

89. Лимбическая система участвует:

- +В осуществлении сложных поведенческих актов - родительского, полового, территориального поведения.
- Регулирует центры сердечно-сосудистой и дыхательной систем
- Осуществляет поддержание мышечного тонуса.
- Участвует в реализации сложных произвольных движений.
- В регуляции водного баланса и температуры.

90. Продолговатый мозг участвует:

- В осуществлении сложных поведенческих актов - родительского, полового, территориального поведения.
- Регулирует центры сердечно-сосудистой и дыхательной систем.
- Осуществляет поддержание мышечного тонуса.
- Участвует в реализации сложных произвольных движений.
- +В регуляции водного баланса и температуры.

91. Висцеральный мозг это:

- +Гипоталамус и лимбические образования ЦНС.
- Большие полушария головного мозга.
- Кора головного мозга.
- Подкорковые образования головного мозга.
- Спинной мозг.

92. Функциональная единица нервной системы, строение и функции которой приспособлены к передаче и интеграции информации:

- +Нейрон.
- Дендрит.
- Аксон.
- Синапсия.
- Терминали.

93. Через продолговатый мозг не осуществляются следующие рефлекс:

- защитные рефлекс: кашель, чиханье, мигание, слезоотделение, рвота;
- пищевые рефлекс: сосание, глотание, секреция пищеварительных желез;
- сердечно-сосудистые рефлекс, регулирующие деятельность сердца и кровеносных сосудов;

- в продолговатом мозге находится автоматически работающий дыхательный центр, обеспечивающий вентиляцию легких;

+ координация движений.

94. Что относится к заднему мозгу?

+К заднему мозгу относятся мозговой мост и мозжечок;

-продолговатый мозг;

-спинной мозг;

-средний мозг;

- полушария головного мозга.

95. Мозжечок соединён с помощью трёх пар ножек со следующими образованиями:

+со средним мозгом, мостом и продолговатым мозгом;

- с полушариями головного мозга;

- со спинным мозгом;

- с вестибулярным аппаратом;

-с опорно-двигательным аппаратом.

96. Какой синдром не наблюдается при поражении мозжечка?

+Афазия;

-астазия;

-астения;

-атаксия.

-атония.

97. Средний мозг не имеет?

-крыши;

-покрышки;

-основания;

-собственно ножек мозга;

+червя мозжечка.

98. Средний мозг не рефлексирует:

-играет важную роль в регуляции мышечного тонуса;

-осуществляет условные рефлексы;

-осуществляет выпримерительные рефлексы;

-осуществляет поворот головы в сторону света – ориентировочный рефлекс;

-осуществляет координацию движений.

99. К промежуточному мозгу не относится:

+ таламус (зрительные бугры),

- эпифиз (надбугорная область),

- метаталамус (забугорная область) и

- гипоталамус (подбугорная область).

+мозжечок.

100. Его называют "коллектором чувствительности", так как к нему сходятся афферентные (чувствительные) пути от всех рецепторов, исключая обонятельные рецепторы.

+ таламус (зрительные бугры),

- эпителиамус (надбугорная область),
 - метаталамус (забугорная область),
 - гипоталамус (подбугорная область).
- мозжечок.

101. У человека играет существенную роль в эмоциональном поведении, характеризующемся своеобразной мимикой, жестами и сдвигами функций внутренних органов. При эмоциональных реакциях повышается давление, учащаются пульс, дыхание, расширяются зрачки.

- + таламус (зрительные бугры),
 - эпителиамус (надбугорная область),
 - метаталамус (забугорная область),
 - гипоталамус (подбугорная область).
- мозжечок.

102. В клинике симптомами их поражения являются сильная головная боль, расстройства сна, нарушения чувствительности, как в сторону повышения, так и понижения, нарушения движений, их точности, соразмерности, возникновение насильственных непроизвольных движений.

- + таламус (зрительные бугры),
 - эпителиамус (надбугорная область),
 - метаталамус (забугорная область),
 - гипоталамус (подбугорная область).
- мозжечок.

103. Является высшим подкорковым центром вегетативной нервной системы. В этой области расположены центры, регулирующие все вегетативные функции, обеспечивающие постоянство внутренней среды организма, а также регулирующие жировой, белковый, углеводный и водно-солевой обмен.

- таламус (зрительные бугры),
 - эпителиамус (надбугорная область),
 - метаталамус (забугорная область),
 - + гипоталамус (подбугорная область).
- мозжечок.

104. В стволе мозга - продолговатом, среднем и промежуточном мозге, между его специфическими ядрами находятся скопления нейронов с многочисленными сильно ветвящимися отростками, образующими густую сеть - это:

- + ретикулярная формация;
- + таламус (зрительные бугры),
- эпителиамус (надбугорная область),
- метаталамус (забугорная область),
- гипоталамус (подбугорная область).

105. Оказывает активирующее воздействие, поддерживая состояние бодрствования и концентрирует внимание – это:

- + ретикулярная формация;
- таламус (зрительные бугры),
- эпителиамус (надбугорная область),
- метаталамус (забугорная область),

- гипоталамус (подбугорная область).

106. Системы нервных волокон, проводящих импульсы от кожи и слизистых оболочек, внутренних органов и органов движения к различным отделам спинного и головного мозга, в частности к коре полушарий большого мозга, называются:

- +восходящими путями;
- нисходящими путями,
- эфферентными путями;
- двигательными путями;
- ассоциативными путями.

107. Системы нервных волокон, передающих импульсы от коры или нижележащих ядер головного мозга через спинной мозг к рабочему органу (мышце, железе и др.), называются:

- восходящими путями;
- +нисходящими путями,
- афферентными путями;
- чувствительными путями;
- ассоциативными путями.

108. Зрительная зона коры находится:

- + в затылочной доле;
- в височной доле,
- в лобной доле;
- в теменной доле;
- в базальных ядрах.

109. При поражении центра Брока возникает:

- +моторная афазия;
- сенсорная афазия;
- аграфия;
- алексия;
- амузия.

110. При поражении центра Вернике возникает:

- моторная афазия,
- +сенсорная афазия;
- аграфия;
- алексия,
- амузия.

111. При наличии этого расстройства человек не может производить заученные движения: зажечь спичку, застегнуть пуговицу, пропеть мелодию и др.

- моторная афазия;
- сенсорная афазия;
- аграфия;
- +апраксия;
- амузия.

112. От спинного мозга отходит:

+31 пара спинномозговых нервов.

-21 пара спинномозговых нервов.

-32 пары спинномозговых нервов.

-35 пар спинномозговых нервов.

-33 пары спинномозговых нервов.

113. Жизненные центры, регулирующие деятельность сердечно - сосудистой и дыхательной систем расположены:

+В продолговатом мозге.

-В среднем мозге.

-В спинном мозге.

-В коре головного мозга.

-В грудной полости.

114. Интегративный центр зрительной и слуховой систем расположен:

+в четверохолмии.

-В продолговатом мозге.

-В спинном мозге.

-В коре большого мозга.

-В лобных долях.

115. Гипоталамус не регулирует:

+уровень глюкозы в крови.

-Температуру тела.

-Водный баланс.

-Чувство голода и насыщения.

-Половое и эмоциональное поведение.

116. Кора головного мозга не регулирует:

-Лобных долей.

-Теменных долей.

-Височных долей.

-Затылочных долей.

+Базальные ганглии.

117. Наследственно закреплённая стереотипная форма реагирования на биологически значимые воздействия вне организма или на изменения внутренней среды организма – это:

- безусловный (врождённый) рефлекс;

- условные рефлексы.

- Ориентировочные рефлексы.

- Защитные рефлексы.

- Рефлексы места и времени.

118. Рефлекторный принцип организации поведения был предложен:

+Павловым И.П.

-Бродбентом Д.Е.

-Трейсманом А.

-Дойчем Д.

-Фрейдом З.

119. Какие рефлексы по И.П.Павлову являются врождёнными?

+Безусловные.

-Условные.

-Ориентировочные.

-Защитные.

-Места и времени.

120. Какие рефлексы по И.П.Павлову являются приобретёнными?

-Безусловные.

+Условные.

-Ориентировочные.

-Защитные.

-Места и времени.

121. Инстинкты - это:

+Сложные безусловные рефлексы.

-Условные рефлексы.

-Ориентировочные рефлексы.

-Защитные рефлексы.

- Рефлексы места и времени.

122. Качественно новая форма рефлекторной поведенческой деятельности, приобретаемая живыми существами в индивидуальной жизни и связанная с обучением - это:

-Сложные безусловные рефлексы.

+Условные рефлексы.

-Ориентировочные рефлексы.

-Защитные рефлексы.

- Рефлексы места и времени.

123. Существует столько видов поведенческих рефлексов:

+2.

-3.

-4.

-5.

-6.

124. Совокупность сформировавшихся в процессе развития данного вида животных – в филогенезе – наследственно закреплённых, врождённых, общих для всех представителей данного вида (видоспецифических) компонентов поведения – это:

+инстинктивное поведение;

-условные рефлексы.

-Ориентировочные рефлексы.

-Защитные рефлексы.

- Рефлексы места и времени.

Тема 6. Понятие о патопсихологии и психических заболеваниях.

125. Наука, изучающая закономерности регресса психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме.

+Патопсихология.

-Психиатрия.

-Судебная психиатрия.

-Судебная медицина.

-Дефектология.

126. Ощущения - это:

-направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенном объекте;

+отражение отдельных свойств предметов объективного мира при их непосредственном воздействии на органы чувств;

-целостное интегрированное отражение предметов, явлений окружающего мира;

-процесс опосредованного и обобщенного познания реальности;

-психический процесс, отражающий субъективное отношение человека к реальности.

127. К нарушениям восприятия не относятся:

-агнозии;

-эйдетизм;

-иллюзии;

+амнезии;

-галлюцинации.

128. Восприятие несуществующего объекта - это:

-иллюзии;

-агнозии;

+галлюцинации;

-бред;

-навязчивые идеи.

129. Не имеет собственного продукта или своего особого содержания; это, в первую очередь, динамическая характеристика протекания познавательной деятельности.

+Внимание.

-Мышление.

-Память.

-Наглядное.

-Функциональное состояние.

130. Каким свойством не обладает внимание?

+устойчивость,

-сосредоточенность,

-переключаемость,

-распределение и объем.

+запоминание.

131. Синдром дефицита внимания не включает в себя:

-беспокойные движения в кистях, стопах;

-невозможность сидеть на месте, когда требуется;

- легкая отвлекаемость на посторонние раздражители;
- врождённые способности;
- склонность отвечать, не задумываясь, не дослушав до конца.

132. Процесс сохранения прошлого опыта, делающий возможным его повторное использование в деятельности и возвращение в сферу сознания.

- Внимание.
- Мышление.
- +Память.
- Научение.
- Функциональное состояние.

133. Совокупность информации, приобретённой мозгом и управляющей поведением - это:

- +Память.
- Ощущение.
- Представление.
- Интеллект.
- Восприятие.

134. Процесс, не связанный с памятью:

- Запоминание.
- Хранение.
- Узнавание и воспроизведение.
- Забывание.
- +Ассоциация.

135. Непроизвольное оживление памяти, повышенная способность воспроизведения, вспоминания давно забытых событий прошлого, незначительных, неактуальных в настоящем – это:

- +гипермнезия;
- амнезия;
- гипомнезия;
- криптомнезия;
- псевдореминисценции.

136. Качественное нарушение памяти, проявляющееся в «переносе» реально имевших место событий во времени - это:

- гипермнезия;
- амнезия;
- гипомнезия;
- криптомнезия;
- +псевдореминисценции.

140. Стирание грани между реально имевшими место событиями и событиями, о которых больной услышал, прочитал или увидел – это:

- гипермнезия;
- амнезия;
- гипомнезия;
- +криптомнезия;

-псевдореминисценции.

141. Ложные воспоминания, «вымыслы памяти», «галлюцинации памяти», «бред воображения» - яркие, образные, ложные воспоминания с патологической убежденностью в их истинности – это:

+конфабуляции;

-амнезия;

-гипомнезия;

-криптомнезия;

-псевдореминисценции.

142. Это опосредованное и обобщённое отражение действительности, вид умственной деятельности, заключающейся в познании сущности вещей и явлений, закономерных связей и отношений между ними.

+Мышление.

-Память.

-Ощущение.

-Представление.

-Интеллект.

143. к расстройствам мышления не относятся:

-навязчивые идеи;

-бредовые идеи;

-ускорение мышления;

-резонерство;

+иллюзии.

144. Чему соответствует определение «суждения, умозаключения, имеющие характер убежденности, возникающие на патологической основе и не поддающиеся коррекции с отсутствием критического отношения к ним»?

-сверхценные идеи;

+бредовые идеи;

-навязчивые идеи;

-галлюцинации;

-агнозии.

145. Навязчивые идеи наиболее характерны:

-для шизофрении;

-для депрессии;

-для неврозов;

-для психозов;

-для манифрени.

146. Для навязчивых идей не характерны следующие критерии:

-произвольно возникающие мысли;

-чуждость и неадекватность мыслей;

-независимость возникновения от воли больного;

+некритичность оценки возникающих мыслей;

-душевный дискомфорт.

147. Навязчивые влечения не характеризуются следующими критериями:

-появлением помимо воли больного.

-Критическим отношением.

-Не отражают интересы и ситуацию больного.

+Реализацией в поступках.

-Сохранением волевого контроля над действиями.

148. Бредовые идеи не характеризуются следующими критериями:

+возникновение суждений и умозаключений, базирующихся на реальных событиях или фактах

-нарушением адаптации больного в биологической и социальной сфере.

-Не поддаются коррекции.

-Отсутствие критического отношения к ним у больного.

-Воспринимаются как составной элемент своего мировоззрения.

149. Непроизвольно возникающие неадекватные ситуации переживания, доминирующие в сознании больного, к которым сохраняется критическое отношение (сопровождаются «борьбой мотивов») – это:

+навязчивые идеи (обсессии);

-сверхценные идеи;

-бредовые идеи;

-галлюцинации;

-агнозии.

150. Аффективно окрашенные, доминирующие (не соответствующие их значимости) суждения, сформировавшиеся вследствие реальных событий (не сопровождаются «борьбой мотивов») – это:

-навязчивые идеи (обсессии);

+сверхценные идеи;

-бредовые идеи;

-галлюцинации;

-агнозии.

151. Какой бред заключается в убеждении пациента в том, что воображаемые преследователи ходят за ним по пятам, наблюдают за его жизнью из окон соседних домов, проникают в квартиру в его отсутствие, проверяют его деловые бумаги, письма и т.д.?

+бред преследования;

-бред воздействия;

-бред отравления;

-бред отношения;

-бред инсценировки.

152. Какой бред заключается в том, что, по мнению больных, преследование осуществляется с использованием сложных технических средств (лучей, аппаратов, магнитофонов, микропроцессоров, электромагнитных полей) или путём дистантного психологического воздействия (гипноза, телепатии, колдовства, экстрасенсорных влияний)?

-бред преследования;

+бред воздействия;

-бред отравления;

-бред отношения;

-бред инсценировки.

153. Больные, с каким бредом уверены в том, что им в пищу подсыпают яд или в квартиру к ним подводят ядовитые газы. Нередко этому сопутствуют обонятельные и вкусовые галлюцинации?

- бред преследования;
- бред воздействия;
- +бред отравления;
- бред отношения;
- бред инсценировки.

154. При какой форме бреда случайные факты действительности воспринимаются как гадкие символы, несущие в себе большую смысловую нагрузку? Улыбка на лице случайного прохожего, лай собаки, появление новой машины во дворе – всё это свидетельствует о непосредственной угрозе для жизни пациента.

- бред преследования;
- бред воздействия;
- бред отравления;
- +бред отношения;
- бред инсценировки.

155. Какая форма бреда выражается в уверенности, что окружающие с целью люди пытаются его обмануть, разыгрывая из себя врачей, сослуживцев и т.д. Хотя действительности являются переодетыми сотрудниками спецслужб или родственниками, которых он давно не видел.

- бред преследования;
- бред воздействия;
- бред отравления;
- бред отношения;
- +бред инсценировки.

156. Это субъективное переживание человеком своего внутреннего состояния, в частности потребностей, а также воздействий многочисленных, прежде всего социальных, факторов окружающей среды.

- Потребности.
- Мотивации.
- +Эмоции.
- Условные рефлексы.
- Безусловное поведение.

157. Что помогает каждому живому существу оценивать своё состояние и воздействие факторов окружающей среды, а также предвидеть эти воздействия?

- Потребности.
- Мотивации.
- +Эмоции.
- Условные рефлексы.
- Безусловное поведение.

158. Какой тип эмоционального реагирования не наблюдается?

- Кататимный тип.
- Голотимный тип.
- Паратимный тип.

-Эксплозивный тип.

+Истерический тип.

159. Этот тип эмоционального реагирования возникает в стрессовых ситуациях. Реакции кратковременны, лабильны, психогенно обусловлены.

+Кататимный тип.

-Голотимный тип.

-Паратимный тип.

-Эксплозивный тип.

-Истерический тип.

160. Этот тип эмоционального реагирования определяется наличием полярности психопатологических состояний, эндогенной обусловленностью, относительной устойчивостью и периодичностью возникновения.

-Кататимный тип.

+Голотимный тип.

-Паратимный тип.

-Эксплозивный тип.

-Истерический тип.

161. Этот тип эмоционального реагирования характеризуется диссоциацией, нарушением единства в эмоциональной сфере между эмоциональным проявлением другими компонентами психической деятельности.

-Кататимный тип.

-Голотимный тип.

+Паратимный тип.

-Эксплозивный тип.

-Истерический тип.

162. Этот тип эмоционального реагирования проявляется в сочетании инертности, тугоподвижности эмоциональных проявлений с их взрывчатостью, импульсивностью.

-Кататимный тип.

-Голотимный тип.

-Паратимный тип.

+Эксплозивный тип.

-Истерический тип.

163. Патология чувственного тона:

+эмоциональная гиперестезия.

-гипотимия;

-гипертимия;

-паратимия;

-мория.

164. Повышенное настроение, сочетающееся с дурашливостью, гримасничаньем, грубо неадекватным поведением.

-эмоциональная гиперестезия.

-гипотимия;

- гипертимия;
- паратимия;
- +мория.

165. Эйфория – повышенное настроение, сочетающееся с беспечной радостью, благодушием – это:

- эмоциональная гиперестезия.
- гипотимия;
- +гипертимия;
- паратимия;
- мория.

166. Тоска, тревога, страх – это:

- эмоциональная гиперестезия.
- +гипотимия;
- гипертимия;
- паратимия;
- мория.

167. Это психический процесс, заключающийся в сознательной, целенаправленной, мотивированной, активной психической деятельности, которая связана с преодолением внешних и внутренних препятствий и направлена на удовлетворение потребностей человека

- +Воля.
- Память.
- Ощущение.
- Представление.
- Интеллект.

168. Это вызванное той или иной потребностью эмоционально окрашенное состояние организма, избирательно объединяющее уровневые элементы различных уровней мозга. На основе их формируется поведение, ведущее к удовлетворению исходной потребности.

- +Мотивация.
- Воля.
- Память.
- Ощущение.
- Представление.

169. Процесс целенаправленной, организованной и устойчивой деятельности, направленный на удовлетворение потребностей. В этой сфере выделяют несколько параметров: широта, гибкость и иерархия мотивов.

- +Мотивация.
- Воля.
- Память.
- Ощущение.
- Представление.

170. «Отсутствие» волевых побуждений, стремления к деятельности – это:

- +абулия;
- гипербулия;

- яктация;
- гипокинезия;
- гиперкинезия.

171. Постоянное, почти механическое повторение какого-либо действия; характерный синдром шизофрении.

- +Стереотипии.
- Импульсивные действия.
- Негативизм.
- Каталепсия.
- Гипокинезия.

172. Это погружённость в мир собственных переживаний, проявляющаяся отсутствием стремления к общению, деятельности, познанию окружающей действительности.

- +Аутизм.
- Стереотипии.
- Негативизм.
- Каталепсия.
- Гипокинезия.

173. Свойственная человеку высшая, интегративная форма психического отражения действительности. Это целостное состояние знания о внешнем и внутреннем мире.

- +Сознание.
- Память.
- Ощущение.
- Представление.
- Интеллект.

174. Преходящие, кратковременные (часы, дни, изредка недели) нарушения психической деятельности, для которых характерно сочетание таких признаков, как частичная или полная отрешенность от окружающего; различные степени дезориентации в месте, времени и окружающих лицах; нарушение мышления с частичной или полной невозможностью правильных суждений; полное или частичное забывание происшедших событий и отражавших содержание расстроенного сознания, или того, что происходило кругом, либо того и другого одновременно.

- +Синдром помрачения сознания;
- амнезии;
- апатии;
- алексии;
- аграфии.

175. Глубокий, патологический сон, при котором нередко отсутствуют реакции даже на физические раздражения (уколы и т.д.) – это:

- сопор;
- кома;
- оглушение;
- обнубиляции сознания;
- сумеречное расстройство сознания.

176. Преобладает вялость и пассивность, движения замедленны, речь обеднена. Больным трудно сосредоточиться, дать правильный ответ, о чём-либо спросить. Они плохо осмысливают происходящее. Настроение безразличное или с оттенком беспечности. При выраженном оглушении с трудом понимаются даже простейшие вопросы; ответы неточны, односложны или совсем отсутствуют. Больные находятся в дремотном состоянии (сомнолентном состоянии). Окружающие не привлекают их внимания.

- сопор;
- кома;
- оглушение;
- +обнубиляции сознания;
- сумеречное расстройство сознания.

177. В этом состоянии нарушаются дыхание, сердечная и рефлекторная деятельность.

- сопор;
- +кома;
- оглушение;
- обнубиляции сознания;
- сумеречное расстройство сознания.

178. Галлюцинаторное помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий, образного бреда, двигательного возбуждения.

- +Делирий.
- Онейроид.
- Аменция.
- Сумеречное помрачение сознания.
- Патологическое просоночное состояние.

179. Сновидное состояние, грёзоподобное, фантастически-бредовое помрачение сознания.

- Делирий.
- +Онейроид.
- Аменция.
- Сумеречное помрачение сознания.
- Патологическое просоночное состояние.

180. Помрачение сознания с преобладанием бессвязного (инкогерентного) речедвигательного возбуждения и растерянности. Речь состоит из отдельных, не связанных по смыслу слов. Их произносят тихо, громко, выкрикивая частями. Нескоординированное двигательное возбуждение происходит на очень ограниченном пространстве.

- Делирий.
- +Онейроид.
- +Аменция.
- Сумеречное помрачение сознания.
- Патологическое просоночное состояние.

181. Развивается внезапно, обычно непродолжительно (минуты, часы, иногда дни). Столь же внезапно исчезает, сменяясь чаще всего глубоким сном. Иногда отмечается только глубокая дезориентировка всех видов (в месте, времени, собственной личности), с сохранностью привычных автоматизированных движений, в связи, с чем больные могут даже не привлечь внимание окружающих.

- Делирий.
- Онейроид.
- Аменция.
- +Сумеречное помрачение сознания.
- Патологическое просоночное состояние.

182. Необратимое обеднение всей психической деятельности, сопровождаемое утратой или сокращением полученных в прошлом знаний и навыков, при невозможности или затруднении в приобретении новых.

- +Синдром слабоумия;
- кома;
- оглушение;
- обнубиляции сознания;
- сумеречное расстройство сознания.

Тема 7. Психопатии.

183. Тяжёлое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивида сопровождающееся его личностной и социальной дезадаптацией - это:

- +психопатия;
- расстройство личности;
- дезадаптация;
- негативизм;
- деменция.

184. Стойкие врождённые или приобретённые расстройства личности при общей сохранности интеллекта, приводящие к нарушениям взаимоотношений с людьми и адаптации к окружающему миру.

- +психопатия;
- расстройство личности;
- дезадаптация;
- негативизм;
- деменция.

185. Для психопатии не характерно:

- конституционный характер
- дисгармония в личностных позициях и поведении;
- +нарушение интеллектуальных функций;
- стойкость патологических черт характера;
- несоответствие странного поведения и резкого изменения настроения.

186. Какая форма психопатии не выделяется в классификации?

- Возбудимые психопатии (эмоционально неустойчивые).
- Исторические психопатии (истерические расстройства личности).
- Психопатии шизоидного типа (шизоидное расстройство личности).
- Паранойяльная психопатия (параноидные расстройства личности).
- +Диссоциальная психопатия.

187. Какие психопатии отличаются эмоциональной постоянной напряженностью, раздражительностью, доходящей до приступов ярости. Обычно аффективное реагирование не соответствует поводу и силе раздражителя. Такие личности после аффективных разрядов сожалеют о случившемся конфликте...

+Возбудимые психопатии (эмоционально неустойчивые).

-Истерические психопатии (истерические расстройства личности).

-Психопатии шизоидного типа (шизоидное расстройство личности).

-Паранойяльная психопатия (параноидные расстройства личности).

-Астенические и психастенические психопатии.

188. Лица с данным психическим, расстройством постоянно стремятся быть в центре внимания. Поэтому эмоционально оживлены, способны к подражанию, фантазированию, псевдологии. В ответ на неблагоприятные ситуации дают аффективные бурные реакции с рыданиями, выразительной жестикულიцией, "разыгрыванием" определенных сцен...

-Возбудимые психопатии (эмоционально неустойчивые).

+Истерические психопатии (истерические расстройства личности).

-Психопатии шизоидного типа (шизоидное расстройство личности).

-Паранойяльная психопатия (параноидные расстройства личности).

-Астенические и психастенические психопатии.

189. Какие психопатии характеризуются замкнутостью, робостью, внешней холодностью, оторванностью суждений от реального мира, причудливостью и неадекватностью эмоциональной жизни. Эмоциональная дисгармония проявляется сочетанием повышенной чувствительности к одним сторонам жизни и эмоциональной холодностью к другим?

-Возбудимые психопатии (эмоционально неустойчивые).

-Истерические психопатии (истерические расстройства личности).

+Психопатии шизоидного типа (шизоидное расстройство личности).

-Паранойяльная психопатия (параноидные расстройства личности).

-Астенические и психастенические психопатии.

190. Личности с данной психопатией характеризуются неуверенностью в себе и своих поступках, склонностью к постоянному самоанализу и самоконтролю, повышенной ранимостью, робостью и сензитивностью. Их неуверенность в себе порой приобретает характер навязчивых сомнений и подозрений.

-Возбудимые психопатии (эмоционально неустойчивые).

-Истерические психопатии (истерические расстройства личности).

-Психопатии шизоидного типа (шизоидное расстройство личности).

-Паранойяльная психопатия (параноидные расстройства личности).

+Астенические и психастенические психопатии.

191. Основной чертой «этих» психопатов является склонность к образованию сверхценных идей, оказывающих влияние на их поведение. Сверхценные идеи – это комплекс аффективно окрашенных представлений, возникший вследствие реальных обстоятельств. Он приобретает в сознании больных доминирующее, не соответствующее истинному значению место. Сложившейся форме психопатии этого типа свойственно наличие паранойяльного (сверхценного) бреда.

-Возбудимые психопатии (эмоционально неустойчивые).

-Истерические психопатии (истерические расстройства личности).

-Психопатии шизоидного типа (шизоидное расстройство личности).

+Паранойяльная психопатия (параноидные расстройства личности).

-Астенические и психастенические психопатии.

192. Несколько эпизодов утраты контроля над своими агрессивными побуждениями, во время которых субъект совершает акты жестокого насилия или разрушает имущество. При этом степень агрессивности, которая проявляется во время этих эпизодов, непропорциональна обусловившим её психологическим стрессорам.

+Эксплозивное перемежающееся расстройство.

-Клептомания.

-Гемблинг.

-Пиромания.

-Трихотилломания.

193. Повторяющиеся эпизоды выдёргивания у себя волос и как результат этого значительная их потеря (частичное облысение).

-Эксплозивное перемежающееся расстройство.

-Клептомания.

-Гемблинг.

-Пиромания.

+Трихотилломания.

194. Это отклонение определяется как единство поведения и самоощущения индивида, причисляющего себя к определённому полу и ориентирующегося на требования соответствующей половой роли.

+Половая идентичность.

-Половая роль.

-Половая идентификация.

-Сексуальная ориентация.

-Психический пол.

195. Это у человека является публичным выражением его половой идентификации.

-Половая идентичность.

+Половая роль.

-Половая идентификация.

-Сексуальная ориентация.

-Психический пол.

196. Представляет собой психологическое состояние, которое отражает внутренне ощущение своей принадлежности к мужскому или женскому полу.

-Половая идентичность.

-Половая роль.

+Половая идентификация.

-Сексуальная ориентация.

-Психический пол.

197. Означает стремление иметь половую связь с представителями определённого пола (мужчинами или женщинами), например, гомосексуальная, гетеросексуальная, бисексуальная ориентация.

-Половая идентичность.

-Половая роль.

-Половая идентификация.

+Сексуальная ориентация.

-Психический пол.

198. Совокупность характеристик психической деятельности и поведения индивида, которые в субъективной и объективной интерпретации могут быть отнесены к признакам пола.

-Половая идентичность.

-Половая роль.

-Половая идентификация.

-Сексуальная ориентация.

+Психический пол.

199. Устойчивое желание избавиться от своих первичных и вторичных половых признаков, приобрести половые признаки противоположного пола и жить и восприниматься как лицо противоположного пола.

+Транссексуализм.

-Эксгибиционизм.

-Фроттеризм.

-Вуайеризм.

-Экскреторные парафилии.

200. Обнажение своих половых органов перед незнакомым (не ожидающим этого) лицом; у женщин встречается редко. Человек стремится шокировать женщину – её реакция служит для него подтверждением, что он потенциально способен к совершению полового акта.

-Транссексуализм.

+Эксгибиционизм.

-Фроттеризм.

-Вуайеризм.

-Экскреторные парафилии.

201. Половое возбуждение и удовлетворение достигаются трением пениса о верхнюю одежду женщины. Наблюдается в многолюдных местах, в транспорте. Обычно встречается у пассивных, неуверенных в себе мужчин.

-Транссексуализм.

-Эксгибиционизм.

+Фроттеризм.

-Вуайеризм.

-Экскреторные парафилии.

202. Сексуальное возбуждение во время созерцания обнажённых или совершающих половой акт людей, возможен у женщин, но чаще встречается у мужчин. Разновидностью его является прослушивание телефонных разговоров на эротические темы, например, секс по телефону. Этот акт обычно приводит к мастурбации или сопровождается ею.

-Транссексуализм.

-Эксгибиционизм.

-Фроттеризм.

+Вуайеризм.

-Экскреторные парафилии.

203. Сексуальное возбуждение при манипулировании каловыми массами партера (копрофилия) или его мочой (урофилия).

- Транссексуализм.
- Эксгибиционизм.
- Фроттеризм.
- Вуайеризм.
- +Экскреторные парафилии.

Тема 8. Олигофрении.

204. Какой признак не относится к олигофрениям?

- психическое недоразвитие с преобладанием интеллектуальной недостаточности (слабоумие тотально) и относительно менее грубым недоразвитием эмоциональной сферы;
- непрогредиентность интеллектуальной недостаточности;
- замедленный темп психического развития,
- замедленный темп часто и физического развития индивида,
- +развитие заболевания в зрелом возрасте.

205. Отмечаются, резкое недоразвитие мозговой части черепа относительно лицевой его части, чрезмерное развитие надбровных дуг, вытянутая форма головы. Интеллектуальная недостаточность обычно соответствует идиотии или глубокой имбецильности. Несмотря на глубокое слабоумие, отмечаются эмоциональная живость, повышенная раздражительность и вшаемость. Микроцефалы эмоционально неустойчивы и подвержены аффекту гнева.

- +Истинная микроцефалия.
- Ложная микроцефалия.
- Синдром Рада.
- Фенилкетонурия.
- Болезнь Дауна.

206. Эта форма олигофрении обусловлена внутриутробным поражением зародыша или плода. Наряду с признаками недоразвития часто отмечаются очаговые неврологические симптомы и судорожные припадки.

- Истинная микроцефалия.
- +Ложная микроцефалия.
- Синдром Рада.
- Фенилкетонурия.
- Болезнь Дауна.

207. Сочетание ихтиоза с олигофренией. Наследуется по рецессивному типу. Кожа покрыта легко отходящими сухими чешуйками, напоминающими рыбью чешую. При тяжёлых формах ихтиоза дети быстро умирают. Психическое недоразвитие часто сопровождается судорожными припадками. Существуют формы ихтиоза без слабоумия и других психических расстройств.

- Истинная микроцефалия.
- Ложная микроцефалия.
- Синдром Рада.
- Фенилкетонурия.
- Болезнь Дауна.

208. Олигофрения связана с нарушением межутробного обмена фенилаланина. Наследуется по рецессивному типу. Слабоумие сочетается с депигментацией (от альбинизма до светлых волос и радужной оболочки глаз). Приблизительно у 30% больных этим недугом наблюдаются судорожные припадки. Слабо развита мозговая

часть черепа. У некоторых больных есть эпилепсия, гипертелоризм; иногда от них исходит своеобразный «мышинный» запах или «запах волка».

-Истинная микроцефалия.

-Ложная микроцефалия.

-Синдром Рада.

+Фенилкетонурия.

-Болезнь Дауна.

209. Заболевание связано с нарушением обмена метионина. Наследуется по рецессивному типу, сопровождается задержкой психомоторного развития, судорогами, мышечной слабостью или спастичностью. Типичны глазные симптомы – эктопия хрусталика, катаракта, депигментация сетчатки и др., покраснение кожи в области скуловых дуг.

+Гомоцистенурия.

-Галактоземия.

-Энзимопатии.

-Гаргоилизм.

-Арахнодактилия.

210. Относятся к энзимопатиям углеводного обмена. Наследуются по рецессивному типу. В клинической картине наблюдаются поносы, гипотрофия и другие тяжелые соматические расстройства, приводящие в большинстве случаев к смерти. Психическое недоразвитие сильно выражено, сопровождается значительной вялостью, а иногда и судорожными припадками.

-Гомоцистенурия.

+Галактоземия.

-Энзимопатии.

-Гаргоилизм.

-Арахнодактилия.

211. Характерен внешний облик больных: высокий рост, худоба, удлинённые и тонкие конечности, «паучьи» пальцы рук (что послужило основанием для обозначения этой аномалии). Аномалии развития скелета сочетаются с пороками сердечно-сосудистой системы и глаз. Слабоумие – от глубокого до самого лёгкого: иногда умственной деятельности вообще нет.

-Гомоцистенурия.

-Галактоземия.

-Энзимопатии.

-Гаргоилизм.

+Арахнодактилия.

212. Относится к олигофрениям, обусловленными хромосомными аномалиями, связана с лишней 21 хромосомой. Дети имеют небольшой рост, короткие конечности в сравнении с длиной туловища и короткие пальцы (большой палец расположен низко, мизинец искривлён). Небольшой череп с уплощенной переносицей, неправильно растущие кариозные зубы, высокое нёбо. Язык толстый, с грубыми поперечными бороздами (мошоночный язык). Уши маленькие, деформированные.

-Гомоцистенурия.

-Галактоземия.

-Энзимопатии.

-Гарголизм.

+Болезнь Дауна.

213. Какой формы олигофрении не существует?

-Рубеолярная олигофрения.

-Сифилитическая олигофрения.

-Олигофрения, вызванная токсоплазмозом.

-Олигофрения, вызванная листериозом.

+Олигофрения, вызванная поражением поджелудочной железы.

Тема 9. Временные психические расстройства.

214. Они объединяются такими общими клиническими признаками, как внезапное начало, непродолжительность (минуты, редко – часы), наличие расстроенного сознания с полной или частичной амнезией происшедших в этот период событий.

+Исключительные состояния.

- Неврозы,

-Психозы.

-Психопатии.

-Парафилии.

215. Возникает остро на фоне обычной картины алкогольного опьянения (шаткая походка, нечеткая речь, снижение критических способностей, пьяное благодушие или гневливость, придирчивость и т.д.) и характеризуется резким изменением состояния субъекта. Основным симптомом патологического опьянения является болезненно измененное сознание.

+Патологическое опьянение.

-Сумеречные состояния сознания.

-Патологические просоночные состояния.

-Патологический аффект.

-Реакция «короткого замыкания».

216. Развивается внезапно, обычно непродолжительно (минуты, часы, иногда – дни). Столь же внезапно исчезает, сменяясь глубоким сном. Иногда отмечается только глубокая дезориентировка всех видов (в месте, времени и собственной личности) с сохранностью привычных автоматизированных движений, в связи с чем, больные не привлекают к себе внимания окружающих.

-Патологическое опьянение.

+Сумеречные состояния сознания.

-Патологические просоночные состояния.

-Патологический аффект.

-Реакция «короткого замыкания».

217. Острая реакция в ответ на психотравмирующее воздействие, на высоте, развития которой, имеет место нарушение сознания по типу аффективного сумеречного состояния.

-Патологическое опьянение.

-Сумеречные состояния сознания.

-Патологические просоночные состояния.

+Патологический аффект.

-Реакция «короткого замыкания».

218. Развиваются у лиц, склонных и ранее к расстройствам сна, особенно пробуждения, сопровождающихся медленным восстановлением ориентировки в окружающем. Возникновение их может провоцироваться приемом алкоголя.

Объектом агрессивного поведения обычно становятся лица, находящиеся вблизи, и искаженное восприятие их является как бы продолжением сновидения.

-Сумеречные состояния сознания.

+Патологические просоночные состояния.

-Патологический аффект.

-Реакция «короткого замыкания».

-Патологическое опьянение.

219. Какое состояние подследственного, подозреваемого, не свидетельствует о невменяемости?

-Патологические просоночные состояния.

-Патологический аффект.

-Реакция «короткого замыкания».

-Патологическое опьянение.

+Психопатии.

220. Психогенное изменение сознания происходит внезапно, после дополнительного, часто малозначительного повода. Клинически состояние протекает в виде двигательного возбуждения со стереотипными агрессивными действиями или с наличием иллюзорных, дереализационных расстройств (иное восприятие лиц и окружающей обстановки).

-Сумеречные состояния сознания.

-Патологические просоночные состояния.

-Патологический аффект.

+Реакция «короткого замыкания».

-Патологическое опьянение.

Тема 10. Реактивные состояния.

221. Это временные обратимые расстройства психической деятельности, возникающие как реакция в ответ на воздействие психической травмы.

+Реактивные состояния.

-Патологическое опьянение.

-Сумеречные состояния сознания.

-Патологические просоночные состояния.

-Патологический аффект.

222. Такие формы реактивных состояний, возникновение которых связано не столько с острыми психическими травмами, сколько с длительно существующими конфликтами. Это группа психических расстройств, возникающих под влиянием психических травм и сопровождающихся нарушением общего самочувствия.

+Неврозы.

-Психозы.

-Психопатии.

-Олигофрении.

-Деменции.

223. Какой невроз характеризуется наличием следующей группы симптомов:

двигательные расстройства, сенсорные нарушения, нарушения чувствительности, вегетативные нарушения, психические расстройства?

+Истерический невроз.

-Неврастения.

-Неврастения.

-Невроз навязчивых состояний.

-Невроз ожидания.

224. Какой невроз имеет две следующие формы клинической картины - навязчивости и чувственно-образной навязчивости с аффективным содержанием?

-Истерический невроз.

-Неврастения.

-Неврастения.

+Невроз навязчивых состояний.

-Невроз ожидания.

225. При каком неврозе имеют место следующие симптомы. В начале болезни повышается возбудимость и лабильность нервной системы. В последующем повышенная возбудимость сопровождается повышенной истощаемостью, быстрой утомляемостью, «раздражительной слабостью», неспособностью сосредоточиться на выполняемой работе и сконцентрировать внимание. Случается невыносимость к обычным раздражителям (звуку, свету), головные боли, нарушения сна. Настроение обычно понижено, в некоторых случаях развиваются депрессия, истощение. Имеются нарушения со стороны вегетативной нервной системы.

-Истерический невроз.

+Неврастения.

-Неврастения.

-Невроз навязчивых состояний.

-Невроз ожидания.

226. Какой психоз имеет гипокINETическую форму?

+Реактивный психоз.

-Сенильный психоз.

-Послеродовой психоз.

-Индукционный психоз.

-Инфекционный психоз.

227. Какой психоз имеет гиперкинетическую форму?

+Реактивный психоз.

-Сенильный психоз.

-Послеродовой психоз.

-Индукционный психоз.

-Инфекционный психоз.

228. Какой психоз проявляется в двух формах – гипокINETической и гиперкинетической?

+Реактивный психоз.

-Сенильный психоз.

-Послеродовой психоз.

-Индукцированный психоз.

-Инфекционный психоз.

229. Что не относится к подострым реактивным психозам?

-Психогенная депрессия.

-Психогенный параноид.

-Психогенный галлюциноз.

-Истерические психозы.

+Неврастения.

230. Психогенные реакции, в клинической картине которых особое место занимает депрессивный синдром, проявляющийся в аффекте тоски, тревоги и более или менее выраженной общей психомоторной заторможенности.

+Психогенная депрессия.

-Психогенный параноид.

-Психогенный галлюциноз.

-Истерические психозы.

-Неврастения.

231. Проявляется в медленном и постепенном развитии и нарастании состояния подавленности, которому предшествует бессонница. Сознание больных грубо не нарушено, однако при сохранности формальной ориентировки окружающее воспринимается ими нечётливо, отмечаются явления деперсонализации и дереализации. Обнаруживается и бредовая интерпретация окружающего.

+Депрессивно-параноидный синдром.

-Психогенный параноид.

-Психогенный галлюциноз.

-Истерические психозы.

-Неврастения.

232. Состояния начинаются с явления нервно-психического истощения, достигающего степени глубокой астении. По мере развития заболевания нарастает психомоторная заторможенность. Аффект тоски носит маловыразительный характер, замещаясь состоянием монотонного уныния, апатии, в сочетании с подавленностью всех психических функций.

+Астено-депрессивный синдром.

-Депрессивно-параноидный синдром.

-Депрессивно-истерический синдром.

-Психогенный параноид.

-Психогенный галлюциноз.

233. Возникают они, как правило, после ареста, в местах лишения свободы, нередко после напряжённого раздумывания сложившейся ситуации и, связанной с этим, бессонницей. Состояние тоски и тревоги сменяется беспредметным ожиданием гибели. Больные защищаются от мнимых преследователей, боясь быть отравленными, отказываются от еды, становятся беспокойными, иногда агрессивными.

-Астено-депрессивный синдром.

-Депрессивно-параноидный синдром.

-Депрессивно-истерический синдром.

+Психогенный параноид и галлюциноз.

-Истерическая депрессия.

234. В начальном периоде заболевания психическая деятельность у больного становится затруднённой, отмечаются явления дереализации и ложного узнавания. Постепенно целенаправленное мышление замещается непрерывным потоком представлений, Развёртываются воспоминания давно забытых эпизодов. Наряду с наплывом мыслей появляется ощущение «вытягивания», «чтения» мыслей, чувство «высокой раскрытости», что сочетается и с другими слуховыми псевдогаллюцинациями.

-Астено-депрессивный синдром.

-Депрессивно-параноидный синдром.

-Депрессивно-истерический синдром.

+Психогенный галлюцинаторно-параноидный синдром.

-Истерическая депрессия.

235. Чаще эта форма психозов развивается у лиц с последствиями травматического поражения головного мозга, а также у психопатических личностей, преимущественно истерического и возбудимого круга.

+Истерические психозы.

-Бредоподобные фантазии.

-Синдром Ганзера и псевдодеменция.

-Психогенный ступор.

-Синдром пуэрилизма.

236. Патологическое фантастическое творчество характеризуется быстрым развитием бредоподобных построений, отличающихся изменчивостью, податливостью, летучестью. Преобладают нестойкие идеи величия, богатства, которые в фантастически-гиперолизированной форме отражают замещение тяжелой непосильной ситуации

-Истерические психозы.

+Бредоподобные фантазии.

-Синдром Ганзера и псевдодеменция.

-Психогенный ступор.

-Синдром пуэрилизма.

237. Этот психоз проявляется в остро возникающем сумеречном расстройстве сознания, явлениях миморечи, истерических расстройств чувствительности и, иногда, истерических галлюцинациях. Явления миморечи состоят в том, что больной даёт неправильные ответы на простые вопросы – не может назвать текущий год, месяц, не в состоянии сказать, сколько пальцев у него на руке и пр. Нередко он не может выполнить простейшие привычные действия – одеться, зажечь спичку (симптом мимодействия). Болезненное состояние протекает остро и продолжается несколько дней, после выздоровления наступает амнезия этого периода.

-Истерические психозы.

-Бредоподобные фантазии.

-Синдром Ганзера.

-Псевдодеменция.

-Синдром пуэрилизма.

238. Истерическая реакция, проявляющаяся в неправильных ответах (миморечи) и неправильных действиях (симптом мимодействия), демонстрирующих внезапно наступившее глубокое слабоумие, которое в дальнейшем бесследно исчезает.

- Истерические психозы.
- Бредоподобные фантазии.
- Синдром Ганзера.
- +Псевдодеменция.
- Синдром пуэрилизма.

239. Проявляется в детскости поведения на фоне истерически суженного сознания.

- Истерические психозы.
- Бредоподобные фантазии.
- Синдром Ганзера.
- Псевдодеменция.
- +Синдром пуэрилизма.

240. Основными специфическими особенностями этого психоза являются распад психических функций на фоне истерически изменённого сознания и поведение, воспроизводящее «дикого человека». Иногда наблюдается продуктивная симптоматика в виде истерического перемещения. Больные находятся в состоянии длительного психомоторного возбуждения: ползают, рычат, лают, едят прямо из миски, разрывают пищу руками, проявляют агрессивные тенденции.

- Истерические психозы.
- Бредоподобные фантазии.
- Синдром Ганзера.
- +Синдром регресса психики («одичания»).
- Синдром пуэрилизма.

Тема 11. Инволюционные психозы.

241. Клиническая картина характеризуется тревожно-депрессивным синдромом. На первый план выступает угнетённое настроение, глубокая тоска с постоянным чувством беспокойства и тревоги. Возникает боязливое ожидание неминуемого несчастья, которое может привести к гибели семьи, самого больного. Больные причитают себе, закрывают себе руки, уверены, что «их организм сгнил, разложился» (синдром Котара), что «погибли дети и родные».

- +Инволюционная меланхолия.
- Инволюционная кататония.
- Болезнь Альцгеймера.
- Болезнь Пика.
- Атипичная депрессия.

242. Психоз начинается постепенно, в пожилом возрасте, с развития бредовых идей. Больные убеждены, что соседи и родственники по ночам, либо в их отсутствие с помощью специально изготовленных ключей входят в квартиру, воруют вещи, отравляют пищу, напускают отравляющий газ, подсыпают ядовитые порошки, что они совещаются по ночам, устраивают сборища подозрительных людей. Они обращаются с жалобами в различные инстанции (в милицию, прокуратура) и т.д.

- Инволюционная меланхолия.
- Инволюционная кататония.
- Болезнь Альцгеймера.
- Болезнь Пика.
- +Инволюционный параноид.

243. Заболевание начинается с чувства беспокойства и тревоги, которое сменяется возникновением бредовых идей преследования, самообвинения, синдрома Котара.

В дальнейшем наступает ступорозное состояние с обездвиженностью и мутизмом.

-Инволюционная меланхолия.

+Инволюционная кататония.

-Болезнь Альцгеймера.

-Болезнь Пика.

-Инволюционный параноид.

244. Заболевание характеризуется эмоциональной лабильностью, капризностью, слезливостью, ипохондричностью, демонстративностью поведения. Во время волнения у больных появляются спазмы горла, тошнота, иногда рвота. Реже наблюдаются истерические параличи и истерические припадки. Заболевание обычно заканчивается постепенным выздоровлением.

+Инволюционная истерия в климактерическом возрасте.

-Инволюционная меланхолия.

-Инволюционная кататония.

-Болезнь Альцгеймера.

-Болезнь Пика.

245. Сначала ослабевает память на текущие события, затем возникает фиксационная амнезия и далее – прогрессирующая амнезия. Развивается полная амнестическая дезориентировка. Аутопсихическая дезориентировка может достигать степени неузнавания себя в зеркале. Однако проблемы в памяти не заполняются мнемоническими (замещающими) конфаляциями и оживлением прошлого опыта (сдвиг ситуации в прошлое), как при старческом слабоумии. Наряду с мнестическими расстройствами возникают и прогрессируют нарушения всех видов умственной деятельности: внимания, восприятия, осмысления окружающего.

-Инволюционная истерия в климактерическом возрасте.

-Инволюционная меланхолия.

-Инволюционная кататония.

+Болезнь Альцгеймера.

-Болезнь Пика.

246. Сочетание усилившейся интеллектуально-мнестической недостаточности с распадом речи, чтения, письма, улавливания (агнозиса), действий (праксиса) - обязательная составная часть, какой болезни?

-Инволюционная истерия в климактерическом возрасте.

-Инволюционная меланхолия.

-Инволюционная кататония.

+Болезнь Альцгеймера.

-Болезнь Пика.

247. Наблюдается прогрессирующее расстройство личности: развиваются аспонтанность, равнодушие, безразличие. Иногда состояние приобретает псевдопаралитический характер и выражается благодушно-эйфорическим настроением с элементами расторможенности влечений. Отмечаются грубые расстройства памяти: больные забывают события прошедшего дня, текущие события, не узнают знакомых лиц, встречая их в непривычной обстановке, типичны так называемые стоячие симптомы – многократное повторение одних и тех же речевых оборотов.

-Инволюционная истерия в климактерическом возрасте.

-Инволюционная меланхолия.

-Инволюционная кататония.

-Болезнь Альцгеймера.

+Болезнь Пика.

248. Тотальное слабоумие сочетается с особыми мнестическими и интеллектуальными нарушениями. Болезнь начинается, как правило, незаметно. Постепенно меняется психический облик больного, наблюдается эмоциональное оскудение с раздражительностью и ворчливостью, резко снижается круг интересов. Формируются также бредовые идеи ограбления, обнищания и разорения. Образовавшиеся пробелы памяти больные заполняют ложными воспоминаниями - псевдореминисценциями и конфабуляциями. Нередко поведение больных характеризуется расторможенностью инстинктов - повышаются аппетит и гиперсексуальность. Сексуальная расторможенность проявляется в идеях ревности, попытках совершения развратных сексуальных действий в отношении малолетних.

+Старческое слабоумие.

-Инволюционная истерия в климактерическом возрасте.

-Инволюционная меланхолия.

-Инволюционная кататония.

-Болезнь Альцгеймера.

Тема 12. Травматические поражения головного мозга.

249. Какая стадия в развитии черепно-мозговой травмы отсутствует?

+Инкубационная стадия.

-Начальная стадия.

-Острая стадия.

-Поздняя стадия.

-Отдалённый период травмы.

250. В какой стадии черепно-мозговой травмы могут наблюдаться кома, сопор, оглушённость, сомнолентность?

-Остаточных явлений.

+Острой стадии.

-Поздней стадии.

-Отдалённый период травмы.

-Начальной стадии.

251. В какой стадии черепно-мозговой травмы иногда возникают острые травматические психозы с осевым синдромом помрачения сознания в форме делириозного, онейроидного, сумеречного расстройства сознания.

-Остаточных явлений.

+Острой стадии.

-Поздней стадии.

-Отдалённый период травмы.

-Начальной стадии.

252. В какой стадии черепно-мозговой травмы могут возникнуть психозы с аффективными фазами расстройствами депрессивного или маниакального характера или с чередованием этих фаз?

-Остаточных явлений.

-Острой стадии.

+Поздней стадии.

-Отдалённый период травмы.

-Начальной стадии.

253. Что не входит в основные клинические варианты отдалённых последствий черепно-мозговых травм?

- травматическая астения,
- психопатоподобные изменения личности,
- различные эпилептиформные проявления,
- травматические психозы,
- шизофрения.

254. Какой исход черепно-мозговой травмы характеризуют сочетание повышенной истощаемости и эмоциональной лабильности с вегетативной и вестибулярной неустойчивостью, головными болями, расстройствами сна?

- + Травматическая астения;
- психопатоподобные изменения личности;
- различные эпилептиформные проявления;
- травматические психозы;
- слабоумие.

255. Особенно тяжело протекает это последствие черепно-мозговой травмы с различными по глубине дисфориями, которые характеризуются напряжённым, скливно-злым или мрачно-угрюмым аффектом. На высоте тяжёлых дисфорий может быть нарушено сознание с последующей частичной амнезией. Продолжительность этих дисфорий от нескольких часов до нескольких дней.

- Травматическая астения;
- +психопатоподобные изменения личности;
- различные эпилептиформные проявления;
- травматические психозы;
- слабоумие.

256. Такие состояния, при которых эпилептиформный синдром, возникший в результате черепно-мозговой травмы, имеет всеобщее значение. Эпилептиформные расстройства чаще возникают после открытых и тяжёлых закрытых черепно-мозговых травм, однако, возникновение их возможно и при лёгких травмах без потери сознания.

- Травматическая эпилепсия.
- Травматическая астения;
- психопатоподобные изменения личности;
- травматические психозы;
- слабоумие.

257. Глубокое помрачение сознания, с психомоторным возбуждением, автоматизмами, аффектом страха, полной амнезией в отдалённом периоде черепно-мозговой травмы – это:

- +Сумеречное расстройство сознания.
- Травматическая астения.
- Психопатоподобные изменения личности.

-Травматические психозы.

-Слабоумие.

258. Состояния в отдалённом периоде черепно-мозговой травмы с извращённым восприятием окружающего в галлюцинаторно-бредовом плане и последующей частичной амнезией.

+Сумеречное расстройство сознания.

-Травматическая астения.

-Психопатоподобные изменения личности.

-Травматические психозы.

-Слабоумие.

259. Неглубокие расстройства сознания с внешне кажущимся целесообразным, но неадекватным сложным поведением, оглушённостью, неясной ориентировкой в окружающем в отдалённом периоде черепно-мозговой травмы.

+Сумеречное расстройство сознания.

-Травматическая астения.

-Психопатоподобные изменения личности.

-Травматические психозы.

-Слабоумие.

260. Какие психозы в отдалённом периоде черепно-мозговых травм протекают в форме периодических депрессивных, маниакальных или биполярных приступов. Чаще возникают маниакальные приступы с малой продуктивной симптоматикой. Эйфория сочетается с гневливостью, злобностью, мориоподобным поведением. Периоды психомоторного возбуждения сменяются вялостью. Депрессивные приступы протекают с дисфорическими, ипохондрическими, деперсонализационными включениями.

+Аффективные психозы.

-Галлюцинаторно-параноидные психозы.

-Травматическое слабоумие.

-Резидуальное слабоумие.

-Последующее слабоумие.

261. Какие психозы в отдалённом периоде черепно-мозговых травм протекают с образным, полиморфным, конкретным по содержанию и эмоционально насыщенным бредом, речедвигательным возбуждением.

-Аффективные психозы.

+Галлюцинаторно-параноидные психозы.

-Травматическое слабоумие.

-Резидуальное слабоумие.

-Последующее слабоумие.

262. Поведение больных с «таким последствием» черепно-мозговых травм в отдалённом периоде определяется эмоциональным огрубением, исчезновением семейных привязанностей, снижением морально-этического порога, цинизмом. На этом фоне обычно по незначительному поводу легко возникают эксплозивные и истерические реакции, нередко сменяющиеся депрессивными расстройствами со снижением интересов, вялостью, пассивностью, адинамией. Наступает грубое снижение социальной адаптации.

-Аффективные психозы.

-Галлюцинаторно-параноидные психозы.

+Травматическое слабоумие.

-Резидуальное слабоумие.

-Последующее слабоумие.

Тема 13. Психические расстройства вследствие сосудистых заболеваний головного мозга.

263. Как называется первая стадия церебрального атеросклероза?

+начальная (неврастеноподобная) стадия;

- стадия выраженных психических расстройств;

-дементная стадия;

-астеническая стадия;

-депрессивная стадия.

264. Как называется вторая стадия церебрального атеросклероза?

-начальная (неврастеноподобная) стадия;

+ стадия выраженных психических расстройств;

-дементная стадия;

-астеническая стадия;

-депрессивная стадия.

265. Как называется третья стадия церебрального атеросклероза?

-начальная (неврастеноподобная) стадия;

- стадия выраженных психических расстройств;

+дементная стадия;

-астеническая стадия;

-депрессивная стадия.

266. В какой стадии церебрального атеросклероза преобладает неврастеноподобный синдром (типичными являются жалобы на снижение памяти, проявляющиеся вначале в затруднении усвоения и запоминания нового материала, особенно имён, фамилий, номеров телефонов, дат, что заставляет больных пользоваться записными книжками)?

+в начальной стадии;

- в стадии выраженных психических расстройств;

-в дementной стадии;

-в астенической стадии;

-в депрессивной стадии.

267. В какой стадии церебрального атеросклероза нарастают интеллектуально-мнестические расстройства: значительно ухудшается память, особенно на события настоящего, мышление становится инертным, обстоятельным, нарастает эмоциональная лабильность, отмечается слабодушие?

-в начальной стадии;

+ в стадии выраженных психических расстройств;

-в дementной стадии;

-в астенической стадии;

-в депрессивной стадии.

268. В какой стадии церебрального атеросклероза картина болезни может дополняться симптомами параличей, нарушения речи (афазии), нарушения действий (апраксия), нарушения узнавания (агнозия).

Возможны и судорожные проявления (так называемая поздняя эпилепсия)?

-в начальной стадии;

- в стадии выраженных психических расстройств;
- + в дементной стадии;
- в астенической стадии;
- в депрессивной стадии.

269. Что, является первым признаком, в 40% случаях наблюдается у ВИЧ инфицированных?

+ Депрессия.

- Астения.

- Головные боли.

- Сыпь на тела.

- Истерия.

270. Каким путём ВИЧ-инфекция не передаётся?

+ Бытовым путем.

- Половым путём.

- При переливаниях крови.

- Через нестерильный медицинский инструментарий.

- При кормлении ребёнка грудью.

271. Какой личностный дефект формируется в поздних стадиях ВИЧ-инфекции?

+ Слабоумие с психомоторной ретардацией.

- Афазия.

- Аутизм.

- Биполярное расстройство.

- Гомофобия.

Тема 15. Сифилитические заболевания центральной нервной системы.

272. Какая форма сифилиса мозга проявляется в расстройствах сна, быстрой психосоматической истощаемости с головными болями, ослаблением памяти, преобладанием депрессивного фона настроения с лёгкой раздражительностью?

+ Сифилитическая неврастения.

- Менингеальная форма.

- Гуммозная форма.

- Апоплектиформный сифилис мозга.

- Эпилептиформный сифилис мозга.

273. Какая форма сифилиса мозга характеризуется сильными головными болями, рвотами, оглушённостью или спутанностью сознания? Нередки депрессивные сознания. Отмечаются неврологические расстройства в виде менингеальных симптомов и патологии со стороны черепно-мозговых нервов (анизокория, вялая реакция зрачков на свет и др.).

- Сифилитическая неврастения.

- Менингеальная форма.

- Гуммозная форма.

- Апоплектиформный сифилис мозга.

- Эпилептиформный сифилис мозга.

274. Какая форма сифилиса мозга напоминает симптоматику опухоли мозга? Отмечаются судорожные припадки, сильные головные боли, оглушённость, вялость, апатия. При исследовании глазного дна

отмечается застой сосков зрительных нервов. В крови и спинномозговой жидкости положительная реакция Вассермана.

-Сифилитическая невралгия.

-Менингеальная форма.

+Гуммозная форма.

-Апоплектиформный сифилис мозга.

-Эпилептиформный сифилис мозга.

275. Какая форма сифилиса мозга вызывает поражение мелких и крупных сосудов мозга? Отмечаются частые инсульты с явлениями снижения личности по органическому типу. Нередки расстройства сознания в виде его спутанности. Эта форма имеет плохой прогноз. Постепенно может развиваться глубокое слабоумие.

-Сифилитическая невралгия.

-Менингеальная форма.

-Гуммозная форма.

+Апоплектиформный сифилис мозга.

-Эпилептиформный сифилис мозга.

276. Какая форма сифилиса мозга обычно развивается постепенно, имеет относительно малую выраженность неврологических нарушений. В клинической картине преобладают галлюцинации или бредовые идеи. Часто возникают слуховые галлюцинации, которые могут усиливаться в ночное время. Из бредовых идей обычно встречаются чувственный бред преследования, бред физического воздействия, ипохондрический бред.

Галлюцинациям и бредовым идеям свойственны образность и конкретный характер содержания, его связь с окружающими реальными лицами, что может делать больных опасными для них.

-Сифилитическая невралгия.

-Менингеальная форма.

-Гуммозная форма.

+Галлюцинаторно-параноидная форма.

-Эпилептиформный сифилис мозга.

277. Какая форма сифилиса мозга характеризуется медленно развивающимся слабоумием, достигающим глубокой степени, расстройствами памяти с конфабуляциями, то повышенным, то тоскливым настроением.

+Сифилитический псевдопаралич.

-Сифилитическая невралгия.

-Менингеальная форма.

-Гуммозная форма.

-Галлюцинаторно-параноидная форма.

278. Какая форма сифилиса характеризуется значительными неврологическими расстройствами (нарушением чувствительности и координации движений, отсутствием сухожильных рефлексов на нижних конечностях и наличием вялых дистальных параличей ног). При этом возникает специфическая походка типа шагпаж (петушиная). Рано развивается синдром Аргайль-Робертсона.

+Сухотка спинного мозга (табес).

-Сифилитический псевдопаралич.

-Сифилитическая невралгия.

-Менингеальная форма.

-Гуммозная форма.

279. Какая форма сифилиса мозга характеризуется нарастающим слабоумием, расстройствами памяти, благодушно-беззаботным настроением; бредовые идеи и другие возможные нарушения психики не занимают значительного места. Эта форма отличается сравнительно медленным течением.

-Сифилитический псевдопаралич.

-Сифилитическая неврастения.

-Менингеальная форма.

-Гуммозная форма.

+Дементная форма.

Тема 16. Шизофрения.

280. При каком психическом заболевании могут наблюдаться почти все известные в психиатрии симптомы и синдромы?

+Шизофрения.

-Эпилепсия.

-Биполярное расстройство.

-Деменция.

-Сифилис мозга.

281. Какой первый симптом при шизофрении начинается с нарастающей эмоциональной холодности больных к своим родным и другим близким людям, безразличия к окружающему, безучастности к тому, что непосредственно относится к больному, утраты прежних интересов и увлечений. В начале заболевания может быть ничем не мотивированная неприязнь больного к кому-либо из родных (часто к матери), хотя родные его любят и заботятся.

+Эмоциональное снижение.

-Эмоциональная амбивалентность.

-Амбигуальность.

-Диссоциация эмоциональной сферы.

-Эмоциональная тупость.

282. Какой симптом при шизофрении предполагает одновременное существование двух противоположных эмоций, например, любви и ненависти, интереса и отвращения?

-Эмоциональное снижение.

+Эмоциональная амбивалентность.

-Амбигуальность.

-Диссоциация эмоциональной сферы.

-Эмоциональная тупость.

283. Какое расстройство при шизофрении предполагает расстройство, аналогичное амбивалентности, проявляющееся двойственностью стремлений, побуждений, действий, тенденций? Так, человек считает себя одновременно и больным, и здоровым, хочет услышать слова одобрения, но все делает для того, чтобы его ругали, протягивает руку за каким-то предметом и тут же отдергивает ее.

-Эмоциональное снижение.

-Эмоциональная амбивалентность.

+Амбигуальность.

-Диссоциация эмоциональной сферы.

-Эмоциональная тупость.

284. При каком симптоме при шизофрении больной смеется, когда произошло печальное событие, или плачет при радостном событии? Больные равнодушны к горю своих родных, тяжелой утрате и печалются, увидев растоптанный цветок или больное животное.

-Эмоциональное снижение.

-Эмоциональная амбивалентность.

-Амбигенность.

+Диссоциация эмоциональной сферы.

-Эмоциональная тупость.

285. Какой синдром при шизофрении предполагает недостаточность (бедность) эмоциональных проявлений, равнодушие, безразличие к своим близким родственникам, огрубление чувств. Утрачивается интерес и к самому себе, своему состоянию и положению в обществе, отсутствуют планы на будущее.

-Эмоциональное снижение.

-Эмоциональная амбивалентность.

-Амбигенность.

-Диссоциация эмоциональной сферы.

+Эмоциональная тупость.

286. Частичное или полное отсутствие побуждений к деятельности, утрата желаний, в выраженных случаях – полная безучастность и бездеятельность, прекращение общения с окружающими – это:

+абулия,

-алексия,

-апраксия,

-афазия,

-аутизм.

287. Утрата контактов с окружающими, уход от действительности в свой внутренний мир, в свои переживания, теряются все тесные связи с друзьями, знакомыми и родными. В тяжелых случаях возникает недоступность – невозможность контакта с больным, обусловленная наличием у него психических расстройств (негативизма, бред, галлюцинаций, расстройств сознания). Это:

-абулия,

-алексия,

-апраксия,

-афазия,

+аутизм.

288. Бессмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от любого действия, движения или сопротивление его осуществлению. Больной бывает пассивным, не выполняет то, о чем его просят, или сопротивляется попытке изменить позу, положение тела. Он может быть и активным, когда любые просьбы или указания вызывают противодействие, например, больному протягивают руку для рукопожатия, а он прячет свою руку за спину, но как только врач убирает руку, больной протягивает свою – это:

-абулия,

-алексия,

-апраксия,

+негативизм,

-аутизм.

289. Нарушение волевой сферы, проявляющееся в отсутствии ответной и спонтанной (произвольной) речи при сохранении способности больного разговаривать и понимать обращенную к нему речь – это:

-абулия,

-алексия,

+мутизм,

-негативизм,

-аутизм.

290. Словесная окрошка, соскальзывание мыслей, неологизмы, параллельные потоки мыслей при шизофрении – это:

+расстройства мышления,

-расстройства внимания,

-расстройства памяти,

-расстройства речи,

-сознания.

291. Какой исход шизофрении?

+Дефект, дефектное состояние.

-Выздоровление.

-Расстройства памяти.

-Расстройства мышления.

-Нарушения двигательной сферы.

292. В каком возрасте начинается эпилептическая шизофрения?

+В детском и юношеском возрасте.

-В 20-30 лет.

-В 30-40 лет.

-В 40-50 лет.

-После 50 лет.

293. Как называется симптом при шизофрении, когда больные начинают поверхностно и беспорядочно читать философские и религиозные книги?

+Философская интроспекция.

-абулия,

-алексия,

-мутизм,

-негативизм.

294. Сколько лет обычно составляют продолжительность манифестного периода болезни, после которого наступает малоизменчивое конечное состояние, определяющееся эмоциональной тупостью, резким снижением целенаправленности волевых побуждений и позитивными остаточными симптомами?

+2-4 года.

-5-8 лет.

-10 лет.

-20 лет.

-Более 20 лет.

295. Для какой формы шизофрении обычно характерны бредовые расстройства. Возникновению типичного бреда предшествует инициальный период, во время которого у больных могут наблюдаться навязчивости и другие невротоподобные расстройства (подозрительность, тревожность). Этот период может продолжаться несколько лет. Затем наступает паранойяльный этап болезни. Постепенно формируются своеобразные комплексы патологических сверхценных и бредовых идей различного содержания (отвращения, преследования, ревности, ипохондрический, любовный и др.).

-Злокачественная форма.

+Умеренно-прогредиентная шизофрения.

-Вялотекущая шизофрения.

-Гебоидная шизофрения.

-Периодическая шизофрения.

296. Для какой формы шизофрении характерно присутствие таких симптомов, как возбудимость, раздражительность, злобность, неустойчивость настроения, склонность к дисфориям, внушаемость, сочетающихся с эмоциональным и волевым снижением, является благоприятной почвой для совершения различных антисоциальных действий. Больные интравертированы, мало общительны, имеют поверхностные контакты с окружающими, оппозиционное к ним отношение (в том числе и к членам семьи), причем оппозиционность, негативизм принимают гротескный, утрированный характер. Поведение отличается неадекватностью, обычно включает элементы дурасливости.

-Злокачественная форма.

-Умеренно-прогредиентная шизофрения.

+Вялотекущая шизофрения.

-Гебоидная шизофрения.

-Периодическая шизофрения.

297. К какой форме шизофрении относятся «нравственно помешанные»?

-Злокачественная форма.

-Умеренно-прогредиентная шизофрения.

+Вялотекущая шизофрения.

-Гебоидная шизофрения.

-Периодическая шизофрения.

298. Каким шизофрения протекает как вялотекущий процесс с психопатоподобными проявлениями в виде множественных приступов расстройств в сфере влечений (гебоидов), склонности к сексуальным эксцессам, жидивенческому образу жизни, бродяжничеству, kleptomании, асоциальным действиям.

-Злокачественная форма.

-Умеренно-прогредиентная шизофрения.

-Вялотекущая шизофрения.

-Гебоидная шизофрения.

-Периодическая шизофрения.

299. Какая форма шизофрении отличается возникновением острых, относительно кратковременных, психотических приступов, перемежающихся светлыми промежутками (ремиссиями)? Обычно первые приступы развиваются в определенной последовательности и в ряде случаев, при повторных возвратах болезни, сохраняют прежнюю структуру (тип клише).

- Злокачественная форма.
- Умеренно-прогредиентная шизофрения.
- Вялотекущая шизофрения.
- Гебоидная шизофрения.
- +Периодическая шизофрения.

300. Какая форма шизофрении обычно развивается медленно, в юношеском возрасте. При ней в первый план выступают негативные расстройства. Клинические проявления характеризуются главным образом нарастающими изменениями личности больного.

- +Простая форма.
- Гебефреническая форма.
- Параноидная форма.
- Кататоническая форма.
- Циркулярная форма шизофрении.

301. При какой форме шизофрении эмоциональная дефицитарность проявляется, прежде всего, в ухудшении отношения к родителям, в появлении эмоциональной холодности, раздражительности и агрессивности? В дальнейшем у больных наступает и полное безразличие к собственной личности: они перестают следить за собой, не моются, ничего не делают и т.д. Становятся холодными эгоистами, безучастными к происходящим вокруг них событиям, стремятся к уединению, жалуются на потерю мыслей, «пустоту в голове».

- +Простая форма.
- Гебефреническая форма.
- Параноидная форма.
- Кататоническая форма.
- Циркулярная форма шизофрении.

302. По своему развитию эта форма шизофрении похожа на простую шизофрению, она начинается чаще в подростковом возрасте с появления психической активности, энергетического потенциала или появления эмоциональной дефицитарности.

- Простая форма.
- +Гебефреническая форма.
- Параноидная форма.
- Кататоническая форма.
- Циркулярная форма шизофрении.

303. Для какого синдрома при шизофрении характерна дурашливость, вычурность поведения, неуклюжесть, стереотипность движений на фоне необоснованного повышенного настроения. Больные кувыркаются, прыгают, хлопают в ладоши, гримасничают. Речь носит разорванный характер.

- +Гебефренический синдром.
- Абулия.
- Алексия.
- Мутизм.
- Негативизм.

304. Какая форма шизофрении развивается обычно в зрелом возрасте, в 30-40 лет, она исчерпывается на всём своём протяжении наличием моно- или политематического бреда. Это бред ревности,

изобретательства, преследования, ущерба, сенситивный бред отношения, ипохондрический, религиозный, сутяжный или бред эротического характера.

+Параноидная шизофрения.

-Простая форма.

-Гебефреническая форма.

-Кататоническая форма.

-Циркулярная форма шизофрении.

305. При какой шизофрении превалирует симптоматика кататонического синдрома с симптомами «капошона», «восковой гибкости», «воздушной подушки» Дюпре, с гипертонией мышц? Эта форма характеризуется ранним началом (22-30 лет). Ведущими психопатологическими проявлениями являются двигательно-волевые расстройства.

-Параноидная шизофрения.

-Простая форма.

-Гебефреническая форма.

+Кататоническая форма.

-Циркулярная форма шизофрении.

306. При какой форме шизофрении наблюдается фебрильная кататония?

-Параноидная шизофрения.

-Простая форма.

-Гебефреническая форма.

+Кататоническая форма.

-Циркулярная форма шизофрении.

307. Клиническая картина какой формы шизофрении состоит из периодически возникающих то маниакальных, то депрессивных фаз с включением галлюцинаторных и галлюцинаторно-бредовых расстройств, а также синдрома Кандинского-Клерамбо? Отмечается недостаточная эмоциональная насыщенность маниакальных и депрессивных приступов.

-Параноидная шизофрения.

-Простая форма.

-Гебефреническая форма.

-Кататоническая форма.

+Циркулярная форма шизофрении.

Тема 7. Биполярное расстройство.

308. Какое психическое заболевание проявляется в типичных случаях периодически возникающими маниакальными и депрессивными фазами? Длительность фаз различна и составляет от нескольких недель до нескольких лет, средняя составляет три – шесть месяцев. Приступы заболевания обычно разделены периодами полного психического здоровья (интермиссии).

-Биполярное расстройство.

-Шизофрения.

-Эпилепсия.

-Деменция.

-Расстройство личности.

309. Для маниакальной фазы биполярного расстройства нехарактерно:

- повышенное, радостное настроение;
- ускорение интеллектуальных процессов;
- речевое возбуждение,
- двигательное возбуждение,
- +снижение эмоционального фона настроения.

310. При каком заболевании больные не считаются с настроением окружающих и поэтому нередко становятся бестактными, назойливыми; повышенное настроение и снижение критики сопровождается переоценкой собственной личности. Идеи величия обычно сводятся к напоминающим восторгам несистематизированным и меняющимся по содержанию утверждениям о каком-либо своем таланте, остроумии, внешней привлекательности, большой физической силе и т.д., состояние сопровождается также расторможением и усилением влечений (пищевое, сексуальное).

- Шизофрения.
- Эпилепсия.
- +Биполярное расстройство.
- Деменция.
- Истерия.

311. Депрессивную фазу маниакально-депрессивного психоза не характеризуют следующие симптомы:

- подавленное настроение
- +ускорение мышления
- психомоторная заторможенность
- замедление мышления,
- снижение интеллектуальных процессов.

312. Циклотимия является легкой мягкой формой, какого заболевания?

- +Биполярное расстройство.
- Шизофрения.
- Эпилепсия.
- Деменция.
- Истерия.

Тема 18. Эпилепсия.

313. Хроническое психическое заболевание, проявляющееся разнообразными судорожными и бессудорожными припадками (пароксизмами), психозами и специфическими изменениями личности, сопровождаемыми в тяжёлых случаях развитием слабоумия.

- +Биполярное расстройство.
- Шизофрения.
- +Эпилепсия.
- Деменция.
- Истерия.

314. Что не является причиной развития эпилепсии?

- Неблагоприятное воздействие на мозг плода во внутриутробном развитии и на ранних этапах жизни ребенка.
- Родовая травма с гипоксией или асфиксией младенца.
- Инфекционные заболевания с высокой температурой и интоксикацией.

-Черепно-мозговые травмы.

+Повышение внутричерепного давления.

315. Среди причин, способствующих возникновению эпилепсии, не называют следующий фактор.

-Воспалительные заболевания головного мозга и его оболочек (менингиты, энцефалиты).

-Различные интоксикации (алкоголизм и др.).

-Опухоли головного мозга.

-Наследственная предрасположенность.

+Наличие эндокринных заболеваний.

316. Специфическими проявлениями эпилептического изменения личности не являются

-Вязкость мышления.

-Тугоподвижность эмоций.

-Выраженная эгоистичность.

+Сужение эмоционального резонанса.

-Злобность и импульсивность.

317. К атипичным припадкам при эпилепсии не относятся:

-малые припадки,

-эпилептическое буйство,

-абсанс,

-амбулаторный автоматизм,

+дисфории.

318. Абсанс характеризуется следующими проявлениями.

-Аурой.

+Кратковременными выключениями сознания.

-Тоническими судорогами.

-Клоническими судорогами.

-Падением больного.

319. Аура возникает, при каком состоянии?

-Малые припадки.

-Эпилептическое буйство.

-Абсанс.

-Амбулаторный автоматизм.

+Генерализованный припадок.

320. При какой ауре возникают вспышки света или предметы становятся необычайно ярко окрашенными, а при слуховой ауре больные слышат звуки, которых на самом деле нет?

+Сенсорная аура.

-Вегетативная аура.

-Эпигастральная аура.

-Моторная аура.

-Психическая аура.

321. При какой ауре наблюдаются тахикардия, чувство удушья, потливость, жар сменяется ознобом, усиление перистальтики кишечника, боли в грудной клетке и брюшной полости?

-Сенсорная аура.

+Вегетативная аура.

-Эпигастральная аура.

-Моторная аура.

-Психическая аура.

322. При какой ауре отмечаются топтание, кружение на месте, внезапный бег, выкрики, повторение отдельных слов и фраз?

-Сенсорная аура.

-Вегетативная аура.

-Эпигастральная аура.

+Моторная аура.

-Психическая аура.

323. При какой ауре появляется внезапное неприятное ощущение в подложечной области с тошнотой, распространяющееся вверх к голове, где воспринимается как удар?

-Сенсорная аура.

-Вегетативная аура.

+Эпигастральная аура.

-Моторная аура.

-Психическая аура.

324. При какой ауре появляются аффекты страха, ужаса, «страха ужаса», по выражению больных, или, напротив, восторженность, чувство прозрения, проникновения в суть всего происходящего и т.д.

-Сенсорная аура.

-Вегетативная аура.

-Эпигастральная аура.

-Моторная аура.

+Психическая аура.

325. Какой фазы нет в генерализованном эпилептическом припадке?

-Аура.

-Фаза тонических судорог.

-Фаза клонических судорог.

-Постприпадочное состояние.

+Биполярное расстройство.

326. Иногда припадки следуют один за другим и в промежутках между ними больной не приходит в сознание, развивается опасное состояние, которое называется:

+эпилептический статус;

-абсанс;

-сумеречное расстройство сознания,

-генерализованный приступ,

-дисфорический приступ.

327. Больной в течение нескольких секунд как бы выключается, замолкает или невнятно бормочет, а потом продолжает прерванный разговор. Какой это приступ?

-эпилептический статус;

+абсанс,

- сумеречное расстройство сознания,
- генерализованный приступ,
- дисфорический приступ.

328. Что характерно для истерического припадка?

- Аура.
- +Кратковременные выключения сознания.
- Тонические судороги.
- Клонические судороги.
- +Попа с опорой на затылок и пятки во время приступа.

329. Непродолжительные психические расстройства, развивающиеся как бы вместо припадка, а также в виде постепенно нарастающих хронических изменений психической деятельности – изменений личности больного, его характера и интеллекта при эпилепсии?

- +Психические эквиваленты.
- Аура.
- +Кратковременные выключения сознания.
- Тонические судороги.
- Клонические судороги.

330. Это тоскливо-злое настроение, возникающее без всякой причины при эпилепсии. Больной мрачен, угрюм, всем недоволен, может быть агрессивен. Состояния повышенного настроения обычно сопровождаются восторженностью, достигающей на высоте эпизода степени экстаза. Иногда повышенный аффект имеет мориоподобные черты или черты дурашливости с паясничаньем. Раздражительность тех или иных степеней постоянна и здесь:

- малые припадки,
- эпилептическое буйство,
- абсанс,
- амбулаторный автоматизм,
- +дисфории.

331. Нарушение сознания при котором окружающее воспринимается в искаженном виде. Появляются страх, злоба, агрессивность, стремление куда-то бежать. Возникают бред и галлюцинации.

- +Сумеречное расстройство сознания.
- Абсанс.
- Генерализованный приступ.
- Эпилептический статус.
- Истерический припадок.

332. Такое состояние сопровождается сумеречным расстройством сознания, но внешне поведение больного может выглядеть целенаправленным и упорядоченным, и окружающие могут ничего не заметить. Поведение и поступки больного носят автоматизированный характер и сосредоточены на определенном круге явлений:

- +амбулаторный автоматизм,
- сумеречное расстройство сознания,
- абсанс,
- генерализованный приступ,
- эпилептический статус.

333. Больные ночью встают, ходят, могут выйти на балкон, пройти по карнизу, взобраться на крышу. Потом они возвращаются в постель или засыпают на улице, проснувшись, ничего не помнят.

- амбулаторный автоматизм,
- сумеречное расстройство сознания,
- абсанс,
- +сомнамбулизм,
- эпилептический статус.

Тема 19. Хронический алкоголизм, наркомании и токсикомании.

334. Биологические факторы риска алкоголизации не включают следующие:

- семейная отягощенность,
- необычные или измененные реакции,
- выраженные особенности метаболизма этанола,
- +значительно низкая толерантность к этанолу.
- субъективно приятное опьянение.

336. Патологическое опьянение не сопровождается:

- помрачением сознания,
- агрессивным поведением,
- бессмысленной жестокостью,
- +возникновением на чрезмерно высокие дозы этанола,
- амнезией.

337. Наиболее нехарактерными для II-ой стадии хронического алкоголизма являются:

- появление соматовегетативных нарушений,
- максимальное нарастание толерантности,
- +отсутствие физической тяги к алкоголю,
- утрата ситуационного контроля,
- развитие синдрома отмены.

338. Нехарактерными для III-ей стадии хронического алкоголизма являются:

- выраженные неврологические расстройства,
- выраженный синдром отмены,
- интеллектуально-нескоординированные нарушения,
- +максимальное нарастание толерантности,
- алкогольные психозы.

339. Алкогольные галлюцинозы не проявляются:

- +помрачением сознания,
- яркими зрительными галлюцинациями,
- стойкими слуховыми обвиняющими галлюцинациями,
- отсутствием критики к галлюцинаторным переживаниям,
- поведением, обусловленным содержанием галлюцинаций.

340. Что нехарактерно для первой стадии алкоголизма?

- Изменяется реактивность на алкоголь – повышается толерантность (устойчивость к большим дозам этанола).

-Возникает психическая зависимость – в форме абстинентного синдрома. Снижается количественный контроль употребления выпитого этанола.

-Формируется неврастения - синдром с начальными проявлениями нарушений в психической сфере.

-Возникают расстройства аппетита, преходящие расстройства пищеварительной системы, неприятные ощущения в отдельных органах.

-Появляются неврологические изменения в виде бессонницы, вегетативные и периферические расстройства нервной системы в виде локальных невритов с парезами конечностей.

+физическая зависимость отсутствует.

341. Что нехарактерно для второй стадии алкоголизма?

-Изменение реактивности организма на алкоголь в сторону установления максимальной толерантности при систематическом приеме алкоголя, возникают псевдозапойные эксцессы.

-Усиливается психическая зависимость обсессивного характера. Снижается количественный контроль над употреблением алкоголя из-за стремления к физическому комфорту.

-Усиливается физическая тяга в виде компульсивного влечения к этанолу, формируется абстинентный синдром.

-Формируется неврастенический синдром, снижается интеллект, заостряются и возникают новые формы психопатического поведения.

+Функция внутренних органов не нарушена.

342. Что нехарактерно для третьей стадии алкоголизма?

-Реактивность организма падает, резко снижается толерантность к этанолу. Человек легко пьянеет от малых доз низкокачественных спиртных напитков. Учащаются псевдозапой, истинные запои, или системное пьянство. Полностью отсутствует ситуационный контроль.

-Психическая и физическая зависимость от этанола обусловлены потребностью в психическом и физическом комфорте. Количественный контроль употребляемой дозы алкоголя утрачен. Влечение к алкоголю носит компульсивный характер.

-Происходит стремительная деграция личности, снижение интеллектуально - мнестических функций, формируется алкогольная деменция, возникают различные формы алкогольных психозов.

-Страдают все органы и системы, обнаруживается цирроз печени и почек, сердечно-сосудистая недостаточность, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта, токсические панкреатиты, поражение ЦНС с парезами, параличами и деменцией.

+ Критика сохранена.

343. Какой алкогольный психоз характеризуется кратковременным (от нескольких часов до нескольких

дней) опасным для жизни помрачением сознания с сопутствующими соматическими нарушениями. В клинической картине психотического синдрома выражены галлюцинаторные переживания. Это зрительные

и слуховые галлюцинации, а при утяжелении клинической картины – тактильные в виде мелких насекомых, животных или восприятия проволок, ниток, волос в полости рта и на губах. Он

возникает обычно при полном или частичном прекращении алкогольного эксцесса у больных с выраженной зависимостью, от алкоголя спустя 3-4 дня.

+Алкогольный делирий.

-Алкогольный галлюциноз.

-Алкогольный параноид.

-Корсаковский психоз.

-Алкогольный псевдопаралич.

343. Психоз у больного алкоголизмом, в клинической картине которого доминируют истинные вербальные галлюцинации, сознание больного при этом формально ясное. Галлюцинации носят неприятное для больного содержание: брань, угрозы, оскорбления. При этом сознание больного грубо не изменено, больной ориентируется в месте, во времени, в собственной личности.

-Алкогольный делирий.

+Алкогольный галлюциноз.

-Алкогольный параноид.

-Корсаковский психоз.

-Алкогольный псевдопаралич.

344. Основным синдромом в клинике этого алкогольного психоза является бред ревности или преследования, встречаются и бредовые идеи воздействия. По своему содержанию бредовые идеи конкретны, связаны с окружающей больного реальностью и конкретными лицами. Поведение, действия их обусловлены фабулой бреда. Больные могут быть агрессивными, совершают нередко убийство жены, любовника, а иногда совершают и расширенные убийства, в том числе своих детей и самоубийства.

-Алкогольный делирий.

-Алкогольный галлюциноз.

+Алкогольный параноид.

-Корсаковский психоз.

-Алкогольный псевдопаралич.

345. Основными признаками этого заболевания при хроническом алкоголизме являются амнестический синдром (фиксационная и ретроградная амнезия в сочетании с парамнезиями) и полиневрит.

-Алкогольный делирий.

-Алкогольный галлюциноз.

-Алкогольный параноид.

+Корсаковский психоз.

-Алкогольный псевдопаралич.

346. В психическом состоянии больных хроническим алкоголизмом отмечаются нарушения концентрации внимания, истощаемость, выраженная фиксационная гипомнезия, конфабуляция. Могут иметь место фрагментарные бредовые идеи величия.

-Алкогольный делирий.

-Алкогольный галлюциноз.

-Алкогольный параноид.

-Корсаковский психоз.

+Алкогольный псевдопаралич.

347. Клинические проявления этой формы алкоголизма отличаются приступообразным течением, с внезапным началом с употребления больших доз алкоголя и заканчивается резким его прекращением, после чего возникает полное отвращение к алкоголю.

-Алкогольный делирий.

-Алкогольный галлюциноз.

-Алкогольный параноид.

+Дипсомания.

-Алкогольный псевдопаралич.

348. Что нехарактерно для проявлений изменённой реактивности при наркоманиях?

-Непреодолимое желание еще раз пережить измененное состояние, определяющее потребность в повторных приемах наркотика и стремление получить его любыми средствами (психическая зависимость).

-Развитие при лишении привычного наркотика абстинентного синдрома, то есть мучительного состояния наркотического голодания, заключающееся в тяжелом нарушении деятельности всех органов и систем организма, вызывающем даже психотические расстройства (физическая зависимость).

-Стремление вследствие нарастающей переносимости этого вещества и снижения эффективности его действия к увеличению принимаемых доз для получения привычного эффекта (повышенная толерантность).

-Переход на более «тяжёлые» наркотики (например, исследования показали: кто курил марихуану, у того в 104 раза выше соблазн попробовать кокаин).

+Сохранение волевого контроля.

Тема 20. Симуляция и диссимуляция психических расстройств.

349. Сознательное притворное поведение, заключающееся в изображении несуществующих признаков психического расстройства, в их изображении или искусственном вызывании с помощью лекарственных средств, совершаемое с корыстной целью в надежде избежать наказания.

+Симуляция.

-Диссимуляция.

-Аггравация.

-Сверхсимуляция.

-Метасимуляция.

350. Сознательное преувеличение существующих болезненных явлений с целью добиться желаемого решения экспертизы.

-Симуляция.

-Диссимуляция.

+Аггравация.

-Сверхсимуляция.

-Метасимуляция.

352. Искусственно притворные перенесенных в прошлом болезненных явлений, с целью добиться желаемого решения экспертизы.

-Симуляция.

-Диссимуляция.

-Аггравация.

-Сверхсимуляция.

+Метасимуляция.

353. Демонстрация симптомов, не свойственных имеющемуся психическому заболеванию, "несовместимых" с этим заболеванием, например, демонстрируется грубый амнестический синдром при шизофрении.

-Симуляция.

-Диссимуляция.

-Аггравация.

+Сверхсимуляция.

-Метасимуляция.

354. Преднамеренное утаивание, сокрытие имеющегося психического заболевания или отдельных его симптомов.

-Симуляция.

+Диссимуляция.

-Аггравация.

-Сверхсимуляция.

-Метасимуляция.

Тема 21. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних.

355. Глубокая биологическая перестройка, претерпеваемая организмом в этот период сопровождается бурным психическим «взрослением». Ведущая роль в этом периоде принадлежит нервной системе и системе эндокринных желёз.

+Пубертат.

-Возрастной кризис.

-Аутизм.

-Негативизм.

-Акселерация.

356. Какой синдром является самым универсальным в период пубертата?

+Психопатоподобный синдром.

-Астенический синдром.

-Ипохондрический синдром.

-Паранойяльный синдром.

-Невротический синдром.

357. Какой синдром сопровождается экскульпацией подростка, как не достигшего возраста уголовной ответственности?

-Психопатоподобный синдром.

-Астенический синдром.

-Ипохондрический синдром.

-Паранойяльный синдром.

+Психическая незрелость (инфантилизм).

358. Какие поведенческие реакции у подростков нехарактерны в период пубертата?

-Протеста.

-Оппозиции.

-Сказа.

-Имитации.

-Диссимуляции.

359. Распознавание, какого психического заболевания у подростка в период пубертата сопровождается экскульпацией?

+Шизофрения.

-Психопатоподобный синдром.

-Астенический синдром.

-Ипохондрический синдром.

-Паранойяльный синдром.

Тема 22. Суицид.

360. Осознанное лишение себя жизни.

+Суицид.

-Суицидальное поведение.

-Суицидальные проявления.

-«Косвенное убийство».

-Парасуицид.

361. Понятие более широкое и помимо суицида включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления. К покушениям относят все суицидальные акты, не завершившиеся летальным исходом по причине, не зависящей от суицидента (например, своевременная реанимация).

-Суицид.

+Суицидальное поведение.

-Суицидальные проявления.

-«Косвенное убийство».

-Парасуицид.

362. К этому поведению относят суицидальные мысли, намерения и высказывания, не сопровождающиеся какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни.

-Суицид.

-Суицидальное поведение.

+Суицидальные проявления.

-«Косвенное убийство».

-Парасуицид.

363. Этот акт включает злоупотребление алкоголем, наркотиками, передание и «спорт высокого риска».

-Суицид.

-Суицидальное поведение.

-Суицидальные проявления.

+«Косвенное убийство».

-Парасуицид.

364. Самоповреждения, самокалечение, суицидальные попытки.

-Суицид.

-Суицидальное поведение.

-Суицидальные проявления.

-«Косвенное убийство».

+Парасуицид.

365. Какая концепция исходит из инстинктивной природы самоуничтожения, эволюционного характера самоубийства как «приспособительного» (хотя и не адаптивного) механизма освобождения от неполноценных, болезненных особей, элемента естественного отбора?

+Биологическая концепция.

-Психопатологическая концепция.

-Психологическая концепция.

-Социологическая концепция.

-Концепция психологической дезадаптации.

366. Какая концепция исходит из положения о том, что все самоубийцы – душевнобольные люди, а суицидные действия – проявления острых или хронических психических расстройств?

-Биологическая концепция.

+Психопатологическая концепция.

-Психологическая концепция.

-Социологическая концепция.

-Концепция психологической дезадаптации.

367. Какая концепция отражает точку зрения, согласно которой в формировании суицидальных тенденций ведущее место принадлежит психологическим факторам (от фрейдовского «тантоса» до современных представлений о природе психологической дезадаптации).

-Биологическая концепция.

-Психопатологическая концепция.

+Психологическая концепция.

-Социологическая концепция.

-Концепция психологической дезадаптации.

368. Какая концепция исходит из того, что в основе суицидального поведения лежит снижение и неустойчивость социальной интеграции, а самоубийство во всех случаях может быть понято лишь с точки зрения взаимоотношений индивида с социальной средой, при этом собственно социальные факторы играют ведущую роль.

-Биологическая концепция.

-Психопатологическая концепция.

-Психологическая концепция.

+Социологическая концепция.

-Концепция психологической дезадаптации.

369. Какое действие отличает то, что такого рода суицид тщательно продуман в отношении времени, места и способа совершения, и этот план с упорной последовательностью выполняется?

+Преднамеренное действие.

-Импульсивное действие.

-Амбивалентное действие.

-Демонстративное действие.

-Неодолимое действие.

370. Действие характеризуется преобладанием выраженного аутоагрессивного компонента. Аутоагрессия имеет место при изменённом сознании, психотических состояниях, в том числе у лиц, с органическими поражениями мозга.

-Преднамеренное действие.

-Импульсивное действие.

-Амбивалентное действие.

-Демонстративное действие.

+Неодолимое действие.

372. В этом случае сосуществуют аутоагрессивный компонент и поведение, ориентированное на окружающих, а также амбивалентность в отношении способа самоубийства. Именно для этого типа суицидальных действий характерны суицидальные попытки с последующим криком: «Помогите»!

-Преднамеренное действие.

-Импульсивное действие.

+Амбивалентное действие.

-Демонстративное действие.

-Неодолимое действие.

373. Это, как правило, реакция на психотравмирующую ситуацию. Поэтому суицид нередко совершается в присутствии конфликтного лица.

-Преднамеренное действие.

-Импульсивное действие.

-Амбивалентное действие.

+Демонстративное действие.

-Неодолимое действие.

374. Это действие характеризуется внезапностью.

-Преднамеренное действие.

+Импульсивное действие.

-Амбивалентное действие.

-Демонстративное действие.

-Неодолимое действие.

375. Самоубийство в результате «подведения жизненных итогов», взвешивания всех «за» и «против». Такое самоубийство тщательно и скрыто готовится, чтобы умереть «наверняка».

+Реакция отрицательного баланса.

-Реакция эгоцентрического пересплочения.

-Реакция психалгии.

-Реакция переживания негативных интерперсональных отношений.

-Аффект.

Литература:

1. Абрумова А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика. Психологический журнал, том 6, № 6. 1985.
2. Алиев И.А. Актуальные проблемы суицидологии. – Баку. 1987. – 289 с.
3. Алкоголизм. Г.В. Морозов / общ. ред. – М.: медицина, 1983.
4. Алкоголизм и организация наркотической помощи. Г.М. Энтин. – М.: Медицина, 1979.
5. Арефьева Т. Социологический этюд. М., 1998. 205 с.
6. Баженов Н.Н. История Московского Доллгауза. М., 1909.
7. Балабанова Л.М. Судебная психопатология.(вопросы определения нормы и отклонений), Д.: Сталкер, 1998.
8. Волков В.Н. Судебная психиатрия, курс лекций. М., «Юрист», 1998 г. 408 с.
9. Выготский Л.С. Динамика и структура личности подростка. Педология подростка. М., 1931.
10. Гаврилова С.И., Сударева Л.О., Калын Я.Б. Журнал невропатологии и психиатрии, 1987;
11. Газета «Спид-Инфо» №12, 2001.
12. Георгадзе З. О. «Судебная психиатрия». Учебное пособие для студентов вузов. - М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2003.
13. Гражданский процессуальный кодекс Республики Беларусь
14. Дмитриева А.С., Клименко Т.В. Москва, 1998 «Судебная психиатрия».
15. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для врача общей практики. – Мн.: Беларусь, 2001.
16. Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф. Судебная психиатрия. Учебное пособие для вузов, 4 издание, переработанное и дополненное. «Горька», 2006 г. 560 с.
17. Закон «О милиции».
18. Закон «О здравоохранении».
19. Инструкция о порядке производства судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь (приложение 1 к приказу Государственной службы медицинских судебных экспертиз от 31 июля 2002 года № 56-с).
20. Калын Я.Б., Гаврилова С.И. Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы. Материалы международной конференции 21-22 октября 1997 г.М., 1997.
21. Калын Я.Б. Журнал невропатологии и психиатрии, 1989.
22. Каплан Г., Сэдок Б. «Клиническая психиатрия» - перевод с англ., М. Гэотар медицина, 1999.
23. Комер Р. Патопсихология поведения. С-Пб «Прайм-Евразиан», М.: «Олма-Пресс», 2002.
24. Кондратенко В.Т. Девиантное поведение у подростков. Минск, 1988.
25. Ласый Е. В. Стратегии снижения суицидального риска: место системы здравоохранения и медицинских работников в профилактике суицидов. Журн. «Медицина», №2, 2007.
26. Личко А.Е. Особенности саморазрушающего поведения при различных типах акцентуаций у подростков. Саморазрушающее поведение у подростков. – Л., 1991.
27. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. М., 1985.
28. Медицинская психология в ИТУ. В.Н. Волков. – М.: Юридическая литература, 1989.
29. Мисюк М.Н. «Физиология поведения», УМК, изд-во МИУ, 2008.
30. Морозов Г.В. «Судебная психиатрия». «Юридическая литература», Москва, 1978.

31. Морозов Г.В., Лунц Д.Р., Фелинская Н.И. Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии. М., 1976. С. 129–130.
32. Наркология. Э.А. Бабаян, М.Х. Гонопольский. – М.: Медицина, 1990.
33. Полное собрание сочинений Российской империи. Т.1, Спб., 1830.
34. Общественно-опасные деяния лиц с психическими аномалиями. Г.Н. Мухин. Мн.: Академия милиции, 1994.
35. Патопсихология. Учебно-методическое пособие для студентов. Гродно: ГГМУ, 2000.
36. Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты. Учебное пособие. Москва. Изд-во Флинта, 2008.
37. Поливанова К.Н. Психологический анализ кризисов возрастного развития. // Вопросы психологии. 1994 №1.
38. Положение о госпитализации больных в психиатрические стационары.
39. Положение о проведении психиатрического освидетельствования.
40. Положение о психиатрической больнице. Утверждено Приказом Минздрава РБ №1 от 25. 01. 93 г.
41. Положение о сохранении информации о психическом состоянии граждан. Утверждено Приказом Минздрава 5.11. 1999. №337.
42. Положение об отделении судебно-психиатрической экспертизы при психоневрологической больнице. Утверждено Приказом Минздрава БССР 10.07.54.
43. Приказ Министерства здравоохранения от 5.11.99. №337 «О порядке оказания психиатрической помощи в РБ». Нац. реестр правовых актов 1999 г. №52.
44. «Психиатрия» под ред. Кирпиченко А.А. Минск. 1991. С. 216-224.
45. Психология индивидуальных различий. Текст под редакцией Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. М.: изд-во МГУ, 1982.
46. Психология. Словарь (Под общей редакцией А.Б. Петровского, М.Г. Ярошевского). – 2 изд. испр. и доп. – М., Политиздат, 1990.
47. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности. М., 1994.
48. Руководство по психиатрии. Г.В. Морозов. – М.: 1988.
49. «Судебная медицина и судебная психиатрия». Учебник для вузов под ред. Паукова В.С., Живодёрова Н.Н., 2000.
50. Судебная психиатрия, учебник для вузов, под редакцией профессора Шастаковича Б.В., -М.; 1997 г. 408 с.
51. Судебная психиатрия. Т.В. Забродин, З.Г. Турова. Учебное пособие. – М.: Академия МВД СССР, 1981.
52. Судебная психиатрия. Учебник для ВУЗов. Б.В. Шостакович / общ. ред. – М.: «Зерцало», 1997.
53. Судебная психиатрия. Учебник для ВУЗов. В.В. Томилин / общ. ред. – М.: изд. группа «ИНФРА-М-Норма», 1997.
54. Судебная психиатрия. Учебник. Г.В. Морозов / общ. ред. – М.: Юридическая литература, 1990.
55. Судебная психиатрия. Учебник. Н.М. Жариков и др. – М.: Из-во ИНФРА-М-Норма, 2004.
56. Судебная психиатрия. Учебное пособие. А.С. Дмитриев, Т.В. Клименко. – М., 1996
57. Трегубов Л., Вагин Ю. Эстетика самоубийства. – Пермь. 1993.
58. Уголовно-процессуальный кодекс Республики Беларусь. Ст. 71-77, 183-193, глава 22, глава 29.
59. Уголовный кодекс Республики Беларусь ст. 11,12,37,38,55,59,102,108.
60. Усова Е.Б. Психология социальных отклонений (девиаций). Мн., 2005.
61. Учебное пособие по наркологии. Э.А. Бабаян, М.Х. Гонопольский. – М.: Медицина, 1981.

62. Учебное пособие по судебной психиатрии (для студентов юридических институтов). Коллектив авторов. – Харьков: Харьковский юридический институт, 1979.
63. Франкл В. Человек в поисках смысла: сборник. Пер. с англ. и нем. Общ. Ред. Л.Я. Гозмана и Д.А.Леонтьева. –М., Прогресс, 1990.
64. Физиология высшей нервной деятельности и психология. Л.Г. Воронин, В.Н. Колбановский. – М.: Просвещение, 1970.
65. Фогель Ф., Мотульский А. Генетика человека. Т.3. Москва, 1989-1990.
66. Фрейд З. Психоаналитические этюды. Анализ фобии пятилетнего мальчика. Минск. ООО «Попурри». 2001.
67. Фуко М. О концепции «социально опасного субъекта» в судебной психиатрии XIX столетия. Философская и социологическая мысль. 1991. № 7.
68. Хэзлем М.Т. Психиатрия: вводный курс. Пер. с англ. – М.: ООО Фирма «Издательство АСТ», Львов: «Инициатива», 1998.
69. Церковский А.Л. Клинико-психологическое исследование больных с шизофренией в степени лёгкой дебилности. Под общей редакцией И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. – Харьков, 1990 г., т. 3.
70. Шаповаленко И.В. Возрастная психология. М., 2005.
71. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. М., 1989.
72. Bidzan L., Psychitria Polska. 1994.
73. Bettini R., Gobbi G., Landonio M. et al. Clin-Ter 1992; 14(1)3
74. Dohrenwend B., Acta Psychiat Scand. 1994
75. Fratiglioni L., Ahlbom A., Viitanen M., Winblad B. Annal Neurol. 1993.
76. Katzman R. Clin. Neur. 1993.
77. Jablensky A., Acta Psychiat Scand. 1994.
78. Rossa W.A., Hoffman A., Braune C. et al. Annal Neurol. 1991.
79. Yoshitake T., Kiyohara Y., Iino I. et al. Neurology. 1995.
80. Underwad S. William Nard Richard E. The relationship of vocational adjustment to personal adjustment //Psychological Bulletin. 1960. V. 4.No 5. P.164-182.