

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

# ТЕСТЫ

ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ  
СЕРТИФИКАЦИОННОМУ ЭКЗАМЕНУ  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ  
«ПСИХИАТРИЯ-НАРКОЛОГИЯ»

---

**УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ**

---

РОСТОВ-НА-ДОНУ – 2014

УДК 616.89(075.9)

ББК 56.14я7

Т 36

Утверждено центральной методической комиссией  
ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. Протокол № 7 от 07.04.2014 г.

**Авторский коллектив:**

Бухановская О.А., Ковалев А.И., Крючкова М.Н., Мрыхин В.В.,  
Перехов А.Я., Солдаткин В.А.

**Рецензенты:**

РЕТЮНСКИЙ К.Ю., профессор, доктор медицинских наук,  
заведующий кафедрой психиатрии  
ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет»  
Минздрава РФ, главный внештатный психиатр УрФО,

ЗАИКА В.Г., профессор, доктор медицинских наук,  
заведующий кафедрой психиатрии ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России.

**Т 36 Тесты для подготовки к государственному сертификационному экзамену по специальности «Психиатрия-наркология»:**  
учебное пособие / под ред. В.В. Мрыхина; ГБОУ ВПО РостГМУ  
Минздрава России. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2014. – 278 с.

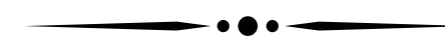
Учебное пособие предназначено врачам психиатрам-наркологам, получающим последипломное образование, и учебным ординаторам.

Разработка предложенного тестового контроля соответствует ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и парадигме непрерывного образования врачей.

Весь тестовый материал выверен, сгруппирован по разделам. Тесты основаны на имеющихся сведениях, соответствующих уровню современных международных воззрений в области наркологии.

## СОДЕРЖАНИЕ

Тема 1.	Социальная гигиена и организация наркологической службы в РФ .....	5
Тема 2.	Общие вопросы наркологии .....	9
Тема 3.	Общая психопатология .....	21
Тема 4.	Методы обследования наркологических больных .....	63
Тема 5.	Алкоголизм .....	71
Тема 6.	Наркомания и токсикомания .....	164
Тема 7.	Профилактика наркологических заболеваний .....	231
Тема 8.	Лечение алкоголизма .....	237
Тема 9.	Психотерапия и другие немедикаментозные методы лечения в наркологии .....	245
Тема 10.	Экспертиза в наркологии .....	261
Тема 11.	Основы радиационной медицины .....	267



## Социальная гигиена и организация наркологической службы в РФ

### 1. Этические нормы врача определяются

- 1) законами и приказами;
- 2) этническими, региональными особенностями и нормами;
- 3) умением и навыками;
- 4) моральной ответственностью перед обществом.

### 2. Задачами антиалкогольной санитарно-гигиенической работы являются

- 1) все перечисленные;
- 2) ориентация на полную трезвость;
- 3) ориентация на умеренное, дозированное потребление алкоголя.

### 3. При проведении антиалкогольной профилактической работы с лицами, проходящими лечение от алкоголизма, необходимо ориентировать их

- 1) на полное воздержание от алкоголя;
- 2) на возможность употребления небольших доз через 3 года;
- 3) на возможность эпизодического употребления небольших доз через полгода;
- 4) на возможность эпизодического употребления небольших доз через 1 год.

### 4. К наркологическим подразделениям МВД относятся все перечисленные, кроме

- 1) специальных отделений наркологических больниц для принудительного лечения;
- 2) медицинских вытрезвителей.

### 5. В задачи наркологического диспансера входит все перечисленное, кроме

- 1) проведения медицинского освидетельствования лиц, направляемых на принудительное лечение по поводу алкоголизма, наркоманий и токсикоманий;

- 2) раннего выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем, немедицинским употреблением лекарственных, наркотических и токсикоманических средств;
- 3) учета и динамического наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями;
- 4) социально-бытовой помощи больным, находящимся под наблюдением диспансера;
- 5) вытрезвления лиц в состоянии опьянения.

**6. Работа кабинета анонимного лечения осуществляется таким образом, что**

- 1) на обратившегося не заводится письменная медицинская документация;
- 2) письменная документация заводится по усмотрению обратившегося;
- 3) используются все формы регистрации;
- 4) заводится медицинская амбулаторная карта без указания фамилии и адреса обратившегося.

**7. Специальные медицинские комиссии наркодиспансеров осуществляют все перечисленное, кроме**

- 1) медицинского освидетельствования лиц, привлеченных к уголовной ответственности на предмет применения к ним принудительных мер медицинского характера;
- 2) экспертизы опьянения;
- 3) медицинского освидетельствования лиц, ведущих антиобщественный, паразитический образ жизни;
- 4) медицинского освидетельствования больных алкоголизмом и наркоманиями для решения вопроса о направлении на принудительное лечение.

**8. Стационарная помощь наркологическим больным осуществляется**

- 1) всеми перечисленными учреждениями;
- 2) отделениями психиатрических больниц;
- 3) стационаром наркодиспансера;
- 4) наркологическими больницами.

**9. В задачи стационарных наркоотделений входит**

- 1) принудительное лечение больных алкоголизмом с сопутствующими заболеваниями;
- 2) оказание специализированной лечебно-диагностической помощи больным алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями;

- 3) проведение стационарной наркологической экспертизы;
- 4) все перечисленное.

**10. При наличии у больных психическими заболеваниями алкоголизма они должны проходить лечение**

- 1) в психиатрическом стационаре;
- 2) в психиатрическом диспансере;
- 3) лечение может осуществляться в любом из перечисленных учреждений и зависит от состояния больного;
- 4) в наркологическом диспансере.

**11. Заболеваемость населения определяют как**

- 1) количество посещений медучреждений в данном году;
- 2) общее количество обращений за медицинской помощью в данном году;
- 3) распространенность заболеваний в данном году;
- 4) совокупность вновь возникших в данном году заболеваний.

**12. Стандартизованный показатель – это**

- 1) интенсивный показатель, исчисляемый на 1000, 10000, 100000 населения;
- 2) абсолютная величина;
- 3) относительная величина в процентах.

**13. Основной тенденцией алкоголизма является**

- 1) его рост во всем мире;
- 2) стабилизация распространенности;
- 3) снижение числа больных.

**14. Диспансерному учету подлежат все перечисленные контингенты, кроме**

- 1) больных наркоманиями, токсикоманиями;
- 2) бытовых пьяниц;
- 3) больных с алкогольными психозами;
- 4) больных алкоголизмом.

**15. Профилактическому учету подлежат все перечисленные, кроме**

- 1) бытовых пьяниц;
- 2) лиц, у которых были зарегистрированы отдельные случаи немедицинского применения наркотических средств;
- 3) больных алкоголизмом с длительной ремиссией;
- 4) лиц, замеченных в единичных случаях применения токсикоманических средств.

**16. Общее усовершенствование врачей психиатров-наркологов проводится не реже 1 раза**

- 1) в 7 лет;
- 2) в 3 года;
- 3) в 10 лет;
- 4) в 5 лет.

**17. Аттестация врача психиатра-нарколога на присвоение ему звания врача-специалиста проводится**

- 1) по окончании специализации;
- 2) при наличии пятилетнего стажа работы по специальности;
- 3) при наличии двухлетнего стажа работы по специальности;
- 4) при наличии трехлетнего стажа работы по специальности.

**18. Аттестация врача психиатра-нарколога на присвоение I-й квалификационной категории проводится при стаже работы по специальности не менее**

- 1) 10 лет;
- 2) 5 лет;
- 3) 7 лет;
- 4) 3 лет.

**19. Аттестация врача психиатра-нарколога на присвоение высшей квалификационной категории проводится при стаже работы по специальности не менее**

- 1) 5 лет;
- 2) 7 лет;
- 3) 3 лет;
- 4) 10 лет.



## ТЕМА 2

### Общие вопросы наркологии

**1. Наркология – это самостоятельная отрасль медицины, объединяющая следующие нозологические формы болезней, исключая**

- 1) склонность к злоупотреблению алкоголем;
- 2) токсикомании;
- 3) алкоголизм;
- 4) наркомании.

**2. В предмет наркологии входит**

- 1) все перечисленное;
- 2) изучение проявлений, этиологии и патогенеза наркологических заболеваний;
- 3) разработка методов их предупреждения и лечения;
- 4) исследование медицинских, психологических, социальных и правовых аспектов этих заболеваний.

**3. В задачи наркологии входит**

- 1) изучение этиологии и патогенеза алкоголизма, наркоманий и токсикоманий;
- 2) все перечисленное;
- 3) построение прогноза при оценке ремиссий и выздоровлений
- 4) поиск наиболее рациональных приемов и методов профилактики и лечения;
- 5) сравнительный анализ распространенности наркологических заболеваний, планирование и организация наркологической помощи населению.

**4. Алкоголизм – это хроническое заболевание, характеризующееся**

- 1) всем перечисленным;
- 2) формированием абстинентного синдрома при прекращении употребления алкоголя;
- 3) развитием патологического влечения к спиртным напиткам
- 4) развитием стойких соматоневрологических расстройств и психической дегенерации;

5) прогредиентным течением.

**5. Патологическое влечение к алкоголю и наркотику – это**

- 1) психологическое понятие;
- 2) психопатологическое образование;
- 3) фикция.

**6. Наркомания – это хроническое заболевание**

- 1) верно (4) и (2);
- 2) характеризующееся развитием психофизической зависимости и медико-социальных последствий;
- 3) верно (4);
- 4) вызванное потреблением препаратов или средств, официально отнесенных к списку наркотических.

**7. Определение понятия «мононаркомания осложненная» включает в себя все перечисленное, исключая**

- 1) сочетание приема наркотика и алкоголя;
- 2) потребление больным наркоманией другого лекарственного средства или вещества, не отнесенного к наркотическим;
- 3) употребление больными мононаркоманией другого наркотического средства.

**8. Определение понятия «полинаркомания» включает**

- 1) одновременное или попеременное употребление двух и более наркотических средств;
- 2) переход к употреблению другого наркотического средства после длительного периода употребления какого-то определенного наркотика;
- 3) ни то, ни другое;
- 4) и то, и другое.

**9. Понятие «токсикомания» применяется как термин для определения болезни, вызванной**

- 1) ни тем, ни другим;
- 2) и тем, и другим;
- 3) злоупотреблением наркотическим средством;
- 4) злоупотреблением веществом или лекарственным средством, способным вызывать зависимость, но не входящим в список наркотиков.

**10. Заболевание квалифицируется как политоксикомания в случае, если**

- 1) верно (3) и (2);

- 2) их принимают в определенном сочетании или в определенной последовательности, по определенной схеме;
- 3) используется одновременно сочетание двух или большего числа лекарственных средств или иных веществ, не отнесенных к наркотическим;
- 4) верно (3).

**11. К ограничительным формам борьбы с пьянством и алкоголизмом относятся все перечисленные, кроме**

- 1) организации антиалкогольных обществ;
- 2) геттеборгской системы;
- 3) ограничения продажи спиртных напитков молодежи, в определенные дни или периоды;
- 4) предоставления местным органам самоуправления права решать вопросы открытия и закрытия торговых заведений по продаже спиртных напитков;
- 5) системы Братта.

**12. К запретительным формам борьбы с пьянством и алкоголизмом относятся все перечисленные, исключая**

- 1) введение сухого закона;
- 2) введение в законодательном порядке запрета на продажу крепких спиртных напитков;
- 3) принятие закона, устанавливающего высокий налог на крепкие спиртные напитки.

**13. К просветительным формам борьбы с пьянством и алкоголизмом относят**

- 1) разъяснение вреда, наносимого человеку употреблением алкоголя;
- 2) создание обществ трезвости;
- 3) антиалкогольную пропаганду;
- 4) все перечисленное;
- 5) культурно-просветительную работу.

**14. Эпидемиологические исследования проблемы алкоголизма свидетельствуют о росте заболевания среди всех перечисленных категорий населения, исключая**

- 1) пожилых людей;
- 2) подростков, юношей;
- 3) безработных;
- 4) детей;
- 5) женщин.



**15. Динамику изготовления и приготовления алкоголя в мире отражают данные**

- 1) о потреблении алкоголя в год на душу населения в мире и конкретном регионе;
- 2) все перечисленные;
- 3) о производстве алкоголя на душу населения за определенный период времени в отдельных регионах мира;
- 4) ВОЗ о производстве алкоголя на душу населения в мире;
- 5) о душевом потреблении алкоголя в год в конкретном регионе.

**16. К социальным последствиям пьянства и алкоголизма относятся все перечисленные, кроме**

- 1) убытков по бюджету здравоохранения;
- 2) сокращения продолжительности жизни на 15-20 лет;
- 3) самоубийств;
- 4) нарушений поведения в обществе и в семье;
- 5) более 50% бракоразводных процессов.

**17. К медицинским последствиям пьянства и алкоголизма относятся все перечисленные, исключая**

- 1) цирроз печени;
- 2) превышающую более чем в 2 раза смертность по сравнению с популяцией населения;
- 3) сердечно-сосудистую патологию;
- 4) панкреатиты;
- 5) сокращение продолжительности жизни.

**18. К экономическим последствиям пьянства и алкоголизма относятся все перечисленные, кроме**

- 1) большого числа дней нетрудоспособности;
- 2) снижения трудоспособности и производительности труда у пьющих;
- 3) оказания помощи в лечебных учреждениях;
- 4) совершения автоаварий в нетрезвом виде;
- 5) выплат по социальному страхованию.

**19. К медицинским и социальным последствиям наркоманий и токсикоманий относятся все перечисленные, исключая**

- 1) убытки по бюджету здравоохранения;
- 2) сокращение продолжительности жизни;
- 3) большое число преступлений;
- 4) большое число суицидов;

- 5) высокую смертность от заболеваний, полученных в результате злоупотребления одурманивающими средствами.

**20. Существующие статьи Гражданского и Уголовного кодексов РФ в области борьбы с пьянством и алкоголизмом предусматривают все перечисленное, исключая**

- 1) выселение из квартиры без предоставления другого помещения по отношению к пьющим, постоянно нарушающим покой окружающих;
- 2) лишения родительских прав, если поведение родителей или одного из них носит антиобщественный характер;
- 3) уголовную ответственность за управление транспортным средством в состоянии опьянения;
- 4) возможность установления попечительства;
- 5) невозможность освобождения от уголовной ответственности при совершении преступления в состоянии опьянения.

**21. Трудовое законодательство РФ по вопросам борьбы с пьянством и алкоголизмом предусматривает все перечисленное, исключая**

- 1) увольнения;
- 2) дисциплинарные взыскания;
- 3) принудительное лечение;
- 4) расторжение трудового договора по инициативе администрации при появлении сотрудника на работе в нетрезвом виде.

**22. Уголовная ответственность с последующим лишением свободы на срок от 1 года до 10 лет предусматривается за все перечисленное, исключая**

- 1) содержание притонов для потребления наркотиков, склонение несовершеннолетних к употреблению наркотических средств;
- 2) хищение наркотических лекарственных средств;
- 3) потребление или приобретение токсикоманических средств без врачебного предписания;
- 4) нарушение установленных правил производства, хранения, отпуска, учета, перевозок наркотических лекарственных средств;
- 5) незаконное изготовление, сбыт, хранение или приобретение наркотических средств.

**23. Патология, связанная с действием алкоголя на организм человека, зависит**

- 1) от дозы и вида алкоголя;
- 2) от исходного состояния органов и систем организма;
- 3) от пола и возраста употребляющего алкоголь;
- 4) от времени действия алкоголя а частоты злоупотребления;
- 5) от всего перечисленного.

**24. В основе патогенетических механизмов острого и хронического действия алкоголя на организм человека лежат**

- 1) заместительные репаративные реакции;
- 2) некротические процессы;
- 3) нейробиотические процессы;
- 4) все перечисленные механизмы;
- 5) дистрофические изменения в клетках и тканях.

**25. Картину функциональных и морфологических поражений висцеральных органов, особенность патологической анатомии острой и хронической алкогольной интоксикации определяют**

- 1) и то, и другое;
- 2) реактивные изменения в клетках и тканях;
- 3) повреждение клеток и тканей;
- 4) ни то, ни другое.

**26. Поражение клеток и ультраструктур организма при интоксикации алкоголем связано**

- 1) нарушением обмена белков, жиров, углеводов;
- 2) со всем перечисленным;
- 3) с извращением метаболизма в них;
- 4) с нарушением обмена биогенных аминов;
- 5) с нарушением водно-электролитного обмена.

**27. Развивающиеся при действии алкоголя ацидоз, гипоксия и нарушения водно-электролитного обмена проявляются**

- 1) в патологии клеточной и межклеточной микро- и ультрациркуляции;
- 2) ни в том, ни в другом;
- 3) и в том, и в другом;
- 4) в развитии отеков клеточных и тканевых элементов.

**28. При острой интоксикации смерть наступает при концентрации алкоголя в крови**

- 1) 600–700 мг%;

- 2) 500–600 мг%;
- 3) 400–500 мг%;
- 4) 300–400 мг%;
- 5) 200–300 мг%.

**29. Механизм смерти при острой интоксикации алкоголем обусловлен**

- 1) ни тем, ни другим;
- 2) и тем, и другим;
- 3) параличом сосудистого центра продолговатого мозга;
- 4) параличом дыхательного центра продолговатого мозга.

**30. Признаками быстро наступившей смерти при острой интоксикации алкоголем являются**

- 1) и то, и другое;
- 2) застойное полнокровие внутренних органов;
- 3) жидкое состояние крови;
- 4) ни то, ни другое.

**31. Патологоанатомическими признаками острой интоксикации алкоголем являются**

- 1) очаговый лизис цитоплазмы;
- 2) отечность стромы миокарда;
- 3) все перечисленное;
- 4) плазматическое пропитывание;
- 5) полнокровие венул.

**32. Об острой интоксикации алкоголем свидетельствуют все следующие признаки, исключая**

- 1) гиалиноз стенок артериол, капилляров;
- 2) полнокровие венул;
- 3) капли липидов в клетках;
- 4) интерстициальный фиброз.

**33. При острой интоксикации алкоголем патология клеток головного мозга выражается**

- 1) верно (5) и (4);
- 2) всем перечисленным;
- 3) растворением тигроидного вещества;
- 4) явлениями перинуклеарного отека;
- 5) изменением формы и окраски клеток.

**34. При хронической интоксикации алкоголем патология клеток головного мозга выражается**



- 1) всем перечисленным;
- 2) явлениями нейронофагии;
- 3) очагами клеточного опустошения;
- 4) множественными очагами выпадения нервных клеток;
- 5) верно (4) и (3).

**35. При хронической интоксикации алкоголем эндоскопически диагностируют гастриты**

- 1) эрозивный;
- 2) геморрагический;
- 3) острый;
- 4) ни один из перечисленных;
- 5) все перечисленные.

**36. Поражения почек при хроническом алкоголизме проявляются в следующих формах нефропатий**

- 1) гепаторенального синдрома;
- 2) токсической нефропатии (некронефроз);
- 3) во всех перечисленных;
- 4) пиелонефрита;
- 5) гломерулонефрита.

**37. Для микроскопической картины острой алкогольной энцефалопатии характерны**

- 1) нарушения микроциркуляции с повышением проницаемости стенок сосудов;
- 2) все перечисленные признаки;
- 3) набухание, хроматолиз нейронов, образование «клеток-теней»;
- 4) диапедезные кровоизлияния;
- 5) плазморрагии.

**38. Микроскопическая картина изменений в головном мозге при хронической алкогольной энцефалопатии проявляется следующими нарушениями в нервных клетках**

- 1) всеми перечисленными;
- 2) некротическими изменениями;
- 3) дистрофией;
- 4) атрофией;
- 5) уменьшением числа нервных клеток.

**39. Нарушение обмена аминокислот при хронической интоксикации алкоголем идет несколькими путями**

- 1) верно все перечисленное;

- 2) вследствие нарушения метаболизма их в печени и головном мозге;
- 3) в результате нарушения транспорта их во внутренние органы;
- 4) вследствие нарушения всасывания аминокислот в желудочно-кишечном тракте;
- 5) верно (4) и (3).

**40. Алкоголь оказывает прямое угнетающее действие на всасывание в желудочно-кишечном тракте аминокислот**

- 1) и тех, и других;
- 2) незаменимых (фенилаланина, метионин);
- 3) заменимых (глицина, пролин);
- 4) ни тех, ни других.

**41. Нарушение обмена липидов при интоксикации алкоголем обусловлено**

- 1) перекисным окислением липидов;
- 2) мобилизацией жира из жировых депо в связи с возбуждающим действием алкоголя на симпатoadреналовую систему;
- 3) ни тем, ни другим;
- 4) и тем, и другим.

**42. Нарушение углеводного обмена при острой интоксикации алкоголем объясняется тем, что**

- 1) алкоголь подавляет потребление глюкозы клетками вследствие снижения активности ферментов, участвующих в ее окислении;
- 2) верно (4);
- 3) верно все перечисленное;
- 4) замедляется второй путь энергообразования – процесс бескислородного, ферментативного окисления глюкозы;
- 5) алкоголь снижает уровень инсулина в крови и подавляет его выработку поджелудочной железой.

**43. Острая и хроническая интоксикация алкоголем приводит к нарушению обмена**

- 1) ни того, ни другого;
- 2) и того, и другого;
- 3) минеральных солей;
- 4) витаминов.

**44. С интоксикацией алкоголем связано**

- 1) нарушения в обмене кальция;
- 2) дефицит ионов калия;

- 3) задержка ионов натрия в организме;
- 4) все перечисленное.

**45. При хронической интоксикации алкоголем прежде всего нарушается обмен всех перечисленных витаминов, кроме**

- 1) витамина D;
- 2) рибоксина;
- 3) тиамин;
- 4) аскорбиновой кислоты;
- 5) никотиновой кислоты.

**46. К генетическим методам исследования относятся все перечисленные, кроме**

- 1) изучения приемных детей;
- 2) клинико-генеалогического;
- 3) электрофизиологического;
- 4) близнецового;
- 5) цитогенетического.

**47. К факторам, влияющим на развитие алкоголизма, относятся**

- 1) социально-средовые;
- 2) все перечисленные;
- 3) биологические;
- 4) личностные.

**48. Алкоголизм как фенотип состоит из вариаций**

- 1) всех перечисленных;
- 2) взаимодействия среды и генотипа;
- 3) средовой;
- 4) генетической.

**49. К генетическим факторам, способствующим развитию алкоголизма, относятся все перечисленные, кроме**

- 1) длительности этапа систематического употребления алкоголя;
- 2) отсутствия рвотного рефлекса;
- 3) изначально высокой толерантности;
- 4) возраста знакомства с алкоголем.

**50. Алкоголизм у родителей повышает вероятность развития его у детей в сравнении с частотой в популяции**

- 1) в 4 раза;
- 2) в 2 раза;
- 3) не имеет значения;
- 4) в 6 раз.

**51. Изначальная толерантность к алкоголю обусловлена одним из перечисленных факторов**

- 1) крепостью и качеством алкоголя;
- 2) поло-возрастными;
- 3) культурально-этическими;
- 4) активностью фермента алкогольдегидрогеназы.

**52. К внешним характерным признакам алкогольного синдрома плода относятся все перечисленные, кроме**

- 1) заячьей губы;
- 2) узких глазных щелей;
- 3) длинной верхней губы;
- 4) широкой уплощенной переносицы, короткого носа;
- 5) уменьшения окружности головы.

**53. К факторам, способствующим формированию алкогольного синдрома плода в период беременности, относятся все перечисленные, кроме**

- 1) частых психогенных расстройств;
- 2) недостаточного питания;
- 3) активного курения;
- 4) злоупотребления алкоголем;
- 5) национальной или расовой принадлежности.

**54. Наиболее опасным для нормального развития плода является употребление алкоголя женщинами в период беременности**

- 1) 24-26 недель;
- 2) 12-14 недель;
- 3) 7-8 недель;
- 4) 27-28 недель.

**55. Эндогенным называют алкоголь, определяемый в крови и тканях, если человек**

- 1) потребил дозу алкоголя, считающуюся относительно безопасной;
- 2) не употреблял алкоголь;
- 3) не верно ни одно из утверждений;
- 4) верно (1);
- 5) употребил дозу алкоголя, превышающую относительно безопасную.

**56. Роль системы эндогенный этанол – ацетальдегид в организме заключается**

- 1) в биологической регуляции процессов тканевого дыхания;
- 2) ни в том, ни в другом;

- 3) и в том, и в другом;
- 4) в регуляции синтеза морфиноподобных соединений.

**57. Алкоголь метаболизируется в организме под влиянием ферментов**

- 1) и того, ни другого;
- 2) и того, и другого;
- 3) альдегиддегидрогеназы;
- 4) алкогольдегидрогеназы.

**58. Патогенетические механизмы токсического действия алкоголя обусловлены**

- 1) ничем из перечисленного;
- 2) способностью метаболита алкоголя – ацетальдегида взаимодействовать с белками;
- 3) мембранотропными эффектами алкоголя;
- 4) способностью его хорошо растворяться в крови, спинномозговой жидкости, лимфе;
- 5) всем перечисленным.

**59. Патогенетические механизмы формирования алкогольной зависимости обусловлены**

- 1) нарушением обмена катехоламинов;
- 2) деградацией системы эндогенного синтеза ацетальдегида и этанола;
- 3) врожденной недостаточностью системы эндогенный этанол – ацетальдегид;
- 4) нарушением обмена серотонина;
- 5) всем перечисленным.

**60. С уровнем ацетальдегида в организме связаны различные состояния**

- 1) при оптимальном («нормальном») уровне и обмене ацетальдегида обеспечивается состояние метаболического комфорта, и потребности в дополнительном приеме алкоголя не возникает;
- 2) недостаток эндогенного ацетальдегида ведет к развитию феномена предпочтения алкоголя как способа метаболической самокоррекции;
- 3) все перечисленные;
- 4) верно (2) и (1);
- 5) при избыточном накоплении ацетальдегида наступает аверсивное действие, ограничивающее прием алкоголя.

# ТЕМА 3

## Общая психопатология

**1. Синдромы при психических заболеваниях разделяют**

- 1) на все перечисленные;
- 2) ни одно из перечисленных;
- 3) на малые и большие;
- 4) на простые и сложные;
- 5) на типичные и атипичные.

**2. К начальным регистрам позитивных нарушений относятся все перечисленные, кроме**

- 1) дисгармонии личности;
- 2) невротических;
- 3) аффективных;
- 4) эмоционально-гиперстетических, астенических;
- 5) паранойяльных.

**3. К более выраженным регистрам позитивных нарушений относятся все перечисленные, кроме**

- 1) амнестических расстройств;
- 2) помрачения сознания;
- 3) кататонических;
- 4) судорожных;
- 5) психоорганических.

**4. К выраженным проявлениям негативных синдромов относятся**

- 1) нижение уровня личности;
- 2) снижение энергетического потенциала;
- 3) все перечисленные;
- 4) ни одно из перечисленных;
- 5) регресс личности.

**5. К наиболее глубоким проявлениям негативных синдромов относятся**

- 1) амнестические расстройства;
- 2) все перечисленные;

- 3) психический маразм;
- 4) тотальное слабоумие.

**6. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) аффективной лабильности;
- 2) раздражительной слабости;
- 3) фиксационной амнезии;
- 4) психической истощаемости;
- 5) физической истощаемости.

**7. Астеническому синдрому свойственны все перечисленные расстройства, кроме**

- 1) расстройства мышления (астенический ментизм);
- 2) нарушения ориентировки;
- 3) сомато-вегетативных расстройств;
- 4) гиперестезии;
- 5) изменений самочувствия в зависимости от атмосферных и барометрических факторов.

**8. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно все перечисленное, кроме**

- 1) гиперестезии;
- 2) повышенной утомляемости и истощаемости;
- 3) аффективной лабильности с преобладанием пониженного настроения;
- 4) нарушения сознания;
- 5) сомато-вегетативных нарушений.

**9. Астенический синдром как последствие черепно-мозговой травмы характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) аффективной лабильности;
- 2) проявлений раздражительной слабости;
- 3) ментизма;
- 4) головных болей и вегетативных нарушений;
- 5) явлений «усталости, не ищущей себе покоя».

**10. Для астенического синдрома при сифилисе мозга характерно все перечисленное, исключая**

- 1) упорные головные боли;
- 2) взрывчатость, раздражительность;
- 3) «усталость, не ищущую себе покоя»;
- 4) повышенную утомляемость, рассеянность;
- 5) расстройства сна.

**11. Для астенического синдрома при прогрессивном параличе характерно все перечисленное, исключая**

- 1) нарушение сознания в виде обнубиляции;
- 2) головные боли, расстройства сна;
- 3) легкий переход от сниженного настроения со слезливостью к благодушию и эйфории;
- 4) рассеянность;
- 5) повышенную утомляемость, истощаемость.

**12. Для астенического синдрома при атеросклерозе характерно все перечисленное, исключая**

- 1) легкость перехода от сниженного настроения со слезливостью к благодушию и эйфории;
- 2) восстановление работоспособности после продолжительного отдыха;
- 3) утрату способности к продолжительному умственному и физическому напряжению;
- 4) резко выраженную утомляемость;
- 5) легкие нарушения сознания в виде обнубиляции.

**13. Для астенического синдрома при эндокринных нарушениях характерно все перечисленное, кроме**

- 1) затруднения концентрации внимания;
- 2) повышенной истощаемости, утраты работоспособности;
- 3) нарушения сознания в виде обнубиляции;
- 4) усиления астении в конце дня;
- 5) понижения или повышения влечений и инстинктов.

**14. Классическая депрессивная триада характеризуется**

- 1) двигательным торможением;
- 2) эмоциональным торможением;
- 3) всем перечисленным;
- 4) ничем из перечисленного;
- 5) идеаторным торможением.

**15. Депрессивное идеаторное торможение выражается всеми перечисленными симптомами, кроме**

- 1) дисмнестических проявлений;
- 2) «обрывов» мыслей;
- 3) депрессивного содержания мышления без изменения его темпа;
- 4) ощущения пустоты в голове;
- 5) замедления темпа мышления.

**16. Для депрессивной триады характерно все перечисленное, кроме**

- 1) идеаторного торможения;
- 2) депрессивного содержания мышления;
- 3) меланхолического раптуса;
- 4) двигательного торможения;
- 5) аффекта тоски.

**17. Депрессивное идеаторное торможение может быть выражено всеми проявлениями, кроме**

- 1) депрессивного моноидеизма;
- 2) затруднения воспроизведения;
- 3) затруднения запоминания;
- 4) концентрации мышления на депрессивной фабуле;
- 5) явлений прогрессирующей амнезии.

**18. Признаками идеаторного депрессивного торможения являются**

- 1) депрессивная фабула;
- 2) затруднение концентрации мышления;
- 3) замедление темпа мышления;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

**19. К признакам депрессивного двигательного торможения относятся все перечисленные, исключая**

- 1) бедность мимики;
- 2) замедление движений;
- 3) повышенную чувствительность;
- 4) явления депрессивного ступора;
- 5) ощущение мышечной слабости.

**20. С наличием депрессивного моторного торможения можно связать**

- 1) замедленность движений;
- 2) все перечисленное;
- 3) ни одно из утверждений;
- 4) развитие депрессивного ступора;
- 5) бедность мимики.

**21. К простым вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, кроме**

- 1) депрессии с бредом осуждения;
- 2) депрессии с бредом самообвинения;
- 3) ступорозной депрессии;

- 4) тревожной депрессии;
- 5) анестетической депрессии.

**22. К сложным вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, кроме**

- 1) депрессии с бредом самоуничтожения;
- 2) депрессии с бредом ущерба;
- 3) депрессии с интерпретативным бредом;
- 4) депрессии с чувственным бредом.

**23. К сложным депрессиям относятся во всех случаях**

- 1) ни одна из перечисленных;
- 2) психастеническая депрессия;
- 3) слезливая депрессия;
- 4) все перечисленные;
- 5) депрессия с obsссиями.

**24. К простым вариантам депрессивного синдрома могут быть отнесены**

- 1) депрессия с мегаломаническим бредом;
- 2) депрессия с бредом осуждения;
- 3) все перечисленные;
- 4) депрессия с чувственным бредом;
- 5) ни одна из перечисленных.

**25. Вызывает затруднения психопатологическая квалификация всех перечисленных состояний депрессии, кроме**

- 1) типичной витальной;
- 2) дистрофической;
- 3) вегетативной;
- 4) астенической;
- 5) иронической.

**26. К соматическим признакам депрессии относятся**

- 1) все перечисленное;
- 2) похудание;
- 3) дисменоррея;
- 4) запоры.

**27. К соматическим признакам депрессий не могут относиться**

- 1) постарение;
- 2) ничего из перечисленного;
- 3) отсутствие аппетита;



- 4) повышение веса;
- 5) все перечисленное.

**28. К простым вариантам маниакального синдрома относятся все перечисленные, кроме**

- 1) непродуктивной мании;
- 2) веселой мании;
- 3) гневливой мании;
- 4) мании с чувственным бредом;
- 5) спутанной мании.

**29. Простыми вариантами маниакального синдрома являются**

- 1) спутанная мания;
- 2) непродуктивная мания;
- 3) все перечисленные;
- 4) гневливая мания;
- 5) ни один из перечисленных.

**30. К сложным маниям относятся все перечисленные, исключая**

- 1) манию с интерпретативным бредом;
- 2) манию с галлюцинозом;
- 3) спутанную манию;
- 4) манию с онейроидом;
- 5) манию с чувственным бредом.

**31. Признаками маниакального синдрома являются все перечисленные, кроме**

- 1) расторможения влечений;
- 2) повышения аппетита;
- 3) падения веса;
- 4) постарения;
- 5) расстройства сна.

**32. Маниакальная триада характеризуется**

- 1) двигательным возбуждением;
- 2) ничем из перечисленного;
- 3) ускорением ассоциаций;
- 4) повышенным настроением;
- 5) всем перечисленным.

**33. Маниакальное идеаторное возбуждение может быть выражено всеми перечисленными признаками, исключая**

- 1) идеаторную «спутанность»;

- 2) конфабуляции;
- 3) гипермнезию;
- 4) явления отвлекаемости со скачкой идей;
- 5) ускорение ассоциаций.

**34. Признаками гипоманиакального состояния являются**

- 1) повышение настроения;
- 2) повышенная активность;
- 3) все перечисленные;
- 4) нарушение сна;
- 5) ни один из перечисленных.

**35. Признаками маниакального состояния являются**

- 1) повышенное стремление к деятельности;
- 2) все перечисленные;
- 3) повышение настроения;
- 4) ни один из перечисленных;
- 5) повышенная отвлекаемость.

**36. Обсессивный синдром характеризуется**

- 1) всем перечисленным;
- 2) бессилием в противоборстве, преодолением ценой изнуряющих страданий;
- 3) ничем из перечисленного;
- 4) сознанием их болезненности, критическим отношением к ним;
- 5) возникновением чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т.д. помимо желания.

**37. К отвлеченным навязчивостям относятся все перечисленные, исключая**

- 1) навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, терминов и т.д.;
- 2) навязчивое разложение на отдельные слоги различных слов;
- 3) навязчивый счет;
- 4) бесплодное мудрствование (умственная жвачка);
- 5) навязчивое чувство антипатии.

**38. Навязчивые воспоминания характеризуются всем перечисленным, кроме**

- 1) сопровождения мучительного чувства стыда и раскаяния;
- 2) назойливого, непреодолимого воспоминания крайне неприятного события;
- 3) попыток забыть, не думать, которые не удаются;

- 4) принятия неправдоподобного за действительность вопреки сознанию и потере сознания их болезненности.

**39. Навязчивое чувство антипатии характеризуется**

- 1) возникающим, помимо воли и вопреки действительному отношению, чувству неприязни, ненависти, отвращения к человеку;
- 2) всем перечисленным;
- 3) невозможностью избавиться от него;
- 4) возникновением отчаяния из-за подобного чуждого чувства.

**40. Навязчивые влечения характеризуются всем перечисленным, кроме**

- 1) возникновения при этом страха, связанного также с непонятностью появления чуждого влечения;
- 2) возникновения при этом страха, связанного с представлением о возможности подобных действий;
- 3) острого овладения рассудком, подчиняя себе все поведение больного;
- 4) стремления совершать какое-либо бессмысленное, часто опасное действие;
- 5) появления вопреки разуму, воли и чувству.

**41. Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) неопределенного чувства страха, без понимания его бессмысленности;
- 2) наличия конкретного содержания;
- 3) понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним;
- 4) интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного;
- 5) возможности быть всеохватывающим.

**42. Навязчивые сомнения характеризуются всем перечисленным, исключая**

- 1) стремление проводить перепроверки;
- 2) сомнение в правильности и точности исполнения;
- 3) назойливую неуверенность в правильности и законченности совершаемых действий;
- 4) возможность продолжаться до бесконечности;
- 5) успокоение больного многократными проверками.

**43. Навязчивые опасения характеризуются всем перечисленным, кроме**

- 1) ощущения воздействия посторонней силы;
- 2) неустранимой вопреки воле и рассудку неуверенности в

удачном выполнении привычных или автоматизированных действий;

- 3) возможности действительного нарушения соответствующих как произвольных, так и непроизвольных действий;
- 4) близости в навязчивым сомнениям;
- 5) отношения к образным (чувственным) навязчивостям.

**44. К навязчивым ритуалам относятся все перечисленные, кроме**

- 1) навязчивых движений и действий, возникающих совместно с другими образными навязчивостями;
- 2) воспроизводящих вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья или преодоления другого вида навязчивости;
- 3) имеющих значение заклинаний, защиты;
- 4) действия, совершаемого под воздействием чужой воли.

**45. Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) расстройства самосознания целостности;
- 2) расстройства самосознания витальности и активности;
- 3) чувства изменения, утраты или раздвоения своего Я;
- 4) нарушения сознания;
- 5) расстройства самосознания личности, отчуждения психических свойств личности.

**46. В сравнительно легких случаях деперсонализация выражается всем перечисленным, исключая**

- 1) ощущение наблюдения себя как бы со стороны;
- 2) блеклое, безжизненное, приглушенное осознание себя;
- 3) восприятие окружающей обстановки как безжизненной;
- 4) ощущение внутренней измененности, касающейся чувств и мыслей;
- 5) возможность утраты чувств, возможной утраты собственного «Я».

**47. В более тяжелых случаях деперсонализация проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) отчуждения действий, поступков;
- 2) отчуждения мыслей, отчуждения чувств;
- 3) ощущения нереальности окружающего;
- 4) восприятия их как искусственно созданных воздействий извне;
- 5) отчуждения представлений, воспоминаний.

**48. В самых тяжелых случаях деперсонализация проявляется всем перечисленным, исключая**

- 1) феномен расщепления «Я»;
- 2) утрату чувственного восприятия предметов;
- 3) ощущение, что подобное расщепление происходит под воздействием внешних сил;
- 4) утверждение, что каждое из этих Я по-разному воспринимают окружающее, думают, чувствуют;
- 5) утверждение, что существуют два несогласных Я.

**49. К проявлениям физической (телесной) деперсонализации относятся**

- 1) чувство отчуждения своего голоса;
- 2) ни одно из перечисленных;
- 3) все перечисленные;
- 4) наблюдение за своими действиями как бы со стороны;
- 5) ощущение, что тело, отдельные части его стали чужими.

**50. К расстройству самосознания витальности относится все перечисленное, кроме**

- 1) ослабления физического благополучия, тонуса телесного существования;
- 2) утраты чувств, что живут, что есть (в тяжелых случаях);
- 3) ослабления переживания телесной жизнедеятельности (в легких случаях);
- 4) понижения восприимчивости внешних раздражителей;
- 5) снижения или исчезновения чувства собственной жизнестойкости.

**51. К расстройству самосознания активности относится все перечисленное, исключая**

- 1) чувство замедления, затруднения моторики;
- 2) тугоподвижность мышления;
- 3) чувство затруднения, замедления чувств;
- 4) чувство затруднения, замедления, ослабления интенции мышления;
- 5) субъективное затруднение повседневных решений, действий, мыслей.

**52. К расстройству самосознания целостности относится все перечисленное, кроме**

- 1) возникновения переживания внутреннего распада, раздвоения, вызывающего панический страх;
- 2) нарушения осознания себя как единого неразрывного целого;

3) ощущения расстройства «схемы тела» (увеличения и смещения);

- 4) возможности отчуждения частей собственного тела;
- 5) сосуществования двух несогласованных Я находящихся в постоянном противоречии.

**53. К расстройству границ самосознания относится все перечисленное, исключая**

- 1) ослабление вплоть до полного исчезновения различия между миром внутренним и внешним;
- 2) ослабление вплоть до полного исчезновения границ «Я» и не «Я»;
- 3) ощущение себя беззащитным, открытым всем внешним влияниям;
- 4) ослабление вплоть до полного исчезновения различия между реальностью и образами, созданными аутистическим миром больных;
- 5) появление полного равнодушия, безучастия ко всему окружающему.

**54. К расстройству идентичности самосознания относится все перечисленное, исключая**

- 1) неуверенность в непрерывности самосознания от рождения до данного момента;
- 2) прекращение осознания себя, кто он;
- 3) в тяжелых случаях исчезновение уверенности «Я есть, Я сам»;
- 4) в легких случаях ощущение отдаленности своего Я;
- 5) дезориентировку в ситуации.

**55. К расстройствам ориентировки относится все перечисленное, кроме**

- 1) расстройства ориентировки в собственной личности;
- 2) расстройства ориентировки в месте;
- 3) расстройства сознания личности, сопровождающегося отчуждением психических свойств личности;
- 4) дезориентировки в ситуации;
- 5) дезориентировки во времени.

**56. Дерезализация характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) утраты чувства действительности;
- 2) восприятия внешнего мира призрачным, неотчетливым;
- 3) чувства призрачности окружающего;
- 4) искажения величины и формы воспринимаемых предметов и пространства;

- 5) сомнения в реальности существования окружающих предметов, людей.

**57. К кругу дереализационных расстройств относится все перечисленное, исключая**

- 1) олицетворенное осознание;
- 2) понижение восприимчивости внешних раздражителей;
- 3) изменение олицетворения неодушевленных предметов;
- 4) расстройство апперцепции;
- 5) расстройство осознания времени.

**58. Дерезализационные расстройства проявляются всем перечисленным, кроме**

- 1) неспособности определять год, месяц, число, время года, день недели;
- 2) ослабления олицетворения неодушевленных предметов (окружающее лишено эмоционального резонанса, безжизненно, мертво);
- 3) нарушения способности восприятия в виде невозможности устанавливать связи явлений и понимать смысл происходящего;
- 4) возникновения ощущения, что рядом кто-то находится, что непосредственно переживается, с одновременным осознанием ошибочности возникающего чувства;
- 5) восприятия окружающего зловеще-настороженным, мистически таинственным, необычно радостным.

**59. Расстройство осознания времени проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) исчезновения сознания непрерывности и последовательности времени;
- 2) бредового осознания времени;
- 3) утраты различия между настоящим, прошлым и будущим;
- 4) замедления или ускорения времени, ощущения движения времени скачками;
- 5) дезориентировки во времени.

**60. Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме**

- 1) восприятия искажения формы и величины своего тела;
- 2) частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами;
- 3) отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин;
- 4) необычности, вычурности ощущений;

- 5) разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений в различных частях тела.

**61. Ипохондрический синдром проявляется всем перечисленным, исключая**

- 1) бредовую убежденность в существовании несуществующей болезни;
- 2) подавленное настроение с мыслями о неизлечимой болезни;
- 3) убежденность в несуществующем заболевании;
- 4) чрезмерно утрированное внимание к здоровью;
- 5) разнообразные, крайне мучительные и тягостные ощущения.

**62. Особенностью паранойяльной ипохондрии является все перечисленное, кроме**

- 1) наличия системы доказательств заболевания;
- 2) убеждения, что болезнь развилась в результате воздействия гипноза и т.д.;
- 3) твердой убежденности в некоем заболевании;
- 4) проявления кверулянтской активности при попытке переубеждения;
- 5) упорного требования обследования.

**63. Истерический припадок проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) разнообразных сложных, выразительных движений;
- 2) припадка с клонической и тонической фазой;
- 3) усиления и затягивания при скоплении людей вокруг;
- 4) психогенной обусловленности;
- 5) сопровождающего помрачения сознания.

**64. Малые истерические припадки проявляются всем перечисленным, исключая**

- 1) приступы рыдания и хохота;
- 2) чувство дурноты, учащенное дыхание д.беспорядочные движения конечностями;
- 3) секундную потерю сознания с подергиванием тела и группы мышц;
- 4) патетическую жестикуляцию.

**65. Истерические параличи и парезы характеризуются**

- 1) всем перечисленным;
- 2) моно-, геми-, пара-, тетра-плегиями и парезами;
- 3) отсутствием изменений сухожильных рефлексов;
- 4) могут быть как спастическими, так и вялыми;



5) функциональным характером.

**66. Астазия-абазия проявляется**

- 1) всем перечисленным;
- 2) сохранением мышечной силы и движений в положении лежа;
- 3) невозможностью передвигаться без посторонней помощи;
- 4) неуверенной, шаткой походкой;
- 5) ничем из перечисленного.

**67. Истерические гиперкинезы проявляются всем перечисленным, кроме**

- 1) тикообразных сокращений мышц лица;
- 2) возникновения и усиления после психотравмы и от эмоциональных переживаний;
- 3) дрожания различной амплитуды и частоты всего тела или его частей;
- 4) отсутствия исчезновения во сне;
- 5) ослабления при отвлечении внимания и усиления при волнении.

**68. Блефароспазм проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) наличия пареза века;
- 2) контрактуры глазных мышц;
- 3) возможности микропатологии глаз, конъюнктивита, блефарии и т.д.;
- 4) большой трудности открыть глаз при запрокидывании головы;
- 5) противодействия пассивному открыванию глаза, активного участия нижнего века в закрывании глаза.

**69. Истерические сенсорные нарушения и расстройства чувствительности проявляются всем перечисленным, кроме**

- 1) концентрического сужения полей зрения;
- 2) наличия характера сделанности этих расстройств;
- 3) гипестезии и анестезии участков тела;
- 4) утраты слуха;
- 5) психогенной слепоты (амавроз).

**70. Истерические нарушения зрения характеризуются всем перечисленным, кроме**

- 1) острого возникновения, наличия явной или скрытой связи с психогенией;
- 2) сохранения реакции на свет;

- 3) отсутствия нарушения пространственной ориентировки;
- 4) изменений на глазном дне;
- 5) отсутствия изменений границ на красный цвет при концентрическом сужении полей зрения.

**71. При истерической полной утрате слуха наблюдается все перечисленное, кроме**

- 1) сужения зрачков при громких звуках;
- 2) нарушений барабанной перепонки;
- 3) наличия замыкания глазных щелей при интенсивном внезапном звуке;
- 4) сохранения реакции на вербальные звуки и шумы;
- 5) наличия гипостезии (анестезии) ушных раковин.

**72. Истерические сумеречные состояния характеризуются всем перечисленным, кроме**

- 1) чрезвычайно выразительного, театрального поведения больных;
- 2) расстройства сознания с наплывом ярких галлюцинаций, полностью замещающих реальную обстановку;
- 3) возникновения в памяти всего периода истерического изменения сознания;
- 4) возможности возникновения нестойких бредоподобных идей;
- 5) звучания психотравмирующей ситуации.

**73. Синдром сверхценных идей характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) приобретения этими суждениями в сознании больного доминирующего места;
- 2) наличия суждений, возникающих вследствие реальных обстоятельств на основе действительных фактов;
- 3) целиком ошибочных, неправильных умозаключений;
- 4) склонности при определенных условиях с течением времени блекнуть и исчезать;
- 5) наличия выраженного аффективного напряжения.

**74. Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме**

- 1) несоответствия действительности;
- 2) невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью;
- 3) полного овладения сознания;
- 4) искажения отражения действительности;
- 5) доступности исправления, устранения путем убеждения.



**75. К свойствам бреда относятся**

- 1) все перечисленные;
- 2) ошибочность обоснования, нарушение логического обоснования;
- 3) абсолютная резистентность к логическим контраргументам;
- 4) сила неопровержимой истины с невозможностью коррекции;
- 5) непоколебимое убеждение, неизменность установившейся точки зрения.

**76. Интерпретативный бред (бред толкования) характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) непрерывной внутренней работы над содержанием бреда;
- 2) крайне одностороннего трактования фактов доказательств и игнорирования фактов, противоречащих излагаемой концепции;
- 3) построения системы бреда на цепи доказательств, обнаруживающих субъективную логику;
- 4) нарушения абстрактного познания действительности;
- 5) нарушения чувственного познания окружающего мира.

**77. Варианты интерпретативного бреда по тематике могут быть все перечисленные, кроме**

- 1) бреда преследования;
- 2) бреда ревности;
- 3) бреда изобретения;
- 4) бреда инсценировки;
- 5) ипохондрического бреда.

**78. Синдрому интерпретативного бреда свойственно все перечисленное, кроме**

- 1) стойкости и прогрессирования;
- 2) преобладания образных представлений, наличия растерянности;
- 3) повышенной активности;
- 4) превращения бредовых идей в постоянное воззрение;
- 5) наличия непрерывной внутренней работы над содержанием бреда, развитием и систематизацией бредовых идей.

**79. Синдром чувственного (образного) бреда характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) наглядно-образного характера, отсутствия активной работы над содержанием бреда;
- 2) последовательного подкрепления искаженного суждения цепью обстоятельств;

- 3) фрагментарности, неясности, непоследовательности бредовых представлений;
- 4) преобладания воображения, фантазии, грез;
- 5) отсутствия последовательной системы доказательств, обоснований.

**80. Аффективному бреду свойственно все перечисленное, кроме**

- 1) являться разновидностью интерпретативного бреда;
- 2) сравнительно неглубокого и не инертного расстройства психической деятельности;
- 3) отсутствия необратимых изменений личности;
- 4) наличия лишь относительной логической последовательности содержания;
- 5) возникновения вместе с эмоциональными расстройствами.

**81. К депрессивному бреду относится все перечисленное, исключая**

- 1) нигилистический бред;
- 2) бред гибели;
- 3) бред супружеской неверности;
- 4) бред самообвинения, греховности, осуждения;
- 5) бред громадности (Котара).

**82. Для бредовых идей характерно все перечисленное, кроме**

- 1) связанности умозаключений с расстройствами воли, влечений, эмоциональными нарушениями;
- 2) тенденции к систематизации;
- 3) ложных умозаключений и отсутствия критики к ним;
- 4) возможности частичной коррекции путем разубеждения;
- 5) меньшего постоянства, кратковременности существования в отличие от бреда.

**83. Для резидуального бреда характерно все перечисленное, кроме**

- 1) сохранения после исчезновения всех других проявлений психоза;
- 2) сохранения в качестве моносимптома;
- 3) последующего восстановления критического отношения к бреду;
- 4) сохранения при нормализации всего психического состояния, кроме бредового содержания;
- 5) обязательности сосуществования с изменениями личности.

**84. Бред инсценировки характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) все происходящее сделано специально;

- 2) возникновения на фоне расстроенного сознания;
- 3) под видом родных приходят незнакомые, а в посторонних узнают родных;
- 4) вокруг все изменяется, перемещается, изменяются лица окружающих;
- 5) вокруг идет как бы инсценировка, разыгрывается спектакль.

**85. Для галлюцинаций характерно все перечисленное, кроме**

- 1) обязательности нарушения сознания;
- 2) характера проекции, неотличимой от реальных объектов;
- 3) наличия произвольно возникающих представлений, проецируемых вовне;
- 4) возникновения существующего без реального объекта;
- 5) восприятия несуществующего.

**86. Истинным галлюцинациям свойственно**

- 1) все перечисленное;
- 2) яркость, неотличимость от реальных предметов;
- 3) проецирование их во вне;
- 4) произвольное возникновение представлений;
- 5) ничего из перечисленного.

**87. Истинные галлюцинации разделяются по анализатору на следующие виды, кроме**

- 1) обонятельных;
- 2) слуховых;
- 3) зрительных;
- 4) экстракампинных;
- 5) вкусовых.

**88. Истинные зрительные галлюцинации могут быть следующими, кроме**

- 1) с величиной видений натуральной, уменьшенной, увеличенной;
- 2) бесформенных, с неотчетливой или очерченной формой;
- 3) все правильно;
- 4) подвижных или неподвижных;
- 5) бесцветных, цветных.

**89. Слуховые истинные галлюцинации делятся по всем перечисленным признакам, кроме**

- 1) сложности (элементарные – агозмы и более сложные);
- 2) сходства с естественными звуками;

- 3) продолжительности (непрерывные и эпизодические);
- 4) содержания (безразличные, угрожающие, императивные и т.д.);
- 5) интенсивности.

**90. При истинных тактильных галлюцинациях возникают**

- 1) ни одно из перечисленных ощущений;
- 2) все перечисленные ощущения;
- 3) ощущение появления под кожей посторонних предметов;
- 4) ощущение появления на поверхности тела посторонних предметов;
- 5) ощущение ползания по телу насекомых.

**91. Для висцеральных галлюцинаций характерно все перечисленное, кроме**

- 1) возможности точного описания своих ощущений;
- 2) наличия беспредметных, необычных, тягостных ощущений в разных местах;
- 3) ощущения присутствия в теле живых существ;
- 4) ощущения явного присутствия в полости тела инородных предметов;
- 5) ощущения, что эти предметы неподвижны, шевелятся, передвигаются и т.д..

**92. Гипнагогические галлюцинации проявляются в виде видений**

- 1) возникающих на темном поле зрения;
- 2) возникающих при закрытых глазах;
- 3) произвольно возникающих перед засыпанием;
- 4) ни одного из перечисленных;
- 5) всех перечисленных.

**93. Галлюцинации мышечного чувства проявляются в виде всех перечисленных ощущений, кроме**

- 1) особой легкости отдельных членов тела;
- 2) особой легкости всего тела;
- 3) движения языка или других органов;
- 4) тягостных, необычных ощущений в мышцах;
- 5) тяжести тела или его членов.

**94. Аффективные иллюзии характеризуются всем перечисленным, кроме**

- 1) приобретения характера сделанности;
- 2) усиления к вечеру;
- 3) возникновения при страхе, тревоге;

- 4) возникновения при патологических изменениях аффекта;
- 5) искаженного восприятия, связанного с необычным эмоциональным состоянием.

**95. Педункулярный галлюциноз характеризуется**

- 1) всем перечисленным;
- 2) возникновением чаще при поражениях среднего мозга, ножек мозга;
- 3) возникновением чаще в вечернее время;
- 4) отсутствием страха у больных, отсутствием тягостных ощущений;
- 5) наличием движущихся микроскопических зрительных галлюцинаций.

**96. Для псевдогаллюцинации характерно все перечисленное, кроме**

- 1) интрапроекции внутри организма;
- 2) безжизненности, беззвучности, бестелесности;
- 3) наличия признаков нарушения сознания;
- 4) лишения конкретности, реальности;
- 5) наличия характера сделанности.

**97. Зрительные псевдогаллюцинации характеризуются всем перечисленным, кроме**

- 1) возникновения при нарушениях сознания;
- 2) наличия вызываемых, показываемых видений, картин;
- 3) характера сделанности;
- 4) простоты или сценopodobности;
- 5) бесформенности или отчетливой формы.

**98. Иллюзии характеризуются**

- 1) сливанием отражения реального объекта с болезненным представлением;
- 2) ложным, ошибочным восприятием вещей или явлений;
- 3) ничем из перечисленного;
- 4) всем перечисленным;
- 5) разделением на аффективные, вербальные, парейдолические.

**99. Вербальные иллюзии характеризуются**

- 1) ложным восприятием содержания реального разговора окружающих;
- 2) ничем из перечисленного;
- 3) всем перечисленным;

- 4) возникновением чаще на фоне тревожной подозрительности, страха, относясь к вербальному варианту аффективных иллюзий;
- 5) восприятием обвинения, укоров, брани, угроз в нейтральных разговорах.

**100. Парейдолические иллюзии характеризуются всем перечисленным, кроме**

- 1) восприятия вместо трещин на стене фантастических картин и т.д.;
- 2) наличия образного и фантастического содержания;
- 3) возникновения при оглушении;
- 4) возникновения при снижении тонуса психической деятельности;
- 5) возникновения без существенных изменений аффекта.

**101. Функциональные галлюцинации характеризуются**

- 1) всем перечисленным;
- 2) исчезновением с прекращением действия раздражителей;
- 3) сосуществованием с внешним раздражением, не сливаясь с ним;
- 4) появлением при существовании реального внешнего раздражения;
- 5) ничем из перечисленного.

**102. Галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется**

- 1) разнообразностью по содержанию (от идеи колдовства и гипноза до самых современных методов преследования);
- 2) психическими автоматизмами и псевдогаллюцинациями;
- 3) сочетанием бреда преследования, воздействия;
- 4) ничем из перечисленного;
- 5) всем перечисленным.

**103. Идеаторные (ассоциативные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме**

- 1) ментизма, симптома открытости, звучания мыслей;
- 2) мнимого воздействия на процессы мышления и другие формы психической деятельности;
- 3) сделанных настроением, сделанных чувствами;
- 4) отнятия мыслей, сделанных мыслей, разматывания воспоминаний;
- 5) сделанных неприятными ощущения.

**104. Сенестопатические (сенсорные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме**

- 1) крайне неприятных ощущений, возникающих в результате мнимого воздействия посторонних сил;
- 2) необычности, вычурности ощущений;
- 3) чувства сделанного жара или холода, болезненных ощущений в разных частях тела;
- 4) сделанного настроения, сделанного чувства;
- 5) разнообразного характера сделанных ощущений.

**105. Кинестетические (моторные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме**

- 1) рече-двигательных автоматизмов;
- 2) проявления ощущения неподвижности, оцепенения;
- 3) отнятия мыслей, разматывания воспоминаний;
- 4) убеждения, что действиями руководят, двигают их конечностями;
- 5) убеждения, что движения производятся помимо воли, под влиянием извне.

**106. Хронический галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется**

- 1) всем перечисленным;
- 2) отсутствием растерянности, яркости аффекта;
- 3) частым возникновением на высоте развития явлений бредовой деперсонализации;
- 4) склонностью к систематизации бредовых расстройств;
- 5) ничем из перечисленного.

**107. Галлюцинаторный вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома характеризуется**

- 1) незначительным удельным весом бреда преследования и воздействия;
- 2) небольшим удельным весом психических автоматизмов;
- 3) преобладанием псевдогаллюцинации;
- 4) ничем из перечисленного;
- 5) всем перечисленным.

**108. Бредовый вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома характеризуется**

- 1) большим удельным весом психических автоматизмов;
- 2) преобладанием бредовых идей воздействия и преследования;
- 3) ничем из перечисленного;

4) всем перечисленным;

5) относительно слабостью выраженности псевдогаллюцинаторных расстройств.

**109. Кататонический ступор проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) обездвиженности застывшего амимичного лица;
- 2) отказа от речи, негативизма;
- 3) длительно сохранения одной позы;
- 4) повышения мышечного тонуса;
- 5) выраженного депрессивного аффекта.

**110. Субступорозное состояние проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) неестественных, вычурных поз;
- 2) продолжительного сохранения одного и того же положения тела;
- 3) более или менее выраженного мутизма;
- 4) ложных воспоминаний;
- 5) неполной обездвиженности.

**111. Варианты кататонического ступора являются**

- 1) все перечисленное;
- 2) ступор с оцепенением;
- 3) негативистический ступор;
- 4) ступор с явлениями восковой гибкости;
- 5) ничего из перечисленного.

**112. Ступор с явлениями восковой гибкости проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) резкого напряжения мышц с противодействием при попытке изменить позу;
- 2) сохранения любого изменения позы;
- 3) состояния обездвиженности;
- 4) исчезновения восковой гибкости в обратном порядке;
- 5) появления восковой гибкости в жевательных мышцах, затем в мышцах шеи, верхних и нижних конечностях.

**113. Ступор с оцепенением проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) постоянного пребывания в одной и той же позе;
- 2) резчайшего мышечного напряжения;
- 3) появления симптома хоботка (вытянутых губ при плотно сжатых челюстях);



- 4) пребывания чаще во внеушной позе;
- 5) явлений восковой гибкости.

**114. Апатический (адинамический, аспонтанный) ступор проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) ложных воспоминаний;
- 2) крайнего бессилия, доходящего до протрации, бессонницы;
- 3) полной бездеятельности;
- 4) абсолютной безучастности.

**115. Кататонический раптус проявляется**

- 1) ничем из перечисленного;
- 2) всем перечисленным;
- 3) в том, что больные мечутся, кричат, нанося себе повреждения;
- 4) в неистовом возбуждении внезапно прерывающемся за-  
торможенностью;
- 5) в наиболее выраженной форме двигательного возбуждения.

**116. Депрессивное возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) ощущения сделанности состояния;
- 2) мучительной, невыносимой тоски;
- 3) безысходного отчаяния;
- 4) двигательного возбуждения;
- 5) того, что больные стонут, рыдают, пытаются нанести себе повреждения.

**117. Маниакальное состояние характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) незаконченности и немотивированности переходов от одного вида деятельности к другому;
- 2) чрезмерного стремления к деятельности;
- 3) преобладания двигательных и речевых стереотипий;
- 4) ускорения мышления и речи;
- 5) повышенного аффекта.

**118. Для кататонического возбуждения характерно все перечисленное, кроме**

- 1) сумеречного помрачения сознания;
- 2) двигательного возбуждения с преобладанием двигательных и речевых стереотипий, эхоталии, эхопарксии;
- 3) импульсивности поступков и отдельных движений;
- 4) несоответствия выражения лица господствующему аффекту (парамимия);

- 5) гримасничанья, манерности, вычурности движений.

**119. Вариантами кататонического возбуждения является все перечисленное, кроме**

- 1) экстатического (растерянно-патетического);
- 2) тревожного;
- 3) немого (безмолвного);
- 4) гебефренического;
- 5) импульсивного.

**120. Экстатическое (растерянно-патетическое) возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) возможности эпизодов ступора и субступора;
- 2) выпренности, непоследовательности речи;
- 3) преобладания выражения восторга, мистической проникновенности, экстаза;
- 4) театральности поз, декламации, пения и т.д.;
- 5) хаотического возбуждения с агрессией.

**121. Импульсивное возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) прерывания кратковременными состояниями ступора;
- 2) агрессии, неистовой ярости;
- 3) театральности поз;
- 4) неожиданности поступков;
- 5) преобладания в речи стереотипно повторяемых слов (эхоталии, вербигерации).

**122. Гебефреническое возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) нелепого, бессмысленного хохота;
- 2) преобладания выражения восторга, экстаза;
- 3) дурашливости, гримасничания;
- 4) неуместных плоских шуток;
- 5) прыжков, кривляния.

**123. Немое (безмолвное) возбуждение проявляется**

- 1) яростным сопротивлением;
- 2) хаотическим, бессмысленным, нецеленаправленным возбуждением с агрессией;
- 3) ничем из перечисленного;
- 4) всем перечисленным;
- 5) нанесением себе и окружающим тяжелых повреждений.



**124. Для эпилептического (эпилептиформного) возбуждения характерно**

- 1) двигательное возбуждение, сопровождающееся дисфорией;
- 2) ничего из перечисленного;
- 3) все перечисленное;
- 4) злобно-брутальные действия (нанесение увечий, убийство);
- 5) двигательное возбуждение, сопровождающееся сумеречным помрачением сознания.

**125. Импульсивные действия проявляются всем перечисленным, кроме**

- 1) немотивированного и бессмысленного действия;
- 2) характера сделанности;
- 3) внезапного и стремительного начала;
- 4) возникновения при глубоком нарушении психической деятельности;
- 5) совершения действия без контроля сознания.

**126. Импульсивные влечения проявляются всем перечисленным, кроме**

- 1) сопровождающихся проявлением всех конкурирующих мыслей, представлений, желаний;
- 2) влечений, подчиняющих себе поведение больного;
- 3) бессмысленных двигательных возбуждений;
- 4) острых, время от времени возникающих стремлений, овладевающих рассудком;
- 5) неполноты, непоследовательности воспоминаний о времени их господства.

**127. К импульсивным влечениям относятся все перечисленные, кроме**

- 1) клептомании;
- 2) дромомании;
- 3) дипсомании;
- 4) графомании;
- 5) пиромании.

**128. Онейроидная кататония проявляется**

- 1) ступором с явлениями восковой гибкости, ступорозными состояниями;
- 2) экстатическим, импульсивным, гебефреническим возбуждением;
- 3) ничем из перечисленного;
- 4) всем перечисленным;
- 5) онейроидным помрачением сознания.

**129. Люцидная кататония проявляется**

- 1) кататоническим состоянием;
- 2) ничем из перечисленного;
- 3) всем перечисленным;
- 4) отсутствием помрачения сознания;
- 5) как правило, ступором с негативизмом и оцепенением.

**130. Неотложная помощь при остром галлюцинаторно-бредовом, галлюцинаторном и парафреническом состоянии заключается**

- 1) ни в чем из перечисленного;
- 2) во всем перечисленном;
- 3) в купировании психотической симптоматики нейролептиками-антипсихотиками (галоперидол, стелазин и т.д.);
- 4) в купировании возбуждения нейролептиками седативного действия (аминазин, тизерцин, хлорпротиксен);
- 5) в неотложной госпитализации.

**131. Неотложная помощь при кататоническом возбуждении включает все перечисленное, кроме**

- 1) применения ЭСТ;
- 2) применения мощных нейролептиков-антипсихотиков (мажептил, галоперидол, триседил);
- 3) инъекционного введения нейролептиков преимущественно седативного действия (аминазин, тизерцин, лепонекс);
- 4) неотложной госпитализации;
- 5) применения антидепрессантов.

**132. Синдромы помрачения сознания проявляются всем перечисленным, исключая**

- 1) дезориентировку во времени, месте, окружающих лицах, иногда в собственной личности;
- 2) отрешенность от окружающего мира: затруднение или полную невозможность восприятия происходящего вокруг;
- 3) нарушение отражения реального мира как в его внешних, так и внутренних связях;
- 4) чувство сделанности;
- 5) бессвязность мышления, наряду со слабостью или невозможностью выработки суждения, полную или частичную амнезию периода помрачения сознания.

**133. Аура сознания проявляется**

- 1) амнезией реальной обстановки и поведения больного;

- 2) кратковременным помрачением сознания различной психопатологической структуры;
- 3) ничем из перечисленного;
- 4) всем перечисленным;
- 5) сохранением в памяти психопатологических переживаний.

**134. Ауры сознания подразделяются**

- 1) на висцеросенсорные и висцеролюторные;
- 2) ни на одно из перечисленных;
- 3) на все перечисленные;
- 4) на психическую;
- 5) на сенсорную и импульсивную.

**135. Делирий характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) преобладания зрительных галлюцинаций, возможности вербальных галлюцинаций, острого чувственного бреда, аффективных расстройств;
- 2) резко выраженных двигательных возбуждений;
- 3) наплыва парейдолий и сценopodobных зрительных галлюцинаций;
- 4) помрачения сознания;
- 5) кататонических включений.

**136. Первая стадия делирия проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) смены приподнятого настроения тревогой, капризностью, обидчивостью;
- 2) псевдогаллюцинаторных расстройств;
- 3) расстройства сна с трудностью засыпания и яркими сновидениями;
- 4) изменчивости настроения, непоследовательности, говорливости, гиперстезии;
- 5) наплыва ярких воспоминаний, образных представлений о прошедших событиях.

**137. Вторая стадия делирия характеризуется всем перечисленным, исключая**

- 1) увеличение лабильности аффекта;
- 2) преобладание парейдолий;
- 3) кататонические расстройства;
- 4) появление устрашающих сновидений, которые путают с реальностью;
- 5) усиление расстройства сна

**138. Мусситирующий (бормочущий) делирий проявляется всем перечисленным, исключая**

- 1) хаотическое беспорядочное возбуждение обычно в пределах постели;
- 2) совершение профессиональных движений;
- 3) возможность развития карфологии;
- 4) развитие на высоте возбуждения хореоформных гиперкинезов;
- 5) невнятное бессвязное бормотание.

**139. Профессиональный делирий проявляется**

- 1) более глубоким, чем при обычном делирии помрачением сознания;
- 2) ничем из перечисленного;
- 3) всем перечисленным;
- 4) глубокой дезориентировкой в окружающей обстановке и отсутствием реакции на окружающее;
- 5) преобладанием возбуждения в виде автоматизированных двигательных актов под наплывом галлюцинаций.

**140. Делирий возникает в структуре следующих заболеваний**

- 1) ни одного из перечисленных;
- 2) всех перечисленных;
- 3) в острой стадии эпидемического энцефалита;
- 4) интоксикаций (в том числе алкогольных);
- 5) симптоматических психозов.

**141. Оглушение проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) замедленности, затруднения мышления, трудности в осмыслении ситуации в целом при правильной оценке наиболее элементарных явлений окружающего;
- 2) повышения порога возбудимости для всех внешних раздражителей;
- 3) выраженных галлюцинаторных и бредовых включений;
- 4) понижения вплоть до полного исчезновения ясности сознания;
- 5) аспонтанности, малоподвижности.

**142. Стадиями оглушения являются все перечисленные, кроме**

- 1) сопора;
- 2) сомнолентности;
- 3) обнубиляции;
- 4) ступора;
- 5) комы.

**143. Обнубиляция проявляется**

- 1) появлением «облачности сознания», «вуали на сознании»;
- 2) замедленностью реакций, в первую очередь, речевых, появлением рассеянности, невнимательности, ошибок в ответах;
- 3) всем перечисленным;
- 4) продолжительностью от минут до длительного времени;
- 5) частой беспечностью настроения.

**144. Сомнолентность проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) состояния полусна (большую часть времени лежит с закрытыми глазами);
- 2) способности внешних раздражителей на некоторое время ослабить симптоматику;
- 3) правильных ответов на простые вопросы;
- 4) конфабуляторных расстройств;
- 5) отсутствия спонтанной речи.

**145. Сопор проявляется**

- 1) ничем из перечисленного;
- 2) всем перечисленным;
- 3) вызыванием сильными раздражителями лишь стереотипных недифференцированных защитных реакций;
- 4) неподвижностью больных (с закрытыми глазами и амимией);
- 5) патологическим сном.

**146. Кома проявляется**

- 1) ничем из перечисленного;
- 2) отсутствием реакции на любые раздражители;
- 3) психотическими переживаниями;
- 4) полной утратой сознания;
- 5) всем перечисленным.

**147. К кратковременным расстройствам сознания в виде исключительных состояний относятся**

- 1) патологический аффект;
- 2) ни одно из перечисленных;
- 3) все перечисленные;
- 4) патологическое опьянение;
- 5) патологические просоночные состояния.

**148. Онейроидное (сновидное) помрачение сознания проявляется всем перечисленным, исключая**

- 1) глубокое расстройство самосознания;

- 2) видоизменение и перевоплощение своего «Я»;
- 3) дисмнестические расстройства;
- 4) полную отрешенность больных от окружающего;
- 5) фантастическое содержание переживаний.

**149. Этапами, предшествующими развитию онейроида, являются**

- 1) все перечисленные;
- 2) этап бредового настроения;
- 3) ни одно из перечисленных;
- 4) этап острой фантастической парафрении;
- 5) начальная стадия аффективных расстройств.

**150. Этапами развития онейроида являются все перечисленные, кроме**

- 1) ориентированного онейроида;
- 2) острой парафрении;
- 3) грезоподобного онейроида;
- 4) экспансивного онейроида;
- 5) фантастически-иллюзорного онейроида.

**151. Начальный этап развития онейроида проявляется**

- 1) ничем из перечисленного;
- 2) всем перечисленным;
- 3) преобладанием пониженного настроения с оттенком капризности немотивированной тревоги, либо повышенного настроения с оттенком восторженности, экзальтации;
- 4) возникновением расстройства сна: чередования необычайно ярких сновидений с бессонницей, нарушениями аппетита, головными болями, неприятными ощущениями в области сердца;
- 5) лабильностью аффекта.

**152. Начальные явления этапа бредового настроения в развитии онейроида проявляются**

- 1) всем перечисленным;
- 2) появлением несистематизированных бредовых идей;
- 3) ничем из перечисленного;
- 4) возникновением тревожно-бредового настроения;
- 5) эпизодическим появлением растерянности, бредовой ориентировки, бредового поведения.

**153. Этап бредового настроения в развитии онейроида проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) возникновения бреда инсценировки, значения, интерметаморфозы;

- 2) возникновения кататонического ступора;
- 3) нарастания аффективных нарушений;
- 4) возникновения аффективных иллюзий, автоматизмов;
- 5) возникновения оглушения.

**154. Этап острой фантастической парафрении проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) возникновения манихейского бреда;
- 2) возникновения фантастического ретроспективного бреда;
- 3) появления астенических расстройств;
- 4) фантастических видоизменений предшествующих психических расстройств;
- 5) приобретения фантастического содержания реальных событий.

**155. Этап ориентированного онейроида проявляется всем перечисленным, исключая**

- 1) легкое изменение фантастических бредовых построений под влиянием изменений окружающего, нарушение чувства времени;
- 2) сосуществование такого фантазирования с восприятием реального мира и ориентировкой в окружающем;
- 3) преобладание или растерянно-патетического возбуждения, или субступора;
- 4) наплыв истинных зрительных галлюцинаций;
- 5) возникновение произвольного фантазирования с яркими представлениями о полетах, путешествиях, войнах, мировых катастрофах.

**156. Фантастически-иллюзорный онейроид проявляется**

- 1) фрагментарностью отражения реального мира;
- 2) ничем из перечисленного;
- 3) всем перечисленным;
- 4) охваченностью обильно всплывающими в сознании яркими чувственными фантастическими представлениями;
- 5) наплывом конфабуляторных переживаний.

**157. Грезоподобный онейроид проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) частоты диссоциаций между содержанием сознания и двигательной сферой;
- 2) преобладания в сознании больного визуализированных фантастических представлений, связанных с внутренним миром больного;

- 3) ощущения себя участником фантастических событий;
- 4) преобладания вербальных псевдогаллюцинаций;
- 5) полной отрешенности от окружающей обстановки.

**158. Сумеречное помрачение сознания проявляется**

- 1) всем перечисленным;
- 2) полной отрешенностью от окружающего;
- 3) ничем из перечисленного;
- 4) внезапной, чаще кратковременной утратой ясности сознания;
- 5) иногда возможностью отрывочного и искаженного восприятия окружающего при сохранении привычек автоматизированных действий.

**159. Сумеречное помрачение сознания по особенностям клинических проявлений подразделяется на все перечисленные формы, кроме**

- 1) психотической;
- 2) истерической (психогенной);
- 3) ориентированного сумеречного помрачения сознания;
- 4) эндогенной;
- 5) простой.

**160. Ориентированное сумеречное помрачение сознания отличается тем, что**

- 1) не верно ни одно утверждение из перечисленных;
- 2) верно все перечисленное;
- 3) больные в самых общих чертах знают, где они находятся и кто их окружает;
- 4) имеет место неполная отрешенность от окружающего;
- 5) оно развивается на фоне тяжелой дисфории.

**161. Простая форма сумеречного помрачения сознания характеризуется всем перечисленным, исключая**

- 1) развиваются то кратковременные ступорозные состояния, то эпизоды импульсивного возбуждения с негативизмом;
- 2) больные отключаются от реальности, вступить с ними в контакт невозможно;
- 3) сохраняется полное воспоминание о переживаниях периода помраченного сознания;
- 4) спонтанная речь либо отсутствует, либо ограничивается повторением отдельных слов;
- 5) развивается внезапно.



**162. Разновидностями простой формы сумеречного помрачения сознания являются**

- 1) фуга или транс (минутные амбулаторные автоматизмы);
- 2) ничем из перечисленного;
- 3) всем перечисленным;
- 4) амбулаторные автоматизмы (непроизвольное суждение);
- 5) сомнамбулизм или лунатизм (амбулаторный автоматизм, возникающий во сне).

**163. Сумеречное помрачение сознания с продуктивными расстройствами («психотическая» форм) проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) наблюдается грезоподобный бред с преобладанием визуализированных фантастических представлений;
- 2) слова и действия больных отражают существование патологических переживаний;
- 3) возникает относительно постепенно;
- 4) восприятие больными окружающего искажено существованием бредовых расстройств;
- 5) сопровождается галлюцинациями, бредом и измененным аффектом.

**164. Особенности сумеречного помрачения сознания с продуктивными расстройствами является все перечисленное, исключая**

- 1) отношение как к чуждым действиям, совершенным в период помрачения сознания;
- 2) продолжительность от нескольких часов до недель;
- 3) больные в самых общих чертах знают, где они находятся;
- 4) оно бывает непрерывным и альтернирующим;
- 5) амнезия после выхода из него бывает частичной, ретардированной или полной.

**165. Галлюцинаторный вариант «психотической» формы сумеречной формы помрачения сознания характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) характерен наплыв вербальных псевдогаллюцинаций;
- 2) галлюцинации слуха – это фонемы, чаще оглушительные;
- 3) характерны подвижные, теснящие зрительные галлюцинации;
- 4) зрительные галлюцинации чаще чувственно яркие, сценopodobные, окрашены в разные цвета или сверкают;
- 5) преобладают зрительные с устрашающим содержанием галлюцинации.

**166. Бредовый вариант «психотической» формы сумеречного помрачения сознания характеризуется тем, что**

- 1) не верно ни одно из перечисленных утверждений;
- 2) верно все перечисленное;
- 3) часто наблюдается бред величия и мессианства;
- 4) преобладает образный бред с идеями преследования, воздействия, физического уничтожения;
- 5) часто встречаются религиозно-мистические бредовые высказывания.

**167. Аффективные расстройства при «психотической» форме сумеречного помрачения сознания характеризуются тем, что**

- 1) верно все перечисленное;
- 2) преобладает страх;
- 3) не верно ни одно из перечисленных утверждений;
- 4) иступленная злоба или ярость, экстаз;
- 5) они интенсивны и отличаются напряженностью.

**168. Патологическое просонное состояние (опьянение сном) характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) сознание остается заторможенным при освобождении функций, относящихся к движению;
- 2) заканчиваются сном и последующим сохранением в памяти обрывков бывших сновидений;
- 3) ярко помнятся сновидения, воспринимаемые за действительность, сновидения переплетаются с неправильным восприятием окружающего;
- 4) возникает при замедленном пробуждении и от глубокого сна, сопровождается яркими, в том числе кошмарными сновидениями;
- 5) состояния носят характер сделанности.

**169. Продрома пароксизмов характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, возникающими за несколько секунд (минут, часов, дней) до возникновения пароксизма**

- 1) ни одним из перечисленных;
- 2) всеми перечисленными;
- 3) аффективными;
- 4) сенестопатическими;
- 5) астеническими.

**170. Продрома пароксизмов характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, возникающими за несколько секунд (ми-**



нут, часов, дней) до возникновения пароксизма

- 1) всеми перечисленными;
- 2) психосенсорными;
- 3) ни одним из перечисленных;
- 4) ипохондрическими;
- 5) изменениями деятельности органов, общесоматического состояния.

**171. Характеристика аур важна в плане изучения**

- 1) негенерализованных пароксизмов;
- 2) ничего из перечисленного;
- 3) всего перечисленного;
- 4) локализации аур;
- 5) клинических проявлений предвестников пароксизма.

**172. К вариантам больших судорожных припадков относятся все следующие, кроме**

- 1) мезэнцефального припадка;
- 2) адверсивного судорожного припадка;
- 3) атипичных (рудиментарных) форм больших припадков;
- 4) генерализованного судорожного припадка;
- 5) джексоновского припадка.

**173. В развитии большого судорожного припадка различают**

- 1) все перечисленное;
- 2) клоническую форму;
- 3) ничего из перечисленного;
- 4) фазу помрачения сознания (оглушение или сумеречное расстройство сознания);
- 5) тоническую форму.

**174. Эпилептический статус сопровождается**

- 1) повышением температуры и другими сомато-вегетативными расстройствами;
- 2) всем перечисленным;
- 3) ничем из перечисленного;
- 4) изменениями в сердечно-сосудистой системе;
- 5) изменениями биохимии крови.

**175. Неотложная помощь при эпилептическом статусе включает следующие основные принципы**

- 1) ничего из перечисленного;
- 2) все перечисленные;

- 3) комплексность терапевтических мер;
- 4) применение дозированного наркоза;
- 5) раннее начало лечения.

**176. Абсансы (кратковременные состояния с внезапным выключением сознания) разделяются на**

- 1) все перечисленные;
- 2) средние сложные;
- 3) ничего из перечисленного;
- 4) слабые простые;
- 5) с автоматизированными действиями.

**177. К разновидностям пропульсивных припадков относятся все перечисленные, исключая**

- 1) салам-припадки;
- 2) молниеносные;
- 3) амиотонические;
- 4) клевки;
- 5) кивки.

**178. Импульсивные припадки, возникающие в возрасте 10-23 лет, характеризуются следующими признаками**

- 1) ни одним из перечисленных;
- 2) всеми перечисленными;
- 3) внезапным падением и последующим падением (в ряде случаев);
- 4) внезапными вздрагиваниями или толчкообразными движениями отдельных групп мышц;
- 5) кратковременной потерей сознания.

**179. Бессудорожные пароксизмы делятся на следующие группы**

- 1) ни на одну из перечисленных;
- 2) с неглубоким помрачением сознания;
- 3) на все перечисленные;
- 4) без помрачения сознания;
- 5) с глубоким помрачением сознания.

**180. К расстройствам памяти относится все перечисленное, кроме**

- 1) амнезии;
- 2) парамнезии;
- 3) сделанных воспоминаний;
- 4) дисмнезии;
- 5) конфабуляции.

**181. Ослабление избирательной репродукции является**

- 1) ничем из перечисленного;
- 2) всем перечисленным;
- 3) затруднением в воспроизведении необходимого в данный момент материала;
- 4) в первую очередь, затруднением в воспроизведении дат, имен, названий, терминов;
- 5) наиболее ранним проявлением ухудшения памяти.

**182. Антероградная амнезия характеризуется**

- 1) ни одним из перечисленных утверждений;
- 2) распространением подобного забвения на различный период (часы, дни, недели);
- 3) всеми перечисленными утверждениями;
- 4) утратой воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики;
- 5) правильным поведением больных в этот затем забытый период.

**183. Прогрессирующая амнезия характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) полного отсутствия памяти на текущие события;
- 2) утраты в первую очередь недавно приобретенного материала, событий последних лет жизни, дольшего сохранения событий раннего периода жизни;
- 3) наличия определенной закономерности в развитии нарушений памяти;
- 4) постепенного опустошения запасов памяти;
- 5) утраты способности запоминать.

**184. Конфабуляции представляют собой все перечисленное, исключая**

- 1) патологические воображения в форме воспоминаний;
- 2) обыденные, часто связанные с профессией события, замещающие пробел в воспоминаниях больного;
- 3) сделанные воспоминания;
- 4) ложные воспоминания;
- 5) действительные события, бывшие или возможные в прошлом, перемещенные в ближайшее время.

**185. Конфабуляторная спутанность представляет собой все перечисленное, кроме**

- 1) крайней непоследовательности высказываний до бессвязности;

- 2) возникновения конфабуляций, сопровождающихся ложным узнаванием окружающей обстановки и лиц, бессвязностью мышления;
- 3) помрачения сознания;
- 4) принятия окружающих за родных, давно умерших родственников;
- 5) интенсивного возникновения обильных конфабуляций.

**186. Криптомнезии проявляются**

- 1) воспоминанием как действительно происшедшего с больным события того, что он услышал, прочитал, увидел во сне (ассоциированные воспоминания);
- 2) ничем из перечисленного;
- 3) всем перечисленным;
- 4) искажениями памяти, выражающейся в ослаблении различия между действительно происходившими событиями и событиями прочитанными, услышанными, увиденными во сне;
- 5) воспоминанием действительных событий как услышанных, прочитанных, увиденных во сне (отчужденные воспоминания).

**187. Парамнезии проявляются**

- 1) ничем из перечисленного;
- 2) всем перечисленным;
- 3) абсолютной уверенностью, что действительно видел, слышал, переживал то, чего не было на самом деле;
- 4) восприятием действительно бывших в прошлом впечатлений как впервые возникших;
- 5) ложными воспоминаниями, возникающими в результате слияния актуального воспоминания с мнимым, бывшим якобы в прошлом.

**188. Расстройство побуждений проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) извращения волевой активности;
- 2) снижения волевой активности;
- 3) обездвиженности, оцепенения, ступора;
- 4) повышения волевой активности;
- 5) отсутствия побуждений.

**189. Гипобулия проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) скудной, лишенной выразительности речи, снижения двигательной активности;

- 2) ограничения общения вследствие снижения откликаемости;
- 3) ослабления внимания, обеднения мышления;
- 4) повышения мышечного тонуса;
- 5) пониженной волевой активности, бедности побуждений, вялости, бездеятельности.

**190. Абулия проявляется всем перечисленным, исключая**

- 1) отказ от речи (мутизм);
- 2) прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости;
- 3) утраты желания;
- 4) отсутствие побуждения;
- 5) полную безучастность и бездеятельность.

**191. Гипербулия проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) порывистости, инициативности;
- 2) повышенной деятельности;
- 3) говорливости, подвижности;
- 4) чувства сделанности состояния;
- 5) повышения полевой активности, усиления побуждений.

**192. Врожденное слабоумие (олигофрения) проявляется**

- 1) имбецильностью;
- 2) ничем из перечисленного;
- 3) всем перечисленным;
- 4) дебильностью;
- 5) идиотией.

**193. Приобретенное слабоумие делится на**

- 1) ничего из перечисленного;
- 2) все перечисленное;
- 3) тотальное (глобальное);
- 4) маразм (распад личности);
- 5) парциальное (лакунарное).

**194. Ускорение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, исключая**

- 1) преобладание образных представлений над абстрактными идеями;
- 2) более поверхностный характер умозаключений, крайнюю отвлекаемость мышления;
- 3) возникновение скачки идей, вихря мыслей и представлений;

- 4) увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени;
- 5) непроизвольно возникающий, непрерывный и неуправляемый поток мыслей.

**195. Заторможение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) однообразия мыслей и представлений, трудности их образования;
- 2) ощущения ослабления умственных способностей;
- 3) жалоб на утрату способности к мышлению;
- 4) трудности отделения главного от второстепенного;
- 5) замедления возникновения ассоциаций, уменьшения количества ассоциаций.

**196. Бессвязность мышления (инкогеренция) характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) хаотически образующихся бессмысленных связей в мышлении;
- 2) потери способности к элементарным обобщениям, к анализу и синтезу;
- 3) наличия непроизвольно возникающего непрерывного и неуправляемого потока мыслей, наплыва образов, представлений;
- 4) утраты способности к образованию ассоциативных связей, речи в виде беспорядочного набора слов;
- 5) утраты способности к отражению действительности в ее связях и отношениях.

**197. Обстоятельность мышления характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) утраты способности отделения существенного от несущественного;
- 2) выраженной затрудненности последовательного течения мыслей, сопровождающейся замедленностью;
- 3) снижения продуктивности мышления;
- 4) утраты способности отделения главного от второстепенного;
- 5) замедления образования новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих.

**198. Сужение объема мышления характеризуется всем перечисленным, исключая**

- 1) сужение круга представлений;

- 2) затруднение переключения с одной темы на другую;
- 3) уменьшение подвижности мыслительных процессов;
- 4) крайнюю ограниченность содержания мышления, обеднение темы;
- 5) неточность целенаправленности мышления.

**199. Закупорка мышления (шперрунг) проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) возникновения при ясном сознании;
- 2) того, что больные замолкают, утратив нить мысли;
- 3) внезапной блокады мыслей;
- 4) возникновения при кратковременном нарушении сознания;
- 5) неожиданной остановки, перерыва мыслей.

**200. Паралогическое мышление характеризуется всем перечисленным, исключая**

- 1) произвольную подмену одних понятий другими;
- 2) длительное преобладание одной какой-либо мысли, представления;
- 3) соскальзывания с основного ряда мышления на побочный;
- 4) соединение несопоставимых обстоятельств, явлений, положений;
- 5) объединение противоречивых идей, образов, утрату логической связи



## ТЕМА 4

### Методы обследования наркологических больных

**1. Фактор наследственной отягощенности обуславливает следующие проявления**

- 1) степень прогрессивности;
- 2) все перечисленные;
- 3) возраст начала заболевания;
- 4) преморбидные характерологические черты;
- 5) клинические особенности.

**2. Все перечисленные преморбидные личностные черты препятствуют развитию алкогольной болезни, кроме**

- 1) высокого интеллекта;
- 2) инфантилизма;
- 3) уравновешенности;
- 4) экстравертированности;
- 5) социальной интегрированности.

**3. Пубертатный период и инволюция – это возраст, когда часто манифестируют**

- 1) все перечисленное;
- 2) аффективные расстройства;
- 3) ничего из перечисленного;
- 4) токсикомании;
- 5) эндогенные психические заболевания.

**4. Наличие в анамнезе длительного периода бытового пьянства свидетельствует о следующих вариантах течения алкоголизма, кроме**

- 1) высокопрогрессивного;
- 2) медленнопрогрессивного;
- 3) среднепрогрессивного.

**5. Доклиническими проявлениями алкоголизма являются все перечисленные, кроме**

- 1) абстинентного синдрома;
- 2) отсутствия измененных картин опьянения;
- 3) сопорозного опьянения;
- 4) сохранения защитного рвотного рефлекса.

**6. Перечисленные данные анамнеза характерны для второй стадии алкоголизма, кроме**

- 1) наличия измененных форм опьянения;
- 2) вторичного патологического влечения к алкоголю;
- 3) «плато» толерантности;
- 4) снижения толерантности.

**9. Констатация в анамнезе сопутствующей психотической и характерологической патологии должна отвечать следующим требованиям, кроме**

- 1) использования объективных данных;
- 2) отражения в хронологическом порядке;
- 3) выражения в форме психиатрических терминов;
- 4) изложения описательным способом.

**10. Все перечисленные варианты влияния семьи способствуют приобщению к пьянству, кроме**

- 1) воспитания по типу «кумир семьи»;
- 2) подражания;
- 3) воспитания по типу «золушка»;
- 4) безнадзорности;
- 5) гиперопеки.

**11. Анамнестические данные о начале приобщения к алкоголю позволяют судить**

- 1) об особенностях клиники опьянения;
- 2) обо всем перечисленном;
- 3) ни об одном из перечисленного;
- 4) о реактивности организма к алкоголю;
- 5) об изначальной толерантности к алкоголю.

**12. Данные анамнеза о характере злоупотребления алкоголем и его динамике позволяют судить**

- 1) обо всем перечисленном;
- 2) ни об одном из перечисленного;
- 3) о реактивности организма;
- 4) о степени прогрессивности;
- 5) о влиянии патопластики.

**13. Анализ связей между злоупотреблением алкоголем и личностно-социальным статусом позволяет прогнозировать**

- 1) ничего из перечисленного;
- 2) стабильность терапевтических ремиссий;
- 3) все перечисленное;
- 4) глубину личностных расстройств;
- 5) степень прогрессивности.

**14. Отраженный в анамнезе характер проводившихся лечебных мероприятий позволяет судить о всех перечисленных аспектах, кроме**

- 1) адекватности лечения;
- 2) преемственности лечения;
- 3) правильности избранной лечебной тактики;
- 4) личностной структуры больного.

**15. К результатам проводившихся лечебных мероприятий можно отнести**

- 1) личностный рост;
- 2) все перечисленное;
- 3) стабильность ремиссии;
- 4) улучшение социальной адаптации;
- 5) продолжительность ремиссии.

**16. Объективный анамнез позволяет**

- 1) ничего из перечисленного;
- 2) восстановить хронологический порядок болезни;
- 3) оценить все перечисленное;
- 4) проверить правильность фактов, сообщенных больным;
- 5) получить сведения, о которых умолчал пациент.

**17. Данные субъективного анамнеза позволяют составить представление**

- 1) об истории его болезни;
- 2) обо всем перечисленном;
- 3) ни о чем из перечисленного;
- 4) об истории жизни;
- 5) о преморбидной личности больного.

**18. Выявлению характера и устойчивости внутрисемейных связей способствуют все перечисленные данные, кроме**

- 1) параклинических обследований физического состояния;
- 2) данных личностной диагностики;
- 3) субъективного анамнеза;



- 4) сведений объективного анамнеза;
- 5) психического статуса.

**19. Метод наблюдения позволяет выявить**

- 1) ничего из перечисленного;
- 2) изменение психического состояния больного;
- 3) все перечисленное;
- 4) возможность агрессивных действий;
- 5) диссимуляцию.

**20. Наличие вербальных и пантомимических стигм (ужимки, жаргон, уплощенный юмор) свидетельствуют**

- 1) о признаках снижения уровня личности;
- 2) обо всем перечисленном;
- 3) ни о чем из перечисленного;
- 4) о наличии токсической энцефалопатии;
- 5) о неблагоприятном микросоциальном влиянии.

**21. Снижение критики к своему состоянию – это результат**

- 1) всего перечисленного;
- 2) ничего из перечисленного;
- 3) развития энцефалопатии;
- 4) снижения уровня личности;
- 5) активности психологической защиты.

**22. При общесоматическом обследовании больного психиатр-нарколог должен обратить особое внимание на состояние**

- 1) эндокринной системы;
- 2) кожи и слизистых;
- 3) мочевыделительной системы;
- 4) сердечно-сосудистой системы;
- 5) пищеварительной системы.

**23. Специфической патологией со стороны сердечно-сосудистой системы при алкоголизме является**

- 1) ишемическая болезнь сердца;
- 2) болезнь Рейно;
- 3) кардиомиопатия;
- 4) гипертоническая болезнь.

**24. Наиболее распространенной патологией органов пищеварения при алкоголизме является**

- 1) алкогольный энтероколит;

- 2) алкогольный гастрит;
- 3) алкогольный гепатит;
- 4) алкогольный цирроз печени.

**25. При алкогольной невропатии обнаруживаются следующие неврологические нарушения**

- 1) ни одно из перечисленных;
- 2) снижение болевой и тактильной чувствительности;
- 3) все перечисленные;
- 4) паретические изменения мускулатуры;
- 5) расстройства глубокой чувствительности.

**26. При острой алкогольной энцефалопатии Гайе – Вернике в неврологической сфере наблюдаются**

- 1) фибриллярные подергивания мимической мускулатуры;
- 2) все перечисленное;
- 3) ничего из перечисленного;
- 4) сложные гиперкинезы;
- 5) мышечная гипертония.

**27. Неврологическими признаками хронической алкогольной энцефалопатии являются**

- 1) все перечисленное;
- 2) ничего из перечисленного;
- 3) атрофия мышц;
- 4) нарушения чувствительности;
- 5) невриты конечностей.

**28. Изменения на ЭЭГ характерны для всех перечисленных заболеваний, кроме**

- 1) инволюционных психозов;
- 2) опухолей мозга;
- 3) атрофических заболеваний;
- 4) органических и сосудистых поражений головного мозга;
- 5) эпилепсии.

**29. Посредством церебральной ангиографии могут быть выявлены**

- 1) изменение конфигурации турецкого седла;
- 2) расширение канала зрительного нерва;
- 3) расширение внутреннего слухового прохода;
- 4) пальцевые вдавления;
- 5) усиление сосудистого рисунка.

**30. К общим изменениям в костях черепа относятся все следующие рентгенологические признаки, кроме**

- 1) усиления сосудистого рисунка;
- 2) расширения канала зрительного нерва;
- 3) порозности деталей турецкого седла;
- 4) пальцевых вдавлений;
- 5) изменения конфигурации турецкого седла.

**31. Метод компьютерной томографии применяется для диагностики всех следующих видов мозговой патологии, исключая**

- 1) кровоизлияния в вещество мозга;
- 2) опухоли мозга;
- 3) инфаркты мозга;
- 4) дегенеративные изменения мозговой ткани;
- 5) менингиты.

**32. Экспериментально-психологическое исследование в клинике позволяет решать следующие задачи**

- 1) оценку степени нарушений психической деятельности;
- 2) ни одно из положений не верно;
- 3) верно все перечисленное;
- 4) получение данных о различных нарушениях психических процессов у больного диагностической целью;
- 5) объективную оценку динамики психического состояния в процессе терапии.

**33. Методика пиктограммы позволяет оценить**

- 1) уровень абстрагирования;
- 2) все перечисленное;
- 3) характер ассоциаций;
- 4) способность к опосредованию;
- 5) память испытуемого.

**34. Тест MMPI позволяет провести оценку всех перечисленных параметров, кроме**

- 1) характерологических особенностей личности;
- 2) нозологического диагноза;
- 3) психического состояния больного;
- 4) синдромологического диагноза.

**35. Тематический апперцептивный тест – это метод выявления**

- 1) ничего из перечисленного;
- 2) всего перечисленного;

- 3) эмоций;
- 4) комплексов и конфликтов личности;
- 5) потребностей личности.

**36. Патопсихологические методики исследования памяти позволяют оценить все перечисленное, кроме**

- 1) смыслового запоминания;
- 2) оперативной памяти;
- 3) уровня обобщения;
- 4) произвольного и произвольного запоминания;
- 5) опосредованного запоминания.

**37. Методика исследования внимания по таблице Шульте применяется для исследования**

- 1) скорости ориентировочно-поисковых движений взора;
- 2) ничего из перечисленного;
- 3) всего перечисленного;
- 4) объема, распределения и устойчивости внимания;
- 5) темпа сенсомоторных реакций.

**38. Патопсихологические методики исследования мышления позволяют оценить все перечисленное, кроме**

- 1) критичности мышления;
- 2) опосредованного запоминания;
- 3) способности к анализу и синтезу;
- 4) процесса обобщения и абстрагирования;
- 5) продуктивности ассоциаций.

**39. Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) предназначен**

- 1) для анализа всего перечисленного;
- 2) для изучения продуктивности ассоциаций;
- 3) для исследования опосредованного запоминания;
- 4) для оценки целенаправленности мышления;
- 5) ни для чего из перечисленного.

**40. Генеалогический метод исследования психических больных используют**

- 1) для определения прогноза психических болезней;
- 2) для диагностики заболеваний;
- 3) для определения степени риска психических заболеваний у потомства;
- 4) ни для чего из перечисленного;
- 5) для всего перечисленного.

**41. Морфологические исследования крови проводятся для выявления**

- 1) инфекционных процессов;
- 2) характерных изменений при фебрильной шизофрении;
- 3) ничего из перечисленного;
- 4) всего перечисленного;
- 5) осложнений лекарственной терапии.

**42. Биохимическое исследование крови проводится**

- 1) для определения функции печени при терапии психотропными средствами;
- 2) ни для чего из перечисленного;
- 3) для всего перечисленного;
- 4) для определения содержания лития для соответствующей терапии;
- 5) для выявления биохимических сдвигов, характерных для различных психических заболеваний (шизофрении, МДП, алкоголизм).

**43. Бактериологическое исследование спинномозговой жидкости проводится для диагностики всех следующих заболеваний, кроме**

- 1) токсоплазмоза;
- 2) сифилиса нервной системы;
- 3) абсцессов мозга;
- 4) менингитов;
- 5) опухолей мозга

**44. Все перечисленные иммунологические показатели характерны для психических заболеваний, кроме**

- 1) неизменности функционального состояния лимфоцитов;
- 2) появления в сыворотке крови аутоантигенов и соответствующих аутоантител;
- 3) нарушения функции гуморального иммунитета;
- 4) изменения проницаемости гематоэнцефалического барьера.

**45. Методы исследования биохимических сред при экспертизе алкогольного опьянения позволяют оценить**

- 1) концентрацию метилового, пропилового и иных спиртов;
- 2) концентрацию этанола;
- 3) получить качественную характеристику выделенных спиртов;
- 4) ничего из перечисленного;
- 5) все перечисленное

# ТЕМА 5

## Алкоголизм

**1. К основным критериям, определяющим состояние простого алкогольного опьянения, относятся все перечисленные, кроме**

- 1) миоза;
- 2) изменения в эмоциональной сфере;
- 3) запаха алкоголя изо рта;
- 4) изменения ассоциативного процесса и характера восприятия окружающего;
- 5) функциональных изменений моторики.

**2. Легкая степень простого алкогольного опьянения характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) ощущения психического и физического комфорта;
- 2) появления вегетативных реакций в виде гиперемии кожи лица, учащения пульса, повышения аппетита;
- 3) легкого нарушения координации движений;
- 4) повышения речедвигательной активности;
- 5) замедления ассоциативного процесса.

**3. Для признаков средней степени простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме**

- 1) однообразности представлений, трудности в переключении внимания, застреваемости;
- 2) функциональных нарушений моторики;
- 3) замедления и затруднения ассоциативного процесса;
- 4) непроизвольного мочеиспускания;
- 5) дизартричности речи.

**4. Тяжелая степень простого алкогольного опьянения определяется всем перечисленным, кроме**

- 1) мозжечковой атаксии;
- 2) снижения тонуса сердечно-сосудистой системы;
- 3) гиперемии;
- 4) вестибулярных расстройств: головокружения, тошноты, рвоты;

5) мышечной атонии, амимии.

**5. По миновании тяжелой интоксикации алкоголем в течение нескольких дней наблюдается**

- 1) все перечисленное;
- 2) адинамическая астения, нарушение сна;
- 3) повышенная потливость;
- 4) анорексия;
- 5) верно (4) и (3).

**6. Для коматозного опьянения характерно все перечисленное, кроме**

- 1) нарушения сознания;
- 2) урежения и ослабления дыхания (иногда типа Чейн-Стокса);
- 3) понижения температуры тела, цианоза;
- 4) резкого снижения мышечного тонуса;
- 5) повышения тонуса сердечно-сосудистой системы.

**7. Для умеренно измененных форм простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме**

- 1) появления палимпсестов;
- 2) сокращения периода эйфории;
- 3) нарастания или стойкого повышения толерантности;
- 4) однообразного бахвальства и вспышек раздражения;
- 5) серии генерализованных эпи-припадков

**8. Для резко измененных форм простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме**

- 1) практически полного отсутствия эйфории;
- 2) расстройства сознания по типу сумеречного;
- 3) появления тотальных амнезий;
- 4) наличия выраженной вязкости аффекта со злобой, придирчивостью;
- 5) чувства физического и психического комфорта.

**9. Для эксплозивного варианта измененного простого алкогольного опьянения характерны все перечисленные симптомы, кроме**

- 1) изменения содержания высказываний и поведения соответственно изменению аффекта;
- 2) слабо выраженной и кратковременной эйфории;
- 3) вспышек резкого недовольства, раздражения или злобы, повторяющихся в состоянии опьянения неоднократно;
- 4) конфликтности;
- 5) выраженного тревожно-тоскливого аффекта.

**10. Клиника дисфорического варианта измененного простого алкогольного опьянения характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) состояния напряженности, сопровождаемого недовольством, угрюмостью в сочетании с неприязнью и злобой;
- 2) ощущения соматического дискомфорта и резко выраженной гиперестезии;
- 3) суицидальных мыслей, нередко сопровождаемых суицидальными действиями;
- 4) придирчивости с агрессивностью;
- 5) пониженно-тоскливого аффекта.

**11. Для истерического варианта измененного простого алкогольного опьянения характерны все перечисленные симптомы, кроме**

- 1) театральности поведения с примитивностью моторных реакций (заламывание рук и т.д.);
- 2) подозрительности к окружающим;
- 3) суицидного шантажа;
- 4) поведения с элементами пуэрилизма или псевдодеменции.

**12. Для депрессивного варианта измененного простого алкогольного опьянения характерны все перечисленные признаки, кроме**

- 1) легкой моторной заторможенности;
- 2) преобладания подавленного настроения различной выраженности и оттенков;
- 3) появления идей самоуничтожения;
- 4) тосливо-злобного настроения;
- 5) склонности к суицидальным попыткам.

**13. При измененном простом алкогольном опьянении с чертами дурашливости наблюдается все перечисленное, кроме**

- 1) повышенного фона настроения с благодушием;
- 2) резко выраженной гиперестезии;
- 3) сексуальной расторможенности;
- 4) поведения с кривлянием и паясничанием;
- 5) неуместных острот и шуток.

**14. Для измененного простого алкогольного опьянения с преобладанием сомноленции характерны все перечисленные симптомы, кроме**

- 1) состояния сонливости, быстро переходящего в сон;
- 2) непродолжительной и слабо выраженной эйфории;
- 3) стремления к уединению;
- 4) состояния заторможенности и вялости;
- 5) изменения сознания по типу сумеречного.



**15. Для маниакального варианта измененного простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме**

- 1) повышенного настроения с беспечностью и благодушием;
- 2) ментизма;
- 3) двигательного возбуждения с назойливым приставанием, повышенной откликаемостью на окружающее;
- 4) непродолжительных вспышек раздражения;
- 5) дурашливости.

**16. Для параноидного варианта измененного простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме**

- 1) выкрикивания отдельных слов или коротких фраз, отражающих ситуацию опасности;
- 2) усиления двигательного и речевого возбуждения;
- 3) явлений психического автоматизма;
- 4) целенаправленности агрессивных действий и зависимости их от ситуации;
- 5) отражения реальной ситуации в высказываниях больных.

**17. Для патологического опьянения характерно все перечисленное, кроме**

- 1) внезапности, остроты и транзиторности психотического эпизода;
- 2) повышенного настроения с беспечностью и благодушием;
- 3) сумеречного состояния сознания;
- 4) импульсивности и целенаправленности характера разрушительных, нередко криминальных действий;
- 5) кризисного разрешения глубоким сном с последующей амнезией и астенией.

**18. Для эпилептоидной формы патологического опьянения характерно все перечисленное, кроме**

- 1) зависимости поведения опьяневшего от окружающей ситуации;
- 2) интенсивного двигательного возбуждения, обычно в форме бессмысленных и хаотических агрессивных действий;
- 3) двигательных стереотипий;
- 4) скудной речевой продукции;
- 5) преобладания аффекта, иступленной злобы и ярости.

**19. В отношении параноидной формы патологического опьянения верно все перечисленное, кроме**

- 1) аффекта страха, достигающего до ужаса;

- 2) наличия фантастических сценподобных галлюцинаций;
- 3) внешне целенаправленной деятельности;
- 4) иллюзорно-бредового восприятия окружающего.

**20. К патогенетическим факторам формирования алкоголизма относят**

- 1) все перечисленное;
- 2) нарушение обмена катехоламинов и серотонина;
- 3) преморбидную структуру характера индивидуума;
- 4) изменение функций эндогенной опиатной системы;
- 5) верно (2) и (3).

**21. Среди социальных факторов, имеющих отношение к развитию алкоголизма, выделяют**

- 1) алкогольную политику государства;
- 2) все перечисленное;
- 3) обычаи ближайшего окружения;
- 4) этническую и религиозную принадлежность индивидуума;
- 5) социальное положение индивидуума и его экономическую обеспеченность.

**22. К физиологическим (индивидуально-биологическим, биохимическим) факторам, обуславливающим различия реакции на алкоголь, относятся**

- 1) состояние системы эндогенный этанол – ацетальдегид;
- 2) верно (1) и (4);
- 3) реакция катехоламиновой системы на одну и ту же дозу алкоголя;
- 4) наследственная недостаточность тиаминового обмена и обмена аминокислот;
- 5) все перечисленные.

**23. Отечественные исследователи при классификации алкоголизма используют преимущественно критерии**

- 1) социальные;
- 2) психологические;
- 3) клинико-динамические.

**24. Степень прогрессивности алкоголизма – самый надежный критерий для разделения заболевания на различные варианты течения – зависит от всего перечисленного, кроме**

- 1) уровня образования индивидуума;
- 2) возраста начала злоупотребления алкоголем и вида употребляемых напитков;



- 3) перенесенных в прошлом или сопутствующих соматических заболеваний;
- 4) пола индивидуума;
- 5) преморбидных личностных особенностей.

**25. Высокий темп прогрессивности алкоголизма определяется всем перечисленным, кроме**

- 1) начала злоупотребления алкоголем в подростковом возрасте;
- 2) нарушения жирового обмена;
- 3) перенесенного ранее гепатита;
- 4) изначального употребления крепких спиртных напитков и суррогатов;
- 5) преобладания в структуре характера черт неустойчивости, незрелости.

**26. Средний темп прогрессивности алкоголизма чаще всего встречается у лиц**

- 1) верно (2) и (5);
- 2) начавших злоупотреблять алкоголем в возрасте 25-30 лет;
- 3) до начала злоупотребления алкоголем физически практически здоровых;
- 4) верно (2), (5), (3);
- 5) с преобладанием синтонных черт характера.

**27. Низкий темп прогрессивности алкоголизма характерен для больных**

- 1) начавших злоупотреблять алкоголем в возрасте после 40-45 лет;
- 2) верно (1), (4), (5);
- 3) верно (1) и (4);
- 4) с преобладанием черт стеничности в преморбиде;
- 5) с позитивными социальными установками.

**28. Понятие «патологическое влечение к алкоголю» соответствует**

- 1) всему перечисленному;
- 2) активному стремлению больных алкоголизмом к употреблению спиртного внеинтоксикации, которое в большинстве случаев носит неосознанный характер;
- 3) неспособности больных прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса независимо от изначальной выпитой дозы и ситуации;
- 4) неодолимому стремлению продолжить выпивку после определенной дозы;

- 5) стремлению к употреблению алкоголя на фоне физических, неврологических или психических расстройств после абзуса.

**29. В основе сформировавшегося патологического влечения к алкоголю преобладают**

- 1) социальные факторы;
- 2) биологические факторы;
- 3) уровень культуры;
- 4) психологические факторы.

**30. Определение понятия «первичное патологическое влечение к алкоголю» соответствует утверждению**

- 1) активное стремление больных алкоголизмом к употреблению алкоголя вне интоксикации;
- 2) стремление к употреблению алкоголя на фоне психических расстройств после абзуса;
- 3) неспособность больного прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса, независимо от изначальной выпитой дозы и ситуации;
- 4) неодолимое стремление больных продолжить выпивку после определенной дозы.

**31. Структура патологического влечения к алкоголю включает в себя все компоненты, кроме**

- 1) неврологического;
- 2) эмоционально-аффективного;
- 3) сомато-вегетативного;
- 4) поведенческого;
- 5) идеаторного.

**32. Наиболее общие свойства патологического влечения к алкоголю включают всеперечисленное, кроме**

- 1) изменения суждений больного;
- 2) сохранения критики к своему состоянию и окружающему;
- 3) доминирующего характера поведения;
- 4) формирования жизненных позиций под влиянием влечения;
- 5) направленности интересов, приобретающих мировоззренческий характер.

**33. Наиболее характерными сомато-вегетативными признаками, свидетельствующими об актуализации патологического влечения к алкоголю, являются все перечисленные, исключая**

- 1) уменьшение частоты курения;
- 2) общее недомогание, слабость, появление разнообразных болевых ощущений;
- 3) оживление мимики при упоминании алкоголя;
- 4) изменение аппетита, ощущение жажды;
- 5) потливость.

**34. Наиболее часто встречающимися при актуализации патологического влечения к алкоголю признаками изменения психического состояния являются все перечисленные, кроме**

- 1) общего беспокойства, повышенной истощаемости;
- 2) переключения интересов на занятия типа «хобби»;
- 3) нарушения сна с алкогольной тематикой сновидений;
- 4) неустойчивости настроения;
- 5) напряженности, затруднений при попытке расслабиться.

**35. К наиболее часто встречающимся признакам изменения поведения в период актуализации патологического влечения к алкоголю относятся все перечисленные, исключая**

- 1) учащение курения;
- 2) затруднения в профессиональной деятельности;
- 3) стремление к деятельности, снимающей напряжение;
- 4) учащение пребывания в ситуациях, связанных с употреблением алкоголя;
- 5) активное стремление противоречить, неуступчивость.

**36. Клинические признаки спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю с борьбой мотивов характеризуются**

- 1) всем перечисленным;
- 2) сомнениями в собственных силах и возможности «устоять» перед соблазном выпить;
- 3) подавленностью, тревогой;
- 4) страхом перед приближающимся «срывом»;
- 5) попытками чем-либо отвлечься.

**37. Для симптома спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю без борьбы мотивов характерно все перечисленное, кроме**

- 1) неосознаваемости больным влечения;
- 2) появления во II стадии болезни;
- 3) способности предотвратить развитие эксцесса с помощью этических моментов;

- 4) раздражительности перед алкогольным эксцессом, колебаний настроения.

**38. Для симптома первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости верно все перечисленное, кроме**

- 1) формирования во II-III и III стадии заболевания;
- 2) спонтанного возникновения;
- 3) появления преимущественно у больных синтонными психопатологическими чертами в преморбиде;
- 4) интенсивности, подобной голоду или жажде;
- 5) реализации вслед за возникновением.

**39. Актуализации первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости свойственны все перечисленные признаки, исключая**

- 1) резко выраженное желание выпить;
- 2) утрату на этот период каких-либо морально-этических норм;
- 3) тревогу, ожидание беды, неприятностей;
- 4) ощущение вкуса спиртного во рту, посасывания в желудке;
- 5) злобность, агрессивность больного при появлении препятствий к приему алкоголя.

**40. Для симптома первичного патологического влечения к алкоголю, возникающего на фоне «пограничных состояний», характерно все перечисленное, кроме**

- 1) борьбы мотивов;
- 2) связи с аффективными, чаще депрессивными состояниями;
- 3) снятия приемом алкоголя душевного дискомфорта;
- 4) резкого ухудшения психического состояния с вытрезвлением;
- 5) отчетливого желания выпить.

**41. Симптом патологического влечения к алкоголю в состоянии опьянения с утратой количественного контроля характеризуется всем перечисленным, исключая**

- 1) неодолимое стремление продолжить выпивку после определенной «критической» для каждого конкретного больного дозы;
- 2) невозможность прекратить употребление алкоголя в связи с этическими и социальными моментами;
- 3) активное стремление к употреблению алкоголя вне алкогольного эксцесса (в период воздержания или ремиссии);
- 4) неодолимое стремление к употреблению алкоголя после абзуса на фоне различного рода физических и психических расстройств.

**42. Симптом патологического влечения к алкоголю в состоянии опьянения с утратой количественного и ситуационного контроля характеризует все перечисленное, кроме**

- 1) возникновения неодолимого влечения к алкоголю после любой, даже незначительной (которая может и не вызвать опьянения) дозы;
- 2) приобретения алкоголя любыми средствами;
- 3) возможности прекращения употребления алкоголя в связи с социально-этическими препятствиям;
- 4) пренебрежения принятым нормам в отношении времени и места употребления алкоголя.

**43. Для симптома вторичного влечения к алкоголю в структуре похмельного синдрома (стремление к опохмелению) характерно все перечисленное, кроме**

- 1) употребления алкоголя с целью устранения психотических расстройств;
- 2) интенсивного влечения к опохмелению;
- 3) стремления снять аффективную напряженность;
- 4) употребления алкоголя с целью устранения тяжелого физического состояния после предыдущего алкогольного эксцесса;
- 5) желаний вернуть «привычную работоспособность».

**44. Толерантность к алкоголю зависит**

- 1) от количества и качества употребляемой в период эксцесса пищи;
- 2) от всего перечисленного;
- 3) от известной «тренировки» в употреблении алкоголя;
- 4) от возраста и степени душевного напряжения, эмоционального состояния индивидуума;
- 5) от ритма употребления алкоголя.

**45. Симптом нарастающей толерантности характеризуется всем перечисленным, исключая**

- 1) переход на употребление более крепких напитков;
- 2) проявление в III стадии алкоголизма;
- 3) появление средних и тяжелых степеней состояния опьянения;
- 4) ощущение прежнего эффекта опьянения от дозы, превышающей изначальную в 2-3 раза.

**46. Для симптома «плато» толерантности характерно все перечисленное, кроме**

- 1) употребления максимальных для данного больного доз алкоголя как одномоментно, так и на протяжении суток;
- 2) употребления стабильно установленной дозы алкоголя;
- 3) возникновения на этапе I-II стадии болезни;
- 4) развития состояния опьянения от приема только больших доз;
- 5) переносимости максимальных доз на протяжении отрезка времени той или иной длительности.

**47. Для симптома снижения толерантности при алкоголизме характерно**

- 1) переход на более слабые алкогольные напитки;
- 2) все перечисленное, кроме (5);
- 3) время проявления II-III и III стадии заболевания;
- 4) снижение одномоментной дозы алкоголя при высокой суточной;
- 5) выраженная эйфория в состоянии опьянения, даже при употреблении незначительных доз алкоголя.

**48. Понятие «перекрестная толерантность» характеризует**

- 1) все перечисленное;
- 2) способность больных алкоголизмом переносить все виды алкогольсодержащих напитков;
- 3) способность переносить повышенные дозы эфира, хлороформа и ряда других веществ, способных вызвать зависимость;
- 4) употребление стабильно установившейся дозы алкоголя;
- 5) переносимость минимальных разовых доз при сохранении высокой суточной.

**49. Для симптома лакунарной амнезии (алкогольные палимпсесты) характерно все перечисленное, кроме**

- 1) появления на этапе II стадии заболевания;
- 2) возникновения конфабуляций;
- 3) возникновения при приеме привычных доз алкоголя;
- 4) отсутствия грубых расстройств моторики;
- 5) запомывания событий, касающихся отдельных второстепенных эпизодов периода опьянения.

**50. Для симптома наркотической амнезии (по И.В.Стрельчуку) характерно все перечисленное, кроме**

- 1) провалов памяти на весь период опьянения;
- 2) появления на начальных стадиях заболевания;
- 3) возникновения при употреблении максимально переносимых доз;

- 4) провалов в памяти на финальный период алкогольного эксцесса;
- 5) эпизодичности возникновения.

**51. Для симптома тотальной амнезии характерно**

- 1) возникновение на фоне выраженных нарушений моторики;
- 2) все перечисленное;
- 3) запомывание значительной части периода опьянения;
- 4) развитие на фоне сниженной толерантности при приеме небольших доз алкоголя;
- 5) появление на этапе III стадии алкоголизма.

**52. Для псевдозапоев характерно все перечисленное, кроме**

- 1) периодов ежедневного употребления алкоголя от 2–3 до 7–12 дней;
- 2) отчетливого изменения психического и физического состояния за несколько дней до псевдозапоя;
- 3) сохранности влечения к алкоголю после запоя в течение некоторого времени;
- 4) связи начала и окончания алкогольного эксцесса с внешними факторами;
- 5) сохранения толерантности в течение всего периода употребления алкоголя.

**53. Для постоянной формы пьянства с высокой толерантностью характерно все перечисленное, исключая**

- 1) наличие тяжелых форм алкогольного абстинентного синдрома;
- 2) ежедневное употребление алкоголя в течение недель и месяцев;
- 3) увеличение изначальной дозы в 3-6 раз, употребление крепких спиртных напитков;
- 4) время появления – II стадия алкоголизма;
- 5) вынужденные перерывы между абзусами и зависимость их от внешних обстоятельств.

**54. Для перемежающейся формы пьянства характерно все перечисленное, кроме**

- 1) постоянного пьянства с употреблением небольших доз, на фоне которого возникают периоды интенсивного злоупотребления алкоголем;
- 2) преобладания первичного патологического влечения над его вторичными формами;

- 3) появления на начальных этапах заболевания;
- 4) возможности эпизодов преходящего снижения толерантности.

**55. Для постоянной формы пьянства с низкой толерантностью характерно все перечисленное, кроме**

- 1) практически постоянного пребывания больных в состоянии неглубокого опьянения;
- 2) употребления алкоголя дробными дозами в течение суток (включая и ночное время);
- 3) преобладания то эйфорического, то депрессивного фона настроения;
- 4) перехода на более слабые спиртные напитки;
- 5) появления на этапе III стадии алкоголизма.

**56. Заострение преморбидных личностных особенностей при алкоголизме отражает все перечисленное, за исключением**

- 1) динамики заболевания;
- 2) изначальной степени выраженности личностных особенностей;
- 3) крепости и дозы употребляемых алкогольных напитков;
- 4) преморбидной характерологической структуры личности.

**57. Для астенического типа заострения личности при алкоголизме характерно все перечисленное, исключая**

- 1) дисфорический оттенок настроения;
- 2) преобладание повышенной раздражительности над истощаемостью;
- 3) незначительную внутреннюю переработку неприятных впечатлений;
- 4) неспособность противостоять внешним отрицательным влияниям;
- 5) повышенную ранимость с тенденцией к пониженному настроению.

**58. Для синтонного типа заострения личности при алкоголизме характерно все перечисленное, за исключением**

- 1) неразборчивости в контактах;
- 2) повышенного фона настроения, жизнерадостности;
- 3) поведения с оттенком грубоватости и цинизма;
- 4) недооценки трудностей и беспечности;
- 5) аффективной ригидности.

**59. Для неустойчивого типа заострения личности при алкоголизме характерно все перечисленное, исключая**



- 1) демонстративность в поведении;
- 2) пассивную подчиняемость;
- 3) подверженность внешним влияниям;
- 4) необязательность, пренебрежение семейными и служебными обязанностями;
- 5) отсутствие целенаправленности волевой деятельности.

**60. Для эксплозивного типа заострения личности при алкоголизме характерно все перечисленное, за исключением**

- 1) легковозникающих аффектов недовольства, раздражения, выраженной неприязни, придирок;
- 2) проявления аффективной напряженности в форме вспышек;
- 3) раздражительности с быстрой истощаемостью;
- 4) категоричности, прямолинейности, игнорирования мнений окружающих;
- 5) конфликтности.

**61. Для истерического типа заострения личности при алкоголизме характерно все перечисленное, за исключением**

- 1) эгоцентризма, пренебрежения интересами окружающих;
- 2) легкомыслия, недостаточного чувства долга;
- 3) демонстративности, откровенной бравады;
- 4) лживости, прямолинейного бахвальства;
- 5) подозрительности.

**62. Для шизоидного типа заострения личности при алкоголизме характерно все перечисленное, исключая**

- 1) вялость, замкнутость вплоть до полного отсутствия потребности в общении;
- 2) чрезмерную ранимость, повышенную чувствительность;
- 3) фон настроения, определяемый чертами равнодушия или пониженно-угрюмым аффектом;
- 4) застраиваемость аффекта;
- 5) аутистическую направленность интересов.

**63. Для дистимического типа заострения личности при алкоголизме характерно все перечисленное, исключая**

- 1) суточные колебания настроения;
- 2) легкое возникновение подавленности, чувство безысходности или преувеличенной и мало обоснованной веселости, оптимизма;
- 3) многообразие аффективных реакций на имеющееся у них пьянство;

- 4) повышенное настроение, сопровождаемое не столько радостью, сколько возбужденностью;
- 5) аутохтонно возникающие пролонгированные стертые депрессии.

**64. Для алкогольной деградации характерно**

- 1) эмоциональное огрубление с исчезновением семейных и общественных привязанностей;
- 2) все перечисленное;
- 3) интеллектуально – мнестическое снижение;
- 4) упадок инициативы и работоспособности с невозможностью систематически трудиться;
- 5) утрата морально-нравственных ценностей.

**65. Алкогольная деградация включает в себя все перечисленное, за исключением**

- 1) утраты критического отношения к злоупотреблению алкоголем и своему состоянию;
- 2) стойких изменений памяти и интеллекта;
- 3) расстройства мышления в виде разорванности;
- 4) психопатоподобных проявлений;
- 5) игнорирования этических норм.

**66. Для алкогольной деградации с психопатоподобными симптомами характерно все перечисленное, исключая**

- 1) возбудимость с агрессивными поступками;
- 2) периодически возникающие расстройства настроения по типу дисфорий или глухой подавленности;
- 3) назойливую откровенность, стремление очернить окружающих;
- 4) грубый цинизм, бестактность;
- 5) выраженные расстройства памяти на текущие события.

**67. Для алкогольной деградации с хронической эйфорией (по Блейлеру Е.) характерно все перечисленное, кроме**

- 1) речи, определяемой набором шаблонных оборотов и стереотипных избитых шуток;
- 2) беспечного, благодушного настроения;
- 3) разорванности мышления;
- 4) резкого снижения критики к собственному положению и окружающему;
- 5) откровенности с окружающими вплоть до обнаженности.



**68. Для алкогольной деградации с аспонтанностью характерно все перечисленное, исключая**

- 1) замкнутость, отгороженность, подозрительность;
- 2) появление оживленности лишь в присутствии алкогольных раздражителей;
- 3) склонность к паразитическому образу жизни;
- 4) утрату интересов и инициативы;
- 5) вялость, пассивность, снижение побуждений.

**69. Сомато-неврологическая патология при хронической интоксикации алкоголем обусловлена всем перечисленным, кроме**

- 1) нарушений обмена катехоламинов;
- 2) преморбидного состояния органов и систем индивидуума;
- 3) нарушений обмена ацетилхолина;
- 4) гистотоксического действия алкоголя и его метаболитов;
- 5) ферментных нарушений в тканях.

**70. Алкогольная кардиомиопатия проявляется**

- 1) изменениями на ЭКГ (снижением сегмента Т, появлением высокого двухфазного отрицательного зубца Т);
- 2) всем перечисленным;
- 3) нарушениями ритма сердца;
- 4) недостаточностью сократительной функции миокарда;
- 5) разнообразными болевыми ощущениями в области сердца.

**71. В отличие от стенокардии приступы болей в сердце при алкогольной кардиомиопатии характеризуются всем перечисленным, кроме**

- 1) суетливости больных, многословного изложения жалоб во время приступа;
- 2) возникновения на следующий день после алкогольного эксцесса или в похмелье;
- 3) неэффективности нитроглицерина (боли не купируются);
- 4) специфической приступообразности;
- 5) отсутствия связи с физической нагрузкой.

**72. Морфологические изменения при алкогольной кардиомиопатии характеризуются**

- 1) неравномерной гипертрофией миокарда желудочков сердца;
- 2) всем перечисленным;
- 3) дистрофическими и атрофическими изменениями мышечных волокон свакуолизацией;
- 4) утолщением участков эндокарда по типу фиброэластоза;
- 5) интерстициальным фиброзом.

**73. При алкогольном поражении печени характерно**

- 1) все перечисленное;
- 2) зернистая дистрофия гепатоцитов;
- 3) жировая дистрофия;
- 4) некроз гепатоцитов;
- 5) цирроз печени портального типа.

**74. При остром алкогольном гепатите характерно все перечисленное, кроме**

- 1) диспептических расстройств;
- 2) общей интоксикации;
- 3) желтухи паренхиматозной;
- 4) гипергликемии;
- 5) увеличения печени.

**75. Для алкогольного цирроза печени характерны все перечисленные нарушения, исключая**

- 1) горечь во рту;
- 2) снижение уровня билирубина в сыворотке крови;
- 3) увеличенную и плотную печень;
- 4) сосудистые «звездочки» на коже;
- 5) тупую боль в правом верхнем квадрате живота.

**76. При остром панкреатите алкогольной этиологии наблюдаются все перечисленные симптомы, кроме**

- 1) повторной многократной рвоты;
- 2) коллапса;
- 3) высокой активности диастазы в моче;
- 4) приступов резчайшей боли в подложечной области;
- 5) иррадиации болей в низ живота.

**77. Для алкогольного поражения желудка характерно**

- 1) нарушение секреторной функции желудка;
- 2) нарушение моторной функции желудка;
- 3) повреждение слизистой оболочки желудка;
- 4) все перечисленное..

**78. Поражение почек при алкоголизме клинически проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) хронического нефрита;
- 2) пиелонефрита;
- 3) нефроза;
- 4) острой почечной недостаточности.

**79. Взаимосвязь между алкоголизмом и туберкулезом легких обусловлена**

- 1) всем перечисленным;
- 2) неполноценным питанием, нарушением обмена веществ;
- 3) снижением общей резистентности организма;
- 4) снижением местной защиты легких в связи с алкогольной интоксикацией;
- 5) развитием функциональных и органических изменений в ЦНС и внутренних органах, иммунной системе.

**80. Поражению органов дыхания у больных алкоголизмом способствует**

- 1) частые переохлаждения;
- 2) все перечисленное;
- 3) токсическое воздействие алкоголя и продуктов его распада на паренхиму легких и слизистую бронхов;
- 4) чрезмерное курение больных алкоголизмом;
- 5) ничего из перечисленного.

**81. Нарушения иммунной системы при хронической интоксикации алкоголем проявляются всем перечисленным, кроме**

- 1) повышения активности Т-лимфоцитов;
- 2) снижения способности организма к освобождению от продуктов, образующихся при разрушении тканей;
- 3) снижения титра антител к стрептококку и, как следствие, высокой инфицированностью им;
- 4) повышенной заболеваемости больных алкоголизмом и более тяжелым протеканием заболеваний (например, пневмонией и т.д.);
- 5) снижения фагоцитарной активности нейтрофилов.

**82. К изменениям кожных покровов при алкоголизме относится все перечисленное, кроме**

- 1) расширения поверхностных сосудов кожи;
- 2) гиперемии кожи лица;
- 3) «сосудистых звездочек» и участков депигментации;
- 4) трофических язв;
- 5) меланоза.

**83. Сексуальность во II стадии алкоголизма проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) бесплодия;
- 2) неразборчивости в сексуальных связях;
- 3) утраты эмоционального компонента интимных отношений;

- 4) повышения сексуальных притязаний в опьянении;
- 5) снижения потенции вне опьянения.

**84. Связь алкоголизма и диэнцефальных расстройств проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) появления аффективных расстройств;
- 2) формирования алкогольной деградации;
- 3) формирования патологического влечения к алкоголю;
- 4) формирования абстинентного синдрома;
- 5) появления сексуальных расстройств.

**85. К характерным для хронической интоксикации алкоголем изменениям крови относится все перечисленное, за исключением**

- 1) гемофилии;
- 2) тромбоцитопении;
- 3) изменения функции лейкоцитов (ослабление способности к фагоцитозу);
- 4) гемолитической анемии.

**86. Неврологические проявления алкоголизма включают в себя все перечисленное, кроме**

- 1) полиневропатии;
- 2) органических изменений ЦНС по типу рассеянного энцефаломиелита;
- 3) менингеального синдрома;
- 4) судорожного синдрома;
- 5) гипоталамического синдрома с вегетативно-сосудистыми пароксизмами.

**87. В основе неврологических нарушений при алкоголизме лежат все перечисленные механизмы, кроме**

- 1) повышения внутричерепного давления;
- 2) гидроцефалического синдрома;
- 3) воспалительных процессов в головном и спинном мозгу;
- 4) токсических и деструктивных процессов, обусловленных токсическими эффектами этанола.

**88. Вегето-сосудистая дистония при алкоголизме проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) быстрой утомляемости;
- 2) повышенной раздражительности;
- 3) повышенной сонливости;
- 4) гипергидроза;

5) лабильности пульса и артериального давления.

**89. К переходящим неврологическим расстройствам в структуре похмельного синдрома относится все перечисленное, кроме**

- 1) нарушения мозжечковых функций;
- 2) тремора;
- 3) вегетативной дисфункции;
- 4) судорожных проявлений;
- 5) алкогольной полиневропатии.

**90. Для алкогольной полиневропатии характерно все перечисленное, кроме**

- 1) парестезии;
- 2) снижения болевой и температурной чувствительности;
- 3) утраты ахилловых и повышения коленных рефлексов;
- 4) болей по ходу периферических нервов;
- 5) наличия многочисленных трофических язв.

**91. В основе развития алкогольной невропатии лежит один из указанных механизмов**

- 1) деструктивные изменения под влиянием длительного токсического воздействия алкоголя;
- 2) травматическое поражение;
- 3) воспаление асептическое;
- 4) воспаление инфекционного генеза.

**92. Клиника синдрома рассеянного энцефаломиелита при алкоголизме включает жалобы больных на все перечисленное, кроме**

- 1) онемения в дистальных отделах рук и ног, повышенной слабости;
- 2) нарушения сна;
- 3) снижения остроты зрения;
- 4) головной боли, головокружения;
- 5) болей в руках и ногах.

**93. Структура синдрома рассеянного энцефаломиелита при алкоголизме характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) горизонтального нистагма;
- 2) симптома Брудзинского (нижнего);
- 3) анизокории, слабости конвергенции;
- 4) повышения коленных и снижения брюшных, ахилловых рефлексов, атаксии;
- 5) брадикардии.

**94. Клиника гипоталамического синдрома при алкоголизме включает жалобы больных на все перечисленное, кроме**

- 1) стопных патологических рефлексов;
- 2) приступов болей в сердце, сердцебиения;
- 3) ощущения нехватки воздуха, сопровождающегося ощущением онемения пальцев рук;
- 4) дрожания тела;
- 5) чувства страха.

**95. Для судорожного синдрома алкогольной этиологии характерно все перечисленное, за исключением**

- 1) развития психоза после припадка;
- 2) развития в постинтоксикационном периоде;
- 3) преобладания в структуре припадка тонической фазы;
- 4) появления на ЭЭГ специфических изменений.

**96. Для неврологических расстройств в рамках алкогольной энцефалопатии Джоллифа (алкогольная пеллагра) характерно все перечисленное, кроме**

- 1) полиневропатии;
- 2) оральных автоматизмов;
- 3) судорожных припадков;
- 4) бульбарных параличей;
- 5) спастических парезов.

**97. Для неврологических расстройств алкогольной энцефалопатии типа Маркиафава-Биньями характерно все перечисленное, кроме**

- 1) мышечной гипотонии;
- 2) астазии-абазии;
- 3) генерализованной мышечной гипертонии;
- 4) офтальмоплегии, достигающей степени тотальной;
- 5) дизартрии.

**98. Для неврологических расстройств алкогольной энцефалопатии с картиной Бери-Бери характерно все перечисленное, кроме**

- 1) утраты кожной чувствительности в конечностях;
- 2) исчезновения коленных и ахилловых рефлексов;
- 3) атрофии мышц ног и снижения глубокой чувствительности в стопах;
- 4) явлений полиневрита нижних конечностей;
- 5) симптомов орального автоматизма.

**99. Для алкогольной энцефалопатии типа Гайе-Вернике характерны все перечисленные неврологические расстройства, кроме**

- 1) атаксии;
- 2) крупноразмашистого горизонтального нистагма;
- 3) симптома Гуддена;
- 4) симптома Бабинского и Россолимо;
- 5) симптома Аргайла – Робертсона.

**100. Для неврологических расстройств в рамках алкогольной энцефалопатии типа Корсаковского психоза характерно все перечисленное, кроме**

- 1) атаксии;
- 2) положительного симптома Ромберга;
- 3) симптомов орального автоматизма и тремора кончиков пальцев рук;
- 4) невритов конечностей.

**101. К основным синдромам алкоголизма относятся все перечисленные, кроме**

- 1) синдрома психической зависимости;
- 2) абстинентного синдрома;
- 3) синдрома физической зависимости;
- 4) синдрома измененной реактивности;
- 5) психоорганического синдрома.

**102. Признаками синдрома измененной реактивности при алкоголизме является все перечисленное, кроме**

- 1) изменения формы злоупотребления алкоголем;
- 2) абстинентного синдрома;
- 3) утраты рвотного рефлекса;
- 4) изменения толерантности к алкоголю;
- 5) изменения характера опьянения, амнестических форм опьянения.

**103. Синдром психической зависимости при алкоголизме отражает стремление больного изменить в своем состоянии все перечисленное, кроме**

- 1) повысить работоспособность;
- 2) эмоционального состояния;
- 3) стремления расслабиться, уйти от невзгод;
- 4) почувствовать «полноту» жизни;
- 5) устранить плохое физическое состояние от предыдущего алкогольного эксцесса.

**104. Синдром физической зависимости при алкоголизме отражает стремление больного изменить в своем состоянии все перечисленное, за исключением**

- 1) устранения тяжелого физического состояния от предыдущего алкогольного эксцесса;
- 2) желания ощутить «привычную» работоспособность;
- 3) улучшения душевного состояния;
- 4) желания расслабиться, уйти от невзгод;
- 5) нормализации сомато-неврологического состояния.

**105. Для синдрома физической зависимости при алкоголизме характерно**

- 1) употребление алкоголя с целью улучшения физического состояния;
- 2) стремление снять аффективную напряженность;
- 3) все перечисленное;
- 4) верно (5) и (1);
- 5) интенсивное влечение к опохмелению.

**106. Определение алкогольного абстинентного синдрома включает все перечисленное, кроме того, что**

- 1) расценивается как признак полностью сформировавшегося алкоголизма;
- 2) основными клиническими проявлениями являются психические расстройства;
- 3) соответствует синдрому «лишения алкоголя», введенному ВОЗ в 1955 году;
- 4) является наиболее достоверным проявлением II стадии алкоголизма.

**107. В динамике алкоголизма формирование абстинентного синдрома происходит на этапе**

- 1) во II стадии заболевания;
- 2) систематического употребления алкоголя;
- 3) в I стадии заболевания;
- 4) при переходе во II стадию.

**108. Астеновегетативный компонент алкогольного абстинентного синдрома характеризуется наличием всего перечисленного, кроме**

- 1) нерезко выраженной астении;
- 2) гипергидроза;
- 3) тахикардии;
- 4) жажды, сухости во рту, снижения аппетита;
- 5) тремора.

**109. Астенические расстройства в структуре алкогольного абстинент-**



**ного синдрома, как правило, носят соматический характер и сопровождаются**

- 1) выраженной истощаемостью;
- 2) неспособностью концентрировать внимание;
- 3) понижением работоспособности;
- 4) обильными вегетативными симптомами;
- 5) всем перечисленным.

**110. Соматоневрологический компонент алкогольного абстинентного синдрома определяется всем перечисленным, исключая**

- 1) боли в области сердца, перепады артериального давления;
- 2) анорексию, тошноту;
- 3) нарушения памяти;
- 4) крупноразмашистый тремор пальцев рук;
- 5) гиперемия и одутловатость лица, тахикардию, гипергидроз.

**111. Расстройства психики в клинике алкогольного абстинентного синдрома проявляются**

- 1) всем перечисленным;
- 2) верно (3) и (4);
- 3) пониженно-тревожным аффектом с пугливостью;
- 4) параноидной настроенностью;
- 5) суицидальными мыслями.

**112. В структуре формирующегося алкогольного абстинентного синдрома преобладает группа расстройств**

- 1) психических;
- 2) астено-вегетативных;
- 3) неврологических;
- 4) психоорганических.

**113. Для алкогольного абстинентного синдрома с астено-вегетативными расстройствами характерно все перечисленное, исключая**

- 1) длительность более 1–2 суток;
- 2) отсутствие или отставленное опохмеление;
- 3) возможность преодоления желания опохмелиться;
- 4) возникновение на начальных этапах II стадии алкоголизма;
- 5) появление лишь после тяжелых однократных алкогольных эксцессов или периодов ежедневного пьянства.

**114. Алкогольный абстинентный синдром с вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) постоянного утреннего или отставленного опохмеления;
- 2) обострения имеющихся хронических заболеваний;
- 3) возникновения во II–III стадии алкоголизма;
- 4) возникновения после многодневного пьянства;
- 5) продолжительности до 10–12 суток.

**115. Алкогольный абстинентный синдром с психическими расстройствами характеризуется всем перечисленным, исключая**

- 1) постоянное опохмеление в различное время суток;
- 2) возникновение в I стадии заболевания;
- 3) типичную «тревожно-параноидную» установку;
- 4) затягивание аффективных расстройств до недели и более;
- 5) отступление на задний план вегетативно-соматических расстройств.

**116. Для абстинентного алкогольного синдрома с судорожным компонентом обязательно наличие следующих симптомов, за исключением**

- 1) тремора, гипергидроза;
- 2) головных болей;
- 3) идеи ревности;
- 4) развернутых или abortивных судорожных припадков;
- 5) тревожно-тоскливого фона настроения.

**117. Для судорожных припадков в структуре алкогольного абстинентного синдрома, в отличие от эпилепсии, характерно все перечисленное, кроме**

- 1) стереотипности припадков;
- 2) обязательного развития психомоторного возбуждения после припадка;
- 3) отсутствия на ЭЭГ характерных для эпилепсии изменений;
- 4) преобладания тонической фазы в картине припадка.

**118. Предвестниками делирия являются все перечисленные признаки, исключая**

- 1) астенические расстройства;
- 2) общую оживленность мимики и моторики;
- 3) расстройства ночного сна с кошмарными сновидениями, страхами;
- 4) изменчивый аффект в форме легко возникающей пугливости и тревоги;
- 5) сохранение ориентировки в месте и времени.

**119. Синдром изменения психики при алкоголизме характеризуется**

- 1) всем перечисленным;

- 2) определенными закономерностями развития;
- 3) специфическими особенностями на начальных и отдаленных этапах развития заболевания;
- 4) формированием комплекса нажитых особенностей, ранее не свойственных больному.

**120. Клинически синдром изменения психики при алкоголизме выражается**

- 1) аффективными и психопатоподобными расстройствами;
- 2) этическим снижением;
- 3) во всем перечисленном;
- 4) изменениями памяти и интеллекта;
- 5) утратой критики к состоянию.

**121. Синдром соматических нарушений при алкоголизме обуславливается**

- 1) непосредственным токсическим воздействием алкоголя и продуктов его обмена на клетки и органы;
- 2) во всем перечисленном;
- 3) вызываемыми алкоголем ферментными нарушениями и воздействием на медиаторное звено;
- 4) массивностью интоксикации и видом употребляемого алкоголя;
- 5) преморбидным состоянием той или иной системы и возрастом пациента.

**122. Динамика синдрома соматических нарушений при алкоголизме выражается**

- 1) в истощении регуляторных систем, функциональной недостаточности органа или системы;
- 2) во всем перечисленном;
- 3) в стимуляции деятельности органов и систем путем активации различных регуляторных систем на ранних этапах хронической интоксикации алкоголем;
- 4) в возникновении метаболических и микроструктурных расстройств в органах и системах организма.

**123. Синдром неврологических нарушений при алкоголизме включает**

- 1) все перечисленное;
- 2) синдром рассеянного энцефаломиелита;
- 3) вегетососудистую дистонию;
- 4) гипоталамический синдром;
- 5) судорожный синдром и полиневропатии.

**124. Предвестниками алкогольной болезни являются все перечисленные, исключая**

- 1) высокую активность и возросшую физическую выносливость заболевшего вне опьянения;
- 2) возросшую психофизическую активность в сравнении с периодом бытового употребления алкоголя;
- 3) «эмоциональную избыточность» состояния опьянения;
- 4) учащение случаев тяжелого опьянения;
- 5) утрату рвотного рефлекса.

**125. Для начальных проявлений синдрома измененной реактивности характерно все перечисленное, кроме**

- 1) изменения характера действия алкоголя (появления стимулирующего эффекта);
- 2) роста толерантности в 2-3 раза;
- 3) нерегулярно возникающего чувства отвращения к алкоголю при передозировке;
- 4) утраты рвотного рефлекса;
- 5) выраженного абстинентного синдрома.

**126. Признаками пристрастия к алкоголю и формирующейся зависимости являются**

- 1) желание «добавить» после приема какой-то дозы алкоголя;
- 2) оживление, повышение активности, предвидение события, традиционно предполагающего употребление алкоголя;
- 3) все перечисленное;
- 4) «опережение» с тостом.

**127. Начальные признаки морально-этического снижения личности выражаются**

- 1) в снижении сосредоточения;
- 2) во всем перечисленном;
- 3) в отвлекаемости в работе;
- 4) в поверхностности и необязательности во взаимоотношениях;
- 5) в недостаточности такта.

**128. Пробразом будущего личностного дефекта больного алкоголизмом служат**

- 1) все перечисленное;
- 2) грубость;
- 3) непродуктивность и суетливость;
- 4) забывчивость;
- 5) черствость.

**129. О формировании привычного пьянства говорит**

- 1) все перечисленное;
- 2) злоупотребление алкоголем с такой частотой и в таких количествах, которые вызывают состояние истощения у здоровых;
- 3) состояние повышенной активности;
- 4) дисхроноз.

**130. У психопатических личностей, у лиц с ограниченной церебральной недостаточностью форма опьянения меняется рано и проявляется**

- 1) укорочением периода эйфории;
- 2) появлением возбудимости, истерических расстройств;
- 3) дисфоричностью;
- 4) всем перечисленным;
- 5) нередким переходом в состояние оглушения.

**131. Продром отличается от I стадии алкоголизма всем перечисленным, кроме того, что**

- 1) еще существуют естественные ограничители интоксикации;
- 2) состояние опьянения характеризуется эмоциональной стабильностью;
- 3) появляются палимпсесты;
- 4) влечение к спиртному лишь начинает формироваться.

**132. Для начальной стадии алкоголизма (I стадии) характерно все перечисленное, кроме**

- 1) роста толерантности в 2-4 раза;
- 2) снижения количественного контроля;
- 3) затрудненного засыпания;
- 4) ситуационно обусловленного первичного патологического влечения к алкоголю;
- 5) утраты защитного рвотного рефлекса.

**133. Первичное патологическое влечение к алкоголю в I стадии, как правило**

- 1) носит неодолимый характер;
- 2) ситуационно обусловлено;
- 3) спонтанно возникает с борьбой мотивов;
- 4) возникает спонтанно без борьбы мотивов.

**134. Утрата защитного рвотного рефлекса при формировании алкоголизма отражает**

- 1) синдром измененной реактивности;

- 2) специфику действия этанола на ЦНС;
- 3) явление нехарактерно для алкоголизма;
- 4) формирование психоорганического синдрома.

**135. Для симптома снижения количественного контроля характерно все перечисленное, исключая**

- 1) относительный контроль дозы алкоголя при возникновении значимых для больного ситуаций;
- 2) симптом «опережения круга»;
- 3) неразборчивое отношение к виду напитка;
- 4) появление желания употреблять алкоголь в одиночестве;
- 5) появление на фоне опьянения желания продлить выпивку.

**136. Наличие палимпсестов в клинике алкоголизма характерно для**

- 1) I-II стадии заболевания;
- 2) II стадии заболевания;
- 3) II-III стадии заболевания;
- 4) I стадии заболевания;
- 5) III стадии заболевания.

**137. Для алкогольных амнезий характерно все перечисленное, исключая**

- 1) возникновение на стадии алкоголизма, характеризующимся заметным ростом толерантности;
- 2) расстройство самосознания;
- 3) лакунарность, фрагментарность;
- 4) сохранение моторики;
- 5) достаточно правильное поведение больных в состоянии опьянения, которое впоследствии амнезируется.

**138. Для неврозоподобных расстройств, выявляемых у больных в I стадии алкоголизма, характерно**

- 1) быстрое засыпание с ранним пробуждением;
- 2) раздражительность;
- 3) все перечисленное;
- 4) эмоциональная лабильность;
- 5) высокая утомляемость, слабость в первой половине дня.

**139. Признаками вегетативной дистонии на начальных этапах алкоголизма являются все перечисленные, кроме**

- 1) потливости;
- 2) генерализованного тремора;
- 3) рефлекторного дермографизма;

- 4) чувства жара;
- 5) сердцебиения, приступов.

**140. Функциональные дискинезии внутренних органов в клинике I стадии алкоголизма обусловлены**

- 1) повышением активности ферментов;
- 2) изменением функции клеточных мембран;
- 3) всем перечисленным;
- 4) активизацией деятельности симпато-адреналовой и других регуляторных систем.

**141. Для II стадии алкоголизма типичны следующие клинические проявления, исключая**

- 1) палимпсесты;
- 2) псевдозапой;
- 3) тотальные амнезии состояния опьянения;
- 4) спонтанно возникающее влечение к алкоголю;
- 5) абстинентный синдром.

**142. Во II стадии алкоголизма первичное патологическое влечение к спиртным напиткам проявляется всеми перечисленными вариантами, кроме**

- 1) без борьбы мотивов;
- 2) с характером неодолимости;
- 3) всегда четко ситуационно обусловленного;
- 4) с борьбой мотивов.

**143. Для II стадии алкоголизма наиболее характерна форма злоупотребления алкоголем**

- 1) по типу перемежающегося пьянства;
- 2) по типу псевдозапоев;
- 3) по типу постоянного пьянства на фоне низкой толерантности;
- 4) по типу постоянного пьянства на фоне высокой толерантности;
- 5) по типу истинных запоев.

**144. Изменение картины опьянения во II стадии заболевания проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) появления вспышек раздражительности;
- 2) появления истерических форм поведения;
- 3) появления оглушенности;
- 4) сокращения длительности эйфории.

**145. Понятие «плато» толерантности при алкоголизме характеризуется**

- 1) тенденцией к снижению толерантности;

- 2) изначально низкая толерантность отмечается на протяжении всего заболевания;
- 3) нарастанием толерантности;
- 4) толерантность достигает своего максимума и удерживается в течение определенного периода времени.

**146. Синдром снижения и утраты количественного и ситуационного контроля характеризуется всем перечисленным, исключая**

- 1) расстройство сознания по типу сумеречного;
- 2) появление тотальных амнезий;
- 3) усиление влечения к алкоголю в состоянии легкого опьянения;
- 4) снижение «критической дозы»;
- 5) появление опьянений средней и тяжелой степени.

**147. Формирующийся во II стадии алкоголизма похмельный синдром характеризуется тем, что**

- 1) верно все перечисленное;
- 2) симптомы абстиненции у каждого больного зависят от его индивидуальных соматических и психических особенностей;
- 3) в его структуре одни симптомы облигатны, другие – факультативны;
- 4) вариант синдрома отражает тяжесть заболевания.

**148. К облигатным симптомам алкогольного похмелья синдрома относятся все перечисленное, исключая**

- 1) тремор, потливость, жажду;
- 2) диспептические расстройства;
- 3) чувство разбитости, нарушение сна;
- 4) влечение к опохмелению;
- 5) тревогу, отсутствие аппетита.

**149. На начальных и, как правило, средних этапах алкоголизма изменения личности ограничиваются заострением преморбидных особенностей и проявляются следующими типами**

- 1) неустойчивым;
- 2) астеническим;
- 3) всеми перечисленными;
- 4) эксплозивным;
- 5) синтонным.

**150. Острые алкогольные психозы включают в себя все перечисленное, кроме**

- 1) параноида;



- 2) систематизированного бреда ревности;
- 3) делирия;
- 4) галлюциноза.

**151. Наиболее характерными нарушениями социального статуса больного алкоголизмом во II стадии являются**

- 1) все перечисленные;
- 2) постоянные ссоры в семье с угрозой разрыва семейных взаимоотношений;
- 3) несчастные случаи, промышленно-бытовой и транспортный травматизм;
- 4) снижение профессиональных навыков и производительности труда.

**151. Для III стадии алкоголизма характерно**

- 1) все перечисленное;
- 2) утяжеление всех симптомов предшествующей стадии;
- 3) появление психоорганических расстройств;
- 4) социальная дезадаптация;
- 5) появление затяжных хронических психозов.

**152. Для III стадии алкоголизма наиболее типичны все перечисленные признаки, исключая**

- 1) первичное патологическое влечение в алкоголь с характером неодолимости;
- 2) утрату ситуационного контроля;
- 3) перемежающуюся форму злоупотребления алкоголем;
- 4) псевдозапой;
- 5) интеллектуально-мнестические нарушения.

**153. Для симптома снижения толерантности характерно все перечисленное, кроме**

- 1) употребления алкоголя дробными дозами;
- 2) перехода на спиртные напитки с меньшим содержанием алкоголя;
- 3) выраженной эйфории от принятого алкоголя;
- 4) снижения одномоментной дозы алкоголя, вызывающей опьянение.

**154. Снижение толерантности является отражением всего перечисленного, кроме**

- 1) качества употребленных алкогольных напитков;
- 2) патофизиологической закономерности;

- 3) динамики алкоголизма;
- 4) истощения органов и систем организма.

**155. Для симптома тотальной амнезии характерно все перечисленное, кроме**

- 1) эйфории с рече-двигательным возбуждением;
- 2) формирования на III стадии алкоголизма;
- 3) возникновения при употреблении сравнительно небольших доз алкоголя;
- 4) амнезии большей части или всего периода опьянения.

**156. Симптом тотальной амнезии является отражением всего перечисленного, кроме**

- 1) этнических особенностей;
- 2) динамики алкоголизма;
- 3) состояния органов и систем организма;
- 4) показателей органической недостаточности ЦНС;
- 5) патофизиологической закономерности заболевания.

**157. Для алкогольной деградации характерно все перечисленное, кроме**

- 1) интеллектуально-мнестических нарушений;
- 2) упадка инициативы и работоспособности с невозможностью систематически трудиться;
- 3) утраты морально-нравственных ценностей;
- 4) заострения преморбидных личностных особенностей;
- 5) эмоционального огрубления с исчезновением семейных и общественных привязанностей.

**158. Острые и хронические психозы в III стадии алкоголизма характеризуются**

- 1) трансформацией клинической картины;
- 2) преобладанием в их клинической картине вербального галлюциноза или систематизированного бреда;
- 3) всем перечисленным;
- 4) приступообразным и затяжным течением;
- 5) развитием на фоне алкогольной энцефалопатии.

**159. Особенностью хронических алкогольных галлюцинозов в III стадии заболевания является**

- 1) сохранение сознания болезни;
- 2) все перечисленное;
- 3) угасание аффекта;

- 4) сохранение внешних форм поведения без каких-либо странностей;
- 5) сохранение способности к выполнению не только повседневных, но в ряде случаев и профессиональных обязанностей.

**160. Соматические нарушения в III стадии алкоголизма характеризуются всем перечисленным, кроме**

- 1) системности;
- 2) формирования так называемого «висцерального» алкоголизма;
- 3) возможности полной редукции при условии длительной ремиссии;
- 4) формирования синдромов сочетанного поражения (гепатопанкреатического и др.).

**161. Неврологические нарушения в III стадии алкоголизма характеризуются**

- 1) всем перечисленным;
- 2) сочетанным поражением тех или других отделов периферической и центральной нервной системы;
- 3) нередким развитием судорожного синдрома;
- 4) органического поражения ЦНС по типу рассеянного энцефаломиелита;
- 5) утяжелением всех неврологических симптомов предшествующей стадии.

**162. Преморбидные характерологические особенности личности оказывают влияние на клинику алкоголизма и проявляются во всем перечисленном, кроме**

- 1) клинического оформления амнезий состояния опьянения;
- 2) клинического оформления патологического влечения к алкоголю;
- 3) клинического оформления абстинентного синдрома;
- 4) формы злоупотребления алкоголем.

**163. Учет характерологических особенностей при анализе состояния больного алкоголизмом позволяет**

- 1) решать вопросы прогноза;
- 2) проводить целенаправленную дифференцированную терапию;
- 3) осуществлять профилактику рецидивов заболевания;
- 4) все перечисленное.

**164. Клиника алкогольного абстинентного синдрома у больных с характерологическими особенностями неустойчивого круга выражается**

- 1) диспептическими расстройствами в виде отсутствия аппетита, тошноты, нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы;
- 2) легким психомоторным возбуждением, суетливостью;
- 3) влечением к опохмелению;
- 4) вегетативной лабильностью, гипергидрозом, тремором;
- 5) всем перечисленным.

**165. Об актуализации патологического влечения к алкоголю у лиц с астеническими характерологическими особенностями свидетельствует появление**

- 1) пониженного настроения или кратковременных вспышек раздражения, обидчивости;
- 2) тревожности;
- 3) всего перечисленного;
- 4) психического дискомфорта;
- 5) повышенной психической и физической усталости.

**166. Клиника алкогольного абстинентного синдрома у больных с характерологическими особенностями астенического круга проявляется**

- 1) подавленным настроением с тягостным недовольством собой, чувством вины перед окружающими;
- 2) всем перечисленным;
- 3) реакциями тревоги и страха;
- 4) нарушениями сна;
- 5) сомато-вегетативными и неврологическими расстройствами.

**167. Из сомато-вегетативных и неврологических расстройств в клинике абстинентного синдрома у больных с истеро-возбудимыми характерологическими особенностями чаще всего встречаются**

- 1) все перечисленные расстройства;
- 2) боли и неприятные ощущения в области сердца, тахикардия, тяжесть в голове;
- 3) тремор, потливость;
- 4) отсутствие аппетита, тошнота, неприятные ощущения в подложечной области;
- 5) общая слабость, разбитость.

**168. Из психопатологических расстройств в клинике абстинентного синдрома у больных с характерологическими особенностями истеро-возбудимого круга чаще всего встречаются**

- 1) повышенная возбудимость;
- 2) конфликтность, агрессивность, дисфоричность;
- 3) демонстративные истерические реакции и суицидальные попытки;
- 4) недовольство окружающими;
- 5) все перечисленные.

**169. Клиника патологического влечения к алкоголю у больных с характерологическими особенностями стенического круга отличается**

- 1) изменением психического состояния в период актуализации влечения;
- 2) всем перечисленным;
- 3) преобладанием первичных форм влечения;
- 4) способностью больных на протяжении длительного времени сознательно, волевым усилием регулировать употребление алкоголя.

**170. Абстинентный синдром у больных алкоголизмом с характерологическими особенностями стенического круга отличается преобладанием**

- 1) нарушений сна;
- 2) дисфорического фона настроения;
- 3) всех перечисленных расстройств;
- 4) чувства недовольства;
- 5) придиристичности, раздражительности с неприязнью к окружающим, грубости.

**171. Алкоголизм у женщин развивается наиболее быстро в возрастной группе**

- 1) 17–25 лет;
- 2) 25–30 лет;
- 3) 30–50 лет;
- 4) старше 50 лет.

**172. В развитии алкоголизма у женщин наиболее значимы все перечисленные факторы, кроме**

- 1) региона проживания;
- 2) наследственности;
- 3) социального окружения (характер работы);
- 4) микросоциального окружения (злоупотребляющие алкоголем муж, близкие родственники);
- 5) преморбидной характерологической структуры.

**173. Риск развития алкоголизма у женщин повышается при всех перечисленных преморбидных особенностях характера, кроме**

- 1) аффективной лабильности;
- 2) возбудимости;
- 3) шизоидности;
- 4) неустойчивости;
- 5) истеричности.

**174. Среди женщин, больных алкоголизмом, преобладают лица, занятые**

- 1) в здравоохранении;
- 2) в народном образовании;
- 3) в торговле, сфере услуг;
- 4) в промышленности.

**175. Для социально-психологического портрета женщин, страдающих алкоголизмом, характерно все перечисленное, кроме**

- 1) игнорирования ролевых функций;
- 2) низкого уровня самоуважения и самооценки;
- 3) достаточной способности к адаптации;
- 4) явлений социально-психологической дезадаптации;
- 5) высокой чувствительности к стрессам.

**176. Особенности клиники алкоголизма у женщин являются все перечисленные, кроме**

- 1) замедленного темпа формирования;
- 2) редуцированности идеаторного компонента патологического влечения к алкоголю;
- 3) тенденции к раннему возникновению периодичности в течение заболевания;
- 4) преобладания одиночного пьянства;
- 5) стойких психопатологических расстройств в абстинентном состоянии.

**177. Состояния опьянения у женщин, больных алкоголизмом, проявляются всем перечисленным, кроме**

- 1) суицидальных попыток и самоповреждений;
- 2) агрессивных поступков;
- 3) возбужденности, плаксивости;
- 4) бредовой настроенности;
- 5) выраженного истерического поведения.

**178. Одиночное пьянство женщин, страдающих алкоголизмом, вероятнее всего объясняется**

- 1) стремлением скрыть пьянство (по морально-этическим соображениям);
- 2) особенностью преморбидного характерологического склада;
- 3) особенностью измененных картин опьянения;
- 4) интенсивностью первичного патологического влечения.

**179. В отличие от алкоголизма у мужчин, у женщин алкоголизм характеризуется всем перечисленным, исключая то, что**

- 1) курабельность заболевания худшая;
- 2) чаще развиваются психозы;
- 3) заболевание формируется ускоренно;
- 4) соматическая патология тяжелее и развивается быстрее.

**180. Из соматических осложнений, обусловленных злоупотреблением алкоголем, у женщин преобладают все перечисленные, кроме**

- 1) рака легкого;
- 2) гипертонической болезни;
- 3) патологии печени (гепатиты, циррозы);
- 4) поражения кожи;
- 5) гинекологических заболеваний.

**181. Для подросткового возраста наиболее характерно**

- 1) все перечисленное;
- 2) чувство взрослости;
- 3) возрастные конфликты и их преломление в самосознании подростка;
- 4) завершение периода детства и начало «вырастания» из него;
- 5) максимальные диспропорции в уровне и темпах развития.

**182. Подростковый возраст – этап развития личности, который определяется характерными для этого периода жизни**

- 1) реакциями группирования со сверстниками;
- 2) увлечениями (хобби);
- 3) формирующимся сексуальным влечением;
- 4) реакциями эмансипации;
- 5) всем перечисленным.

**183. В подростковом возрасте**

- 1) формируется перспективное мышление;
- 2) начинают формироваться высшие этические и нравственные категории;
- 3) происходит совершенствование функциональной деятельности ЦНС;

- 4) верно все перечисленное;
- 5) завершается структурное и морфологическое созревание нервных клеток.

**184. Выделены следующие основные возрастные уровни преимущественного нервно-психического реагирования у детей и подростков**

- 1) эмоционально-идеаторный (11-17 лет);
- 2) сомато-вегетативный (до 3 лет);
- 3) верно все перечисленное;
- 4) психомоторный (4-7 лет);
- 5) аффективный (5-10 лет).

**185. Пубертатный период отличается следующими особенностями**

- 1) функциональной неустойчивостью;
- 2) всем перечисленным;
- 3) незавершенностью развития нервной системы;
- 4) незавершенностью развития эндокринной системы;
- 5) повышением реактивности тканей к различным факторам внешней среды.

**186. Психический инфантилизм (клинические проявления) характеризуется**

- 1) парциальной психической ретардацией;
- 2) психическим регрессом;
- 3) асинхронией;
- 4) тотальной психической ретардацией.

**187. Для психики подростка наиболее типично**

- 1) все перечисленное;
- 2) повышенная застенчивость;
- 3) агрессивность, склонность принимать крайние позиции и точки зрения;
- 4) внутренние противоречия;
- 5) неопределенность уровня притязаний.

**188. Наиболее интенсивный психический онтогенез приходится**

- 1) верно (3) и (4);
- 2) на зрелый возраст;
- 3) на детский возраст;
- 4) на подростковый возраст.

**189. Эмоциональные реакции в подростковом возрасте характеризуются**

- 1) легкой возбудимостью;



- 2) страстностью;
- 3) всем перечисленным;
- 4) частой сменой настроения;
- 5) чувствительностью к оценке окружающими внешности и т.д. и излишней самоуверенностью, чрезмерной критичностью в отношении других людей.

**190. Важная роль в этиологии и патогенезе психических заболеваний у подростков принадлежит**

- 1) неблагоприятному микросоциальному окружению;
- 2) всему перечисленному;
- 3) неправильному воспитанию;
- 4) изменениям реактивности в «критические периоды» онтогенетического развития.

**191. Критические периоды онтогенетического развития**

- 1) характеризуются всем перечисленным;
- 2) вызывают более тяжелое и даже злокачественное течение психических заболеваний;
- 3) способствуют возникновению психических заболеваний;
- 4) характеризуются резкой перестройкой реактивности организма;
- 5) способствуют нарушениям физиологического равновесия в организме.

**192. Пубертатный период определяется как этиологический фактор в связи с тем, что**

- 1) верно все перечисленное;
- 2) подталкивает развитие болезни, начавшейся еще в детском возрасте;
- 3) провоцирует скрытую до пубертата патологию – превращает «патос» в «нозос» (А.В.Снежневский);
- 4) выявляет наследственные задатки.

**193. Понятие «пубертатный криз» подразумевает кризовый период жизни, когда**

- 1) происходит половое созревание индивида;
- 2) меняется социальный статус;
- 3) верно и то, и другое;
- 4) ни то, ни другое.

**194. Характерологические реакции**

- 1) проявляются только в определенной микросоциальной среде;

- 2) имеют четкую психологическую направленность (мотивацию);
- 3) определяют все перечисленное;
- 4) не сопровождаются сомато-вегетативными расстройствами и не ведут к длительным нарушениям социальной адаптации;
- 5) представляют собой преходящее ситуационно обусловленное изменение поведения.

**195. Патохарактерологические реакции**

- 1) имеют склонность превышать определенный «потолок» нарушений поведения, возможными у сверстников;
- 2) определяют все перечисленное;
- 3) сопровождаются сомато-вегетативными расстройствами и ведут к нарушениям социальной адаптации;
- 4) являются новыми личностными реакциями;
- 5) проявляются в стереотипных отклонениях поведения.

**196. Девиантное поведение – нежелательное и опасное для общества отклонение поведения от принятых норм – проявляется**

- 1) в отказе от учебы и трудовой деятельности, в бродяжничестве, в употреблении алкоголя и одурманивающих средств;
- 2) в неподчинении режиму и дисциплине в учебно-воспитательных учреждениях;
- 3) в неповиновении старшим;
- 4) в неуважении и грубости по отношению к родителям, учителям, воспитателям;
- 5) всем перечисленным.

**197. Антисоциальным называют поведение, которое характеризуется всем перечисленным, исключая**

- 1) непризнание норм поведения в обществе;
- 2) морально осуждаемые обществом манеры поведения и формы одежды;
- 3) бродяжничество, сексуальные эксцессы, курение;
- 4) нанесение себе телесных повреждений;
- 5) употребление алкоголя и одурманивающих средств.

**198. Деликвентное поведение – это**

- 1) угон транспортных средств;
- 2) хулиганские действия, нанесение телесных повреждений;
- 3) все перечисленное;
- 4) изнасилование, совращение малолетних, убийство;
- 5) вымогательство, кражи.

**199. Аутоагрессивное поведение проявляется**

- 1) в виде истинных суицидальных попыток с намеренным решением лишиться себя жизни;
- 2) всем перечисленным;
- 3) в форме нанесения себе телесных повреждений;
- 4) в форме демонстративных попыток самоотравления, самоповешения и т.д..

**200. При аффективно-возбудимом варианте патохарактерологического формирования личности девиантное поведение характеризуется**

- 1) асоциально направленными формами поведения, сходными с патологией влечений (ломать вещи, мучить животных и т.д.);
- 2) антидисциплинарными поступками, связанными с конфликтностью, драчливостью;
- 3) деликвентными (противоправными) поступками, сопровождающимися агрессивностью, недостаточностью контроля над собой;
- 4) всем перечисленным.

**201. При патохарактерологическом формировании личности неустойчивого типа наиболее часты**

- 1) девиантное поведение в виде прогулов школьных занятий, бродяжничества, ранних сексуальных связей и т.д.;
- 2) и то, и другое;
- 3) ни то, ни другое;
- 4) реакции имитации отрицательных форм поведения окружающих.

**202. При истероидном варианте патохарактерологического формирования личности поведение подростка характеризуется**

- 1) проявлением деликвентного поведения антидисциплинарными, антиобщественными и аутоагрессивными действиями;
- 2) всем перечисленным;
- 3) эгоистической установкой;
- 4) демонстративностью, стремлением привлечь к себе внимание.

**203. Основными типами патологических развитий у подростков являются все перечисленные, кроме**

- 1) преходящих характерологических ситуационных реакций;
- 2) патологического формирования личности дефицитарного типа;
- 3) патохарактерологического формирования личности;

- 4) постреактивного патологического формирования личности;
- 5) невротического формирования личности.

**204. Постреактивные патологические формирования личности характеризуются тем, что**

- 1) возникают после аффективно-шоковой реакции или реактивной депрессии;
- 2) становятся источником характерологических и патохарактерологических реакций (протеста, отказа и др.) с последующим формированием паранойяльных, астенических и аффективно-возбудимых черт;
- 3) девиантное поведение проявляется в виде грубости, неповиновения старшим, стремления делать назло;
- 4) верно все перечисленное.

**205. Невротическое формирование личности характеризуется тем, что**

- 1) важная роль в его психогенезе принадлежит реакции личности на сознание неполноценности;
- 2) существуют истерический и аффективно-возбудимый варианты его;
- 3) верно все перечисленное;
- 4) девиантное поведение проявляется антидисциплинарными, антиобщественными и в меньшей мере противоправными поступками;
- 5) обусловлено изменением нервной реактивности.

**206. Основным фактором психогенеза патологического формирования личности дефицитарного типа является**

- 1) патология анализаторов;
- 2) все перечисленное;
- 3) психический дизонтогенез;
- 4) неправильное воспитание;
- 5) психотравмирующая ситуация.

**207. Микросоциально-педагогическую запущенность от патологического формирования личности ограничивает**

- 1) избирательность форм поведения;
- 2) неблагоприятные условия воспитания;
- 3) наличие патохарактерологического синдрома;
- 4) асоциальное поведение.

**208. Неврозо-психогенные заболевания клинически проявляются**

- 1) аффективными непсихотическими расстройствами (страх, тревога, депрессия и др.);
- 2) сомато-вегетативными и двигательными расстройствами, переживаемыми как проявления болезни;
- 3) и тем, и другим;
- 4) ни тем, ни другим.

**209. Неврозы у подростков разделяют**

- 1) на системные или моносимптомные;
- 2) на те и другие;
- 3) ни на те, ни на другие;
- 4) на общие.

**210. Среди общих неврозов наиболее распространены**

- 1) депрессивный невроз;
- 2) неврозы: истерический астенический и психондрический;
- 3) невроз страха;
- 4) все перечисленные;
- 5) невроз навязчивых состояний.

**211. Основными клиническими формами системных моносимптомных неврозов являются**

- 1) патологические привычки действия;
- 2) невротическое заикание;
- 3) все перечисленные;
- 4) невротические тики;
- 5) невротические расстройства сна, аппетита, энурез, энкопрез.

**212. Основная причина неврозов**

- 1) травма головы;
- 2) соматическая болезнь;
- 3) длительная психическая травма;
- 4) все перечисленное.

**213. Основные отличия реактивных состояний в подростковом возрасте проявляются**

- 1) во всем перечисленном;
- 2) в зависимости клинической картины от типа акцентуации характера;
- 3) в психопатологической стертости и невыразительности симптомов;
- 4) в преобладании реактивных депрессий;
- 5) в ограниченном числе клинических вариантов.

**214. Выделяют следующие варианты реактивных депрессий у подростков**

- 1) ни тот, ни другой;
- 2) делинквентный и ипохондрический эквиваленты, свойственные подросткам с истероидной лабильной акцентуацией;
- 3) и тот, и другой;
- 4) меланхолическую («открытый» и «диссимулируемый» варианты).

**215. Невротическую депрессию характеризуют все перечисленные признаки, кроме**

- 1) суточных колебаний настроения;
- 2) астенических проявлений;
- 3) выраженности сомато-вегетативной симптоматики;
- 4) сниженного настроения.

**216. Для невротической депрессии выраженное моторное торможение**

- 1) зависит от выраженности депрессии;
- 2) характерно;
- 3) не характерно.

**217. При лечении невротического развития личности наибольшее значение имеет**

- 1) иглорефлексотерапия;
- 2) психотерапия;
- 3) коррекционно-педагогические мероприятия;
- 4) медикаментозное лечение.

**218. При медикаментозном лечении невротического развития личности предпочтение имеют**

- 1) ноотропы;
- 2) транквилизаторы;
- 3) общеукрепляющие методы;
- 4) антидепрессанты.

**219. Лечение неврозов основано на доминирующей роли**

- 1) иглорефлексотерапии;
- 2) психотерапии;
- 3) общеукрепляющего лечения;
- 4) медикаментозной терапии.

**220. Психопатия – это**

- 1) дисгармония эмоционально-волевой сферы;

- 2) своеобразное, преимущественно аффективно мышление;
- 3) стойкая аномалия личности;
- 4) все перечисленное.

**221. Для установления психопатии как нозологического диагноза важно наличие**

- 1) изменений социальной адаптации;
- 2) тотальности характерологических нарушений;
- 3) всего перечисленного;
- 4) стойкости характерологических нарушений.

**222. Психопатии в подростковом возрасте чаще диагностируются**

- 1) у девочек;
- 2) одинаково и у мальчиков, и у девочек;
- 3) у мальчиков.

**223. Диагноз психопатии наиболее правомерен в возрасте**

- 1) 13–15 лет;
- 2) 8–10 лет;
- 3) 3–5 лет;
- 4) 6–7 лет.

**224. В формировании конституциональных психопатий в подростковом возрасте имеют значение**

- 1) ситуационные личностные реакции протеста, отказа, интеркомпенсации и др.;
- 2) аномалии темперамента, сферы инстинктов и влечений;
- 3) элементарные психопатические реакции (злобность, агрессия, усиление отгороженности и т.д.);
- 4) все перечисленные утверждения.

**225. Синдром повышенной аффективной возбудимости чаще встречается**

- 1) у тех и других одинаково часто;
- 2) у девочек;
- 3) у мальчиков.

**226. Аффект при синдроме повышенной аффективной возбудимости характеризуют все перечисленные признаки, кроме**

- 1) кратковременности;
- 2) изменчивости;
- 3) дистимии;
- 4) депрессии.

**227. Синдром эпилептоидных черт характера чаще встречается**

- 1) у тех и у других одинаково часто;
- 2) у мальчиков;
- 3) у девочек.

**228. Аффект при синдроме эпилептоидных черт характера определяют все перечисленные признаки, кроме**

- 1) лабильности;
- 2) вязкости;
- 3) ригидности;
- 4) брутальности;
- 5) дисфоричности.

**229. Социальную адаптацию при синдроме эпилептоидных черт характера нарушают все перечисленные признаки, исключая**

- 1) жестокость;
- 2) конформность;
- 3) недоброжелательность к окружающим;
- 4) агрессивность.

**230. Синдром психической неустойчивости характеризуют все перечисленные признаки, кроме**

- 1) агрессивности;
- 2) повышенной аффективной возбудимости;
- 3) эмоциональной незрелости;
- 4) внушаемости.

**231. Наиболее типичными поведенческими реакциями при синдроме неустойчивых черт характера являются**

- 1) компенсация;
- 2) имитация;
- 3) протест;
- 4) все перечисленные.

**232. Основным мотивом поступков подростков с неустойчивыми чертами характера является**

- 1) переживание скуки;
- 2) получение удовольствия;
- 3) получение признания;
- 4) стремление к лидерству.

**233. Основным мотивом поступков истерической личности является**

- 1) получение признания;



- 2) и то, и другое;
- 3) получение удовольствия;
- 4) ни то, ни другое.

**234. Истерической личности свойственно все перечисленное, кроме**

- 1) демонстративных суцидов;
- 2) лживости;
- 3) фантазирования;
- 4) психической незрелости;
- 5) недоверчивости, подозрительности.

**235. Психопатия астенического типа проявляется всеми перечисленными признаками, кроме**

- 1) замкнутости, подозрительности;
- 2) психической невыносливости, истощаемости;
- 3) сензитивности;
- 4) неуверенности в себе.

**236. Для психастенической психопатии характерны все перечисленные признаки, кроме**

- 1) тревожных опасений;
- 2) агрессивности;
- 3) склонности к сомнениям;
- 4) колебаний настроения.

**237. Синдром шизоидных черт характера чаще встречается**

- 1) у девочек;
- 2) с одинаковой частотой;
- 3) у мальчиков.

**238. Шизоидную психопатию характеризуют все перечисленные признаки, кроме**

- 1) боязни всего нового;
- 2) отсутствия живости эмоций;
- 3) эгоцентризма;
- 4) аутистического поведения.

**239. При синдроме шизоидных черт характера возникает необходимость дифференциального диагноза**

- 1) с псевдошизоидным вариантом психогенных патологических формирований личности;
- 2) и с тем, и с другим;

- 3) с вялотекущей шизофренией;
- 4) ни с тем, ни с другим.

**240. К основным методам лечения при психопатиях относятся**

- 1) и то, и другое;
- 2) медикаментозные средства;
- 3) психотерапия;
- 4) ни то, ни другое.

**241. Основным принципом адекватной адаптации психопатических личностей к обществу являются**

- 1) выработка активной жизненной позиции;
- 2) выработка социально одобряемых навыков;
- 3) все перечисленные утверждения;
- 4) правильная трудовая ориентация.

**242. В группе экзогенных психозов выделяют**

- 1) и то, и другое;
- 2) психотические состояния при общих инфекциях, интоксикациях и соматических заболеваниях (симптоматические психозы);
- 3) психотические состояния, возникшие в непосредственной связи с церебрально органическими заболеваниями;
- 4) ни то, ни другое.

**243. В генезе экзогенных психозов у подростков имеют значение**

- 1) ацидоз, нарушения мозгового метаболизма;
- 2) сосудистые и дисциркуляторные изменения в головном мозге;
- 3) все перечисленные утверждения;
- 4) явления отека мозга;
- 5) церебральная гипоксия.

**244. Симптоматические психозы у подростков характеризует все перечисленное, исключая**

- 1) преимущественное возникновение при лихорадочных состояниях в ходе общих инфекций или токсикоинфекций;
- 2) абортивность психотических состояний;
- 3) отсутствие продромального периода;
- 4) рудиментарность психотических расстройств;
- 5) длительность острого периода от нескольких часов до 2-3 суток.

**245. О возможности развития симптоматического психоза у подростка свидетельствует появление**

- 1) повышенной чувствительности к яркому свету, громким звукам;
- 2) ипохондрических опасений в связи с различными сомато-вегетативными нарушениями;
- 3) подавленного настроения с тревогой;
- 4) всего перечисленного;
- 5) нарушения сна с кошмарными сновидениями.

**246. Период психотических расстройств при острых симптоматических психозах у подростков выражается**

- 1) нарушениями схемы тела;
- 2) выраженными расстройствами сна;
- 3) всем перечисленным;
- 4) нечетким, фрагментарным характером воспоминаний о психозе на выходе из него;
- 5) преимущественно состоянием помраченного сознания (от обнубиляции до солености) с кратковременными эпизодами делириозных расстройств.

**247. В случаях затяжного течения инфекционных и инфекционно-аллергических заболеваний у подростков могут возникать**

- 1) аментивные состояния;
- 2) и то, и другое;
- 3) ни то, ни другое;
- 4) онейроидные состояния.

**248. Для онейроидных состояний у подростков характерно**

- 1) возможность контакта с больным и частичное сохранение ориентировки в месте и времени;
- 2) появление ярких сноподобных переживаний с фантастическим содержанием;
- 3) кратковременность;
- 4) все перечисленное;
- 5) отдельные кататоподобные проявления.

**249. Аментивные состояния у подростков**

- 1) характеризуются хаотичностью психических процессов, растерянностью;
- 2) проявляются бессвязностью мышления и речи, нецеленаправленным двигательным возбуждением;
- 3) определяет все перечисленное;

- 4) изменчивостью эмоционального состояния, невозможностью контакта с больным;
- 5) возникают при длительно текущих истощающих заболеваниях.

**250. При затяжных симптоматических психозах у подростков могут развиваться перечисленные психопатологические синдромы, исключая**

- 1) депрессивно-ипохондрический;
- 2) тревожно-депрессивный;
- 3) маниакальный и гипоманиакальный;
- 4) депрессивный;
- 5) кататонический.

**251. Продромальный период психотических расстройств при туберкулезном менингите у подростков проявляется**

- 1) выраженными нарушениями сна;
- 2) безучастностью к окружающему;
- 3) всем перечисленным;
- 4) забывчивостью, рассеянностью, затруднением усвоения школьного материала;
- 5) подавленным настроением.

**252. Клинику острых психотических расстройств при туберкулезном менингите у подростков определяет**

- 1) развитие кратковременных (до 2-3 часов) онейроидных состояний с делириозными эпизодами;
- 2) тоскливо-тревожное настроение со страхами;
- 3) формирование после выхода из психоза психоорганического синдрома с явлениями деменции или грубыми психопатоподобными нарушениями поведения;
- 4) помрачение сознания, сопровождающее появление менингеальных симптомов;
- 5) все перечисленное.

**253. Острые ревматические психозы у подростков характеризуются**

- 1) тревожно-депрессивным настроением;
- 2) разнообразными расстройствами сенсорного синтеза;
- 3) всем перечисленным;
- 4) расстройствами психомоторики в виде чередований двигательного возбуждения и заторможенности;
- 5) преобладанием синдромов помрачения сознания – делириозного, делириозно-нейроидного, сумеречного.

**254. Диагностика экзогенных психозов основывается на выявлении**

- 1) дистимического и дисфорического компонентов в структуре эмоциональных нарушений;
- 2) того или иного соматического или церебрально-органического заболевания;
- 3) психопатологических синдромов «экзогенного типа»;
- 4) всего перечисленного;
- 5) общемозговых и очаговых неврологических расстройств.

**255. Вспомогательное диагностическое значение при экзогенно-органических психических расстройствах принадлежит обнаружению**

- 1) преобладания конкретного типа мышления, его персеверативности;
- 2) затрудненной переключаемости;
- 3) всего перечисленного;
- 4) ослабления механической памяти;
- 5) инертности психических процессов.

**256. Для органического психосиндрома характерно**

- 1) снижение сообразительности;
- 2) снижение воли;
- 3) все перечисленное;
- 4) снижение памяти;
- 5) ничего из перечисленного.

**257. Для астенического варианта психоорганического синдрома характерны все перечисленные психические расстройства, кроме**

- 1) раздражительной слабости;
- 2) агрессивности;
- 3) аффективной лабильности;
- 4) гиперестезии;
- 5) истощаемости.

**258. Для эксплозивного варианта психоорганического синдрома характерны все следующие расстройства, кроме**

- 1) взрывчатости;
- 2) аспонтанности;
- 3) агрессивности;
- 4) раздражительности;
- 5) склонности к паранойяльным сверхценным образованиям.

**259. Эйфорический вариант психоорганического синдрома характеризуется всеми следующими расстройствами, кроме**

- 1) нарушений памяти по типу фиксационной амнезии;
- 2) бестолковости;
- 3) повышенного фона настроения с оттенком эйфории;
- 4) повышения влечений;
- 5) резкого снижения критики к своему состоянию.

**260. Эпилепсия – хроническое заболевание, характеризующееся**

- 1) разнообразными пароксизмальными расстройствами;
- 2) типичными изменениями личности и слабоумием со специфическими клиническими чертами;
- 3) острыми и затяжными психозами;
- 4) ранним началом (детский, юношеский возраст);
- 5) всем перечисленным.

**261. Продром эпилептической болезни характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, внезапно появляющимися и исчезающими за несколько месяцев или лет до возникновения первого пароксизма**

- 1) вегетативными расстройствами;
- 2) головокружениями;
- 3) головными болями;
- 4) всеми перечисленными;
- 5) разнообразными яркими цветными сновидениями с картинами агрессии, надвигающихся предметов.

**262. Аура характеризуется всеми следующими признаками, кроме**

- 1) аффективной симптоматики;
- 2) сохранения в памяти субъективных переживаний;
- 3) амнезии окружающей обстановки;
- 4) кратковременного расстройства сознания (несколько секунд – десятки секунд);
- 5) отсутствия судорожного компонента.

**263. В развитии большого судорожного припадка разливают следующие фазы**

- 1) клонических судорог;
- 2) тонических судорог;
- 3) все перечисленные;
- 4) послеприпадочного оглушения;
- 5) внезапно наступающего полного выключения сознания.

**264. Эпилептическое состояние (статус) характеризуется**

- 1) продолжительностью состояния от нескольких часов до нескольких суток;
- 2) длительным пребыванием больного в коме, сопоре или в оглушении;
- 3) всем перечисленным;
- 4) серией непрерывно следующих друг за другом больших судорожных припадков;
- 5) правильно (4) и (1).

**265. Импульсивные припадки, возникающие в возрасте 10-23 лет, характеризуются**

- 1) кратковременной потерей сознания;
  - 2) внезапным падением и последующим падением (в ряде случаев);
  - 3) всем перечисленным;
  - 4) внезапными вздрагиваниями или толчкообразными движениями;
- отдельных групп мышц;
- 5) ничем из перечисленного.

**266. К бессудорожным пароксизмам с глубоким помрачением сознания относят все перечисленные, кроме**

- 1) бредового варианта сумеречного помрачения сознания;
- 2) галлюцинаторного варианта сумеречного помрачения сознания;
- 3) абсансов;
- 4) амбулаторных автоматизмов;
- 5) ориентированного варианта сумеречного помрачения сознания.

**267. К бессудорожным пароксизмам без расстройства сознания относят все перечисленные, кроме**

- 1) аффективных пароксизмов;
- 2) нарколептических пароксизмов;
- 3) катаплексических пароксизмов;
- 4) ротаторных автоматизмов;
- 5) пароксизмальных состояний с импульсивными влечениями.

**268. Изменения личности при эпилепсии характеризуются**

- 1) речевой торпидностью (обстоятельность, застревание на деталях, трудность переключения);

- 2) двигательной торпидностью;
- 3) всем перечисленным;
- 4) полярностью психических нарушений (подобострастие, угодливость излобность, агрессивность);
- 5) аффективной вязкостью, «застреваемостью» и аффективной взрывчатостью (эксплозивностью).

**269. У подростков, больных эпилепсией, рано обнаруживается**

- 1) недоверчивость, недовольство действиями окружающих;
- 2) хмурый фон настроения;
- 3) злобность, жесткость, повышенное сексуальное влечение, а также стремление обнимать, целовать взрослых, тискать детей;
- 4) неточность артикуляции и монотонность голоса;
- 5) все перечисленное.

**270. Для резидуально-органического эпилептиформного синдрома в отличие от эпилепсии характерно**

- 1) однотипность пароксизмальных расстройств;
- 2) отсутствие типичных эпилептических изменений личности;
- 3) отсутствие прогрессивности;
- 4) все перечисленное;
- 5) наличие в межпароксизмальном периоде церебрастенических, неврозоподобных, психоподобных расстройств.

**271. В отличие от эпилептических примитивные истерические припадки у детей проявляются**

- 1) беспорядочным биением руками, ногами и головой о пол;
- 2) падением на пол с громким криком и плачем;
- 3) всем перечисленным;
- 4) выгибание спины дугой;
- 5) возникновением при недовольстве чем-либо.

**272. Аффект-респираторные приступы характеризуются**

- 1) началом приступа по типу примитивных истерических припадков;
- 2) развитием на высоте приступа прерывистых глубоких вздохов, завершающихся полной остановкой дыхания в экспираторной фазе;
- 3) быстрым развитием цианоза;
- 4) возникают в связи с ситуацией, вызывающей недовольство, обиду;
- 5) всем перечисленным.



**273. Истерический психомоторный припадок отличается от эпилептического судорожного припадка**

- 1) частичным сохранением возможности воспринимать происходящее вокруг;
- 2) большей сложностью, массивностью, выразительностью движений с отсутствием смены фаз тонических и клонических судорог;
- 3) всем перечисленным;
- 4) значительно большей продолжительностью (до нескольких часов) припадков;
- 5) наличием аффективно-суженного, а не полностью выключенного сознания, сохранением реакции зрачков на свет.

**274. Выделяют следующие типы течения шизофрении**

- 1) рекуррентные;
- 2) приступообразно-прогредиентные;
- 3) непрерывнотекущие;
- 4) все перечисленные.

**275. Ведущее место в клинической картине шизофрении у подростков занимают**

- 1) и то, и другое;
- 2) продуктивная симптоматика;
- 3) ни то, ни другое;
- 4) негативные симптомы.

**276. К негативным симптомам относят**

- 1) аутизм;
- 2) эмоциональное снижение;
- 3) все перечисленное;
- 4) снижение психической активности;
- 5) неадекватность поведения.

**277. Для дебюта шизофрении у подростков наиболее характерны**

- 1) снижение чувства симпатии к близким;
- 2) повышенная раздражительность;
- 3) неустойчивость настроения;
- 4) все перечисленное.

**278. Наиболее характерным для шизофрении нарушением мышления является**

- 1) детализация;
- 2) разорванность;

- 3) резонерство;
- 4) инертность;
- 5) правильно 2) и 3).

**279. К преимущественно подростковым синдромам относятся все перечисленные, кроме**

- 1) гипердинамического;
- 2) «философической интоксикации»;
- 3) гебоидного;
- 4) дисморфобического.

**280. Алкоголизация подростка вероятнее при наличии синдрома**

- 1) «философической интоксикации»;
- 2) гебоидного;
- 3) дисморфобического.

**281. Структуру гебоидного синдрома определяет все перечисленное, кроме**

- 1) патологии влечений;
- 2) неврозоподобных расстройств;
- 3) эмоционально-волевых нарушений.

**282. К более благоприятным прогностическим признакам инициального периода шизофрении относятся**

- 1) и то, и другое;
- 2) преобладание неврозоподобной симптоматики;
- 3) ни то, ни другое;
- 4) выраженность аффективных расстройств.

**283. Проявлением депрессии у подростка может быть**

- 1) снижение школьной успеваемости;
- 2) снижение настроения;
- 3) все перечисленное;
- 4) нарушение поведения.

**284. На наличие дисморфофобических переживаний у подростка указывает все перечисленное, кроме**

- 1) своеобразия внешнего вида;
- 2) колебаний настроения;
- 3) избирательности контакта со сверстниками;
- 4) церебрастенических нарушений.

**285. Псевдопубертатный синдром отличается от патологически протекающего пубертатного криза**

- 1) отдельными немотивированными и нелепыми поступками;
- 2) эмоционально холодным фоном;
- 3) всем перечисленным;
- 4) отсутствием продуктивной деятельности;
- 5) разлаженностью поведения.

**286. В отличие от психопатии для шизофрении с психопатоподобными (гебоидными) проявлениями характерны**

- 1) эмоциональное снижение;
- 2) нерезкое падение психической активности;
- 3) ослабление способности к концентрации внимания;
- 4) смена настроения от безразлично-вялого к веселому со склонностью к шутовству, дурашливости;
- 5) все перечисленные признаки.

**287. Церебральный дефект вызывает нарушения развития определенных структур и систем мозга и проявляется**

- 1) и тем, и другим;
- 2) энцефалопатическим синдромом;
- 3) ни тем, ни другим;
- 4) явлениями дизонтогенеза.

**288. Систематика резидуально-органических нервно-психических расстройств включает**

- 1) преимущественно энцефалопатические формы;
- 2) формы смешанного генеза;
- 3) преимущественно дизонтогенетические формы;
- 4) все перечисленное.

**289. К дизонтогенетическим формам резидуально-органических нервно-психических расстройств относятся все перечисленные, исключая**

- 1) синдром «органического аутизма» по С.С.Мухину;
- 2) синдромы психического и психофизического инфантилизма;
- 3) синдромы гидроцефалии;
- 4) синдром резидуальной олигофрении;
- 5) синдромы нарушения развития отдельных систем мозга (речи, письма, моторики и т.д.).

**290. Энцефалопатические формы резидуально-органических нервно-психических расстройств включают следующие синдромы**

- 1) дизэнцефальные и гидроцефалии;
- 2) эпилептоформные;

- 3) резидуально-органический деменции;
- 4) неврозоподобные и психопатоподобные;
- 5) все перечисленные.

**291. Астенические состояния резидуально-органического генеза в отличие от неврастения проявляются**

- 1) большей выраженностью аффективных расстройств – взрывчатостью, дистимически-дистрофическими изменениями настроения;
- 2) снижением уровня запоминания и удержания в памяти;
- 3) всем перечисленным;
- 4) более выраженными характерами истощаемости психических процессов, более заметным и длительным снижением психической работоспособности;
- 5) преходящими психосенсорными расстройствами и рассеянной неврологической микросимптоматикой.

**292. Психопатоподобные состояния резидуально-органического генеза характеризуются тем, что**

- 1) в их клинической картине главная роль принадлежит синдромам задержанного и нарушенного развития эмоционально-волевой сферы;
- 2) проявляются преимущественно в двух типах – «бестормозном» и эксплозивном;
- 3) составляют самую большую группу резидуальных органических проявлений в подростковом возрасте;
- 4) верно все перечисленное.

**293. «Бестормозной» (Г.Е.Сухарева) тип психопатоподобных состояний характеризуется**

- 1) недоступностью высших форм рационального поведения;
- 2) желанием удовольствий как главного стимула поступков;
- 3) отсутствием целенаправленности в мышлении, неравномерностью уровня логических операций;
- 4) всем перечисленным;
- 5) нарушением развития волевой деятельности.

**294. Клинически «бестормозной» тип психопатоподобных состояний выражается**

- 1) поверхностностью и изменчивостью переживаний и привязанностей;
- 2) эмоциональной неустойчивостью;
- 3) всем перечисленным;

- 4) оживленностью и беззаботностью;
- 5) общительностью, незлобивостью, незлопамятностью.

**295. Эксплозивный тип психопатоподобного состояния органического генеза характеризуется**

- 1) инертностью, конкретностью мышления;
- 2) крайней ограниченностью интересов, не выходящих за пределы удовлетворения элементарных инстинктивных и бытовых потребностей;
- 3) преобладанием повышенных влечений;
- 4) диспластичностью телосложения;
- 5) всем перечисленным.

**296. Клиническая картина синдрома резидуальной органической деменции выражается всеми перечисленными признаками, кроме**

- 1) прожорливости, сексуальности;
- 2) отсутствия страха перед опасными для жизни ситуациями;
- 3) аккуратности, внимания к своей внешности;
- 4) поведения, лишённого последовательности и внутренней связи;
- 5) отсутствия привязанности к близким.

**297. Депрессивные расстройства в рамках периодического психоза отличаются**

- 1) включением в состояние тоскливой ажитации элементорганической инертности: монотонности, склонности к стереотипиям;
- 2) преобладанием эмоциональной лабильности;
- 3) малой выразительностью;
- 4) всем перечисленным.

**298. Маниакальные состояния в рамках подросткового периодического психоза отличаются**

- 1) бедностью и стереотипностью идей величия;
- 2) бедностью суждений и сниженной памятью;
- 3) всем перечисленным;
- 4) наличием жалоб на повышенную утомляемость;
- 5) «органическим» характером возбуждения.

**299. Сенсорные расстройства в рамках подросткового периодического психоза проявляются**

- 1) явлениями дереализации и деперсонализации;
- 2) всем перечисленным;

- 3) нарушением пространственного восприятия;
- 4) изменённым чувством времени.

**300. Расстройства сознания в рамках подросткового периодического психоза отличаются**

- 1) всем перечисленным;
- 2) нерезко выраженными проявлениями;
- 3) появлением оглушенности лишь на высоте психоза;
- 4) помрачением сознания по типу сумеречного перед манифестом психоза.

**301. Лечение подростков с резидуально-органическими нервно-психическими расстройствами должно сочетать**

- 1) метода биологической терапии;
- 2) лечебно-воспитательные мероприятия;
- 3) психотерапию;
- 4) верно (1) и (3);
- 5) все перечисленное.

**302. По классификации, предложенной г.Е.Сухаревой, выделяют олигофрении**

- 1) обусловленные эмбрио- и фетопатией;
- 2) связанные с вредностями интернатального и раннего постнатального периодов;
- 3) верно (5) и (1);
- 4) верно все перечисленное;
- 5) эндогенной природы.

**303. К олигофрениям относят**

- 1) врожденное и рано приобретенное слабоумие с признаками недоразвития психики в целом, но преимущественно – интеллекта;
- 2) приобретенное в различные сроки жизни слабоумие с преимущественным поражением интеллектуальной сферы;
- 3) только врожденное слабоумие;
- 4) приобретенное слабоумие с полным распадом психической деятельности;
- 5) только рано приобретенное слабоумие без признаков распада психической деятельности.

**304. При олигофрении возможно все перечисленное, кроме**

- 1) признаков прогрессивности;
- 2) эволютивной динамики;

- 3) периодов декомпенсации под влиянием возрастных кризов;
- 4) периодов компенсации;
- 5) периодов декомпенсации под влиянием психических факторов.

**305. К атипичным формам олигофрении относят случаи**

- 1) с наличием психопатоподобных расстройств;
- 2) с наличием эпилептиформных расстройств;
- 3) с прогрессирующим слабоумием;
- 4) все перечисленные;
- 5) с выраженным наследственным отягощением.

**306. Характерными клиническими проявлениями олигофрений являются**

- 1) недостаточная память как при воспроизведении, так и при запоминании;
- 2) все перечисленное;
- 3) ничего из перечисленного;
- 4) слабость абстрактного мышления;
- 5) слабость целенаправленного внимания.

**307. Для речи больных олигофренией наиболее характерно все перечисленное, кроме**

- 1) дизартрии;
- 2) аграмматичности построения фраз;
- 3) маловыразительности, односложности;
- 4) неправильного смыслового употребления слов;
- 5) употребления «неологизмов».

**308. Для больных олигофренией характерны**

- 1) медлительность, неловкость движений;
- 2) бедность мимики и жестикуляции;
- 3) малая дифференцированность эмоций;
- 4) все перечисленное.

**309. Положительная эволютивная динамика у олигофренов возможна**

- 1) верно и то, и другое;
- 2) не верно ни то, ни другое;
- 3) в процессе роста и развития;
- 4) под влиянием направленного воспитания и обучения.

**310. Выражением положительной эволютивной динамики у олигофренов является**

- 1) все перечисленное;
- 2) приобретение определенного запаса знаний, бытовых и профессиональных навыков;
- 3) постепенное повышение интеллектуальных функций;
- 4) усиление подвижности психических процессов, улучшение фразовой речи;
- 5) уменьшение моторной недостаточности.

**311. Психопатоподобные расстройства у олигофренов проявляются**

- 1) склонностью к уходам и бродяжничеству;
- 2) агрессивностью;
- 3) всем перечисленным;
- 4) импульсивностью;
- 5) расторможением сексуальных влечений.

**312. В основном «психозы олигофренов» проявляются**

- 1) эпизодами рудиментарных, неразвернутых галлюцинаторных бредовых расстройств;
- 2) всем перечисленным;
- 3) аффективными расстройствами в виде дисфорий и тревожной депрессии со страхами;
- 4) кататоноподобными состояниями двигательного возбуждения или ступора.

**313. Трудовая адаптация умственно отсталых в степени дебильности начинается**

- 1) в условиях семейного воспитания;
- 2) в интернатах социального обеспечения;
- 3) во вспомогательных школах;
- 4) в обычных школах;
- 5) в лечебно-трудовых мастерских при психоневрологических диспансерах.

**314. Трудовая адаптация больных с неглубокой имбецильностью начинается**

- 1) в интернатах социального обеспечения;
- 2) во вспомогательных школах;
- 3) в обычных школах;
- 4) в лечебно-трудовых мастерских при психоневрологических диспансерах;
- 5) в условиях семейного воспитания.

**315. Реабилитация больных олигофренией осуществляется посредством**



- 1) обучения и трудоустройства;
- 2) попечения наиболее слабоумных пациентов;
- 3) сети учреждений, дифференцированных с учетом выраженности психического недоразвития и возраста больных;
- 4) всего перечисленного.

**316. Структура интеллектуальной недостаточности при микросоциально-педагогической запущенности включает**

- 1) бедность интеллектуальных интересов;
- 2) все перечисленное;
- 3) недостаточность высших потребностей и установок личности;
- 4) относительно бедную, неразвитую речь;
- 5) преобладание «речевых штампов».

**317. В основе микросоциально-педагогической запущенности лежит все перечисленное, за исключением**

- 1) недостаточности чувства долга, ответственности;
- 2) социальной незрелости личности;
- 3) недостаточности высших компонентов личности – системы интересов и идеалов, нравственных установок;
- 4) потребности в труде.

**318. Микросоциально-педагогическая запущенность и нарушения поведения могут возникнуть у подростков**

- 1) с потенциально сохранными интеллектуальными способностями;
- 2) с проявлениями патологии поведения как следствия конституциональных или приобретенных нарушений формирующейся личности и характера;
- 3) верно (1) и (2);
- 4) верно (2).

**319. Алкоголизм в подростковом возрасте (ранний алкоголизм) – это заболевание**

- 1) уже сформировавшееся в промежутке от 14 до 18 лет;
- 2) и то, и другое;
- 3) ни то, ни другое;
- 4) формирующееся в промежутке от 14 до 18 лет.

**320. Понятие «ранняя алкоголизация» включает все перечисленное, кроме**

- 1) наличия психического влечения;
- 2) группового употребления алкоголя;

- 3) знакомства с алкоголем в возрасте до 18 лет;
- 4) употребления алкоголя подростками до 1 раза в месяц.

**321. Ранний алкоголизм как болезнь характеризуется всем перечисленным, исключая**

- 1) деградацию личности с эйфорической установкой;
- 2) особенности соматоневрологических нарушений;
- 3) формирование клинических признаков заболевания до 18 лет;
- 4) злокачественное течение;
- 5) специфику интеллектуально-мнестических расстройств.

**322. К факторам, способствующим ранней алкоголизации, относятся**

- 1) микросоциально-педагогическая запущенность;
- 2) алкогольные обычаи микросоциальной среды;
- 3) алкоголизм отца;
- 4) неправильное воспитание, недостаточность нравственных установок личности;
- 5) все перечисленные.

**323. Подростка из групп «высокого риска» свойственно все перечисленное, кроме**

- 1) раннего (10-12 лет) начала употребления алкоголя;
- 2) частого употребления алкоголя в семье;
- 3) изначально высокой толерантности;
- 4) изначально противоправного поведения в опьянении;
- 5) повышенной самооценки, самоконтроля.

**324. Наибольший риск развития алкоголизма у подростков связан**

- 1) с наличием алкоголизма у обоих родителей;
- 2) с наследственной отягощенностью алкоголизмом по родственной линии отца;
- 3) с наследственной отягощенностью алкоголизмом по родственной линии матери;
- 4) с наличием алкоголизма у матери;
- 5) с наличием алкоголизма у отца.

**325. Из семейных факторов, предрасполагающих к употреблению алкоголя подростками, имеют значение все перечисленные, кроме**

- 1) рода занятий родителей;
- 2) отсутствия эмоционального тепла и духовности в семье;
- 3) конфликтности и нестабильности семьи;
- 4) положительного отношения к алкоголю родителей;
- 5) низкого образовательного и культурного уровня семьи.

**326. Из факторов, влияющих на приобщение подростков к алкоголю, значимы все перечисленные, за исключением**

- 1) примеров сверстников, употребляющих напитки;
- 2) нормы поведения родителей и их отношения к алкоголю;
- 3) примера родителей, употребляющих алкоголь;
- 4) многодетности семьи;
- 5) недостатков в организации школьного обучения.

**327. К факторам, наиболее способствующим привыканию подростков к употреблению спиртных напитков, относятся все перечисленные, кроме**

- 1) неблагоприятного микросоциального окружения (пьянства родителей);
- 2) наследственной отягощенности алкоголизмом;
- 3) материальных затруднений в семье;
- 4) определенного характерологического склада (внушаемости, бездуховности, слабости волевой сферы);
- 5) наличия органической церебральной недостаточности.

**328. Ранняя алкоголизация возможна при всех перечисленных особенностях личности подростков, кроме**

- 1) нестойкости и кратковременности подражательных действий и послушания;
- 2) ранимости и неуверенности в себе;
- 3) отсутствия познавательных интересов и любопытства;
- 4) повышенной внушаемости и подчиненности в поведении;
- 5) низкого интеллектуального уровня.

**329. Ранняя алкоголизация в структуре патохарактерологических реакций возможна при всех состояниях, исключая реакции**

- 1) группирования со сверстниками;
- 2) активного протеста;
- 3) пассивного протеста;
- 4) имитации.

**330. Ранняя алкоголизация как проявление девиантного поведения встречается в рамках**

- 1) всего перечисленного;
- 2) гебоидной вялотекущей шизофрении;
- 3) декомпенсации психопатии;
- 4) патохарактерологического формирования личности;
- 5) психопатоподобного синдрома.

**331. Резидуально-органическая церебральная недостаточность как одно из условий ранней алкоголизации и развития алкоголизма у подростков должна проявляться всеперечисленным, кроме**

- 1) психопатоподобного состояния;
- 2) патохарактерологических реакций;
- 3) органической деменции;
- 4) психической заторможенности;
- 5) взрывного варианта психоорганического синдрома.

**332. Интеллектуальные и характерологические отклонения как одно из условий, способствующих развитию алкоголизма у подростков, проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) антисоциального поведения с нарушениями в сфере низших влечений (бродяжничество, воровство, ранние половые связи);
- 2) состояния пониженного настроения с дисфорией;
- 3) отгороженности;
- 4) реактивной лабильности, повышенной психической возбудимости;
- 5) черт легкой дебилности.

**333. Примыканию подростка к алкогольным компаниям способствует все перечисленное, кроме**

- 1) многообразия и широты интересов;
- 2) формирования бездуховности;
- 3) гипер- и гипопеки, отсутствия контакта с родителями;
- 4) стремления к группированию;
- 5) неудовлетворенности школой.

**334. Ранняя алкоголизация более вероятна при всех следующих вариантах патохарактерологического формирования личности, кроме**

- 1) аффективно-возбудимого;
- 2) тормозного;
- 3) истероидного;
- 4) неустойчивого.

**335. Соматоневрологические нарушения при алкоголизме у подростков проявляются всеперечисленным, кроме**

- 1) жировой дистрофии печени;
- 2) амблиопии;
- 3) поражения поджелудочной железы;
- 4) вегето-сосудистой дистонии;
- 5) поражения лучевого и слухового нервов.

**336. К общим клинико-психопатологическим признакам раннего алкоголизма относятся все перечисленные, за исключением**

- 1) роста толерантности;
- 2) формирования синдрома психической и физической зависимости;
- 3) систематического злоупотребления алкоголем;
- 4) появления синдрома последствий хронической интоксикации алкоголем;
- 5) деградации личности с хронической эйфорической установкой.

**337. Для алкоголизма у подростков характерно все перечисленное, исключая**

- 1) преобладание вторичных форм патологического влечения к алкоголю;
- 2) формирование заболевания в сжатые сроки;
- 3) отсутствие тяжелых похмельных состояний;
- 4) быстрый рост изначально высокой толерантности;
- 5) чрезвычайно высокую интенсивность первичного патологического влечения к алкоголю.

**338. Для состояния острой алкогольной интоксикации (опьянения) в подростковом возрасте характерно все перечисленное, кроме**

- 1) слабо выраженной и кратковременной эйфории;
- 2) отсутствия амнезий состояния опьянения;
- 3) общей расторможенности с неожиданными поступками, внешне напоминающими импульсивные следствия;
- 4) спонтанного или после дополнительной дозы развития оглушения;
- 5) пониженного аффекта, злобности, жестокости.

**339. Клиническая картина состояния острой алкогольной интоксикации у подростков проявляется**

- 1) всем перечисленным;
- 2) оглушением разной степени выраженности;
- 3) дисфоричностью и агрессивностью;
- 4) истерическими чертами (демонстративностью);
- 5) эйфорией с двигательной активностью, расторможенностью и дурашливостью.

**340. Постинтоксикационные состояния у подростков проявляются преимущественно**

- 1) тошнотой, рвотой;

- 2) расстройствами со стороны сердечно-сосудистой системы;
- 3) выраженной сонливостью;
- 4) психической и двигательной заторможенностью.

**341. Для клиники и динамики алкоголизма в подростковом возрасте характерно все перечисленное, за исключением**

- 1) малой дифференцированности и отсутствия четких границ между стадиями алкоголизма;
- 2) частоты психических проявлений;
- 3) ускоренного развития болезни;
- 4) преобладания дефицитарных симптомов;
- 5) недостаточной выраженности и незавершенности многих симптомов болезни.

**342. Для синдрома психической зависимости при алкоголизме у подростков характерно все перечисленное, исключая**

- 1) выраженность идеаторного компонента влечения;
- 2) формирование на этапе систематического пьянства;
- 3) актуализацию влечения к алкоголю внешней средой;
- 4) отсутствие «борьбы мотивов»;
- 5) полную не критичность к изменяющемуся влечению.

**343. Патологическое влечение к алкоголю у подростков характеризуется**

- 1) неодолимостью;
- 2) всем перечисленным;
- 3) преобладанием первичных форм влечения;
- 4) невозможностью определения тяжести симптома, утраты количественного контроля вследствие того, что подростки пьют в группе;
- 5) ускоренным формированием.

**344. Абстинентный синдром в клинике алкоголизма у подростков характеризует**

- 1) все перечисленное;
- 2) отсутствие тремора, невыраженность соматовегетативных расстройств;
- 3) сходство с состоянием постинтоксикации у взрослых;
- 4) преобладание пониженного настроения с раздражительностью;
- 5) малая длительность.

**345. Структура психопатоподобного синдрома при алкоголизме у подростков определяется всем перечисленным, за исключением**

- 1) злобности и агрессивности;
- 2) психической неустойчивости;
- 3) расторможенности влечений;
- 4) аффективной возбудимости;
- 5) гипертимности.

**346. Для интеллектуально-мнестических расстройств у подростков, страдающих алкоголизмом, характерно все перечисленное, кроме**

- 1) отвращения к интеллектуальному труду;
- 2) скудости словарного запаса;
- 3) утраты способности осмысления несложных текстов, простых ситуаций и т.д.;
- 4) фиксационной амнезии;
- 5) пассивности, незаинтересованности в решении тех или иных задач.

**347. Для эретической деменции подростков, страдающих алкоголизмом, характерно всеперечисленное, за исключением**

- 1) истощаемости;
- 2) повышенной моторности;
- 3) дисфории;
- 4) склонности к садистическим актам и получении удовлетворенности.

**348. Для благоприятного течения раннего алкоголизма характерно все перечисленное, за исключением**

- 1) обратного развития имеющейся симптоматики заболевания;
- 2) способности в дальнейшем к контролируемому употреблению алкоголя;
- 3) социальной дезадаптации;
- 4) прекращения алкоголизма при достаточном микросоциальном контроле.

**349. Для неблагоприятного течения раннего алкоголизма характерно все перечисленное, кроме**

- 1) нарастающей аутизации;
- 2) массивной социальной дезадаптации;
- 3) формирования синдрома апатической деменции;
- 4) продолжающегося злоупотребления алкоголем;
- 5) утяжеления всей алкогольной симптоматики.

**350. Развитие рецидивов у злоупотребляющих алкоголем подростков в большой степени зависит**

- 1) от возвращения в прежнюю микросреду;
- 2) от проблем социальной адаптации (восстановление на работе и в школе);
- 3) от эмоциональной лабильности;
- 4) от неустойчивости;
- 5) от всего перечисленного.

**351. Для ремиссий алкоголизма в подростковом возрасте характерно все перечисленное, кроме**

- 1) вынужденности (моральная или ситуационная обусловленность);
- 2) спонтанности;
- 3) значимости социальных моментов в их становлении (переезд в другой город, распад компании и т.д.);
- 4) нестойкости.

**352. Для алкоголизма подростков, развившегося на резидуально-органической почве, характерно все перечисленное, кроме**

- 1) криминогенности состояний опьянения;
- 2) низкой эффективности противоалкогольных лечебно-реабилитационных мероприятий;
- 3) усиления психоорганических расстройств;
- 4) умеренно прогрессивного течения заболевания;
- 5) злокачественного течения заболевания.

**353. Патологическое влечение к алкоголю у олигофренов характеризуется**

- 1) изначальным отсутствием контроля за количеством употребляемого алкоголя;
- 2) всем перечисленным;
- 3) однообразием мотивов;
- 4) нечеткой, аморфной, недифференцированной мотивацией

**354. Абстинентный синдром у подростков-олигофренов, страдающих алкоголизмом, проявляется**

- 1) фобиями с конкретно-житейским содержанием;
- 2) кошмарными сновидениями;
- 3) раздражительностью, неприязнью к окружающим;
- 4) всем перечисленным;
- 5) дисфориями, тревогой.

**355. Злоупотребление алкоголем подростками, страдающими эпилепсией**



- 1) может спровоцировать манифест заболевания;
- 2) повышает судорожную готовность;
- 3) верно все перечисленное;
- 4) ускоряет развитие и утяжеляет клинику интеллектуально-мнестических нарушений, слабоумия;
- 5) резко нарушает социальную адаптацию.

**356. Алкоголизм в подростковом возрасте, сочетающийся с шизофренией, наиболее часто встречается при всех перечисленных формах ее, за исключением**

- 1) гебоидной;
- 2) психопатоподобной;
- 3) простой;
- 4) неврозоподобной.

**357. Для алкоголизирующихся подростков, страдающих шизофренией, характерно все перечисленное, кроме**

- 1) слабой выраженности симптомов физической зависимости;
- 2) длительного и выраженного периода эйфории;
- 3) отсутствия или малой выраженности алкогольных изменений личности при хронической интоксикации;
- 4) одиночного пьянства;
- 5) сочетания приема алкоголя и токсикоманических средств.

**358. Психозы, возникающие у подростков, злоупотребляющих алкоголем, чаще обусловлены**

- 1) характером и качеством алкогольных напитков;
- 2) дополнительной наркотизацией;
- 3) интенсивностью алкоголизации;
- 4) длительностью алкоголизации;
- 5) наличием эндогенного заболевания.

**359. Алкогольные психозы у подростков характеризует**

- 1) все перечисленное;
- 2) преимущественное развитие у подростков;
- 3) длительность от нескольких часов до 1-2 суток;
- 4) неразвернутые abortивные делирии или галлюцинозы.

**360. Особенности лечения подростков, страдающих алкоголизмом, включают все перечисленное, кроме**

- 1) эффективности условно-рефлекторной терапии (УРТ);
- 2) наличия прямых противопоказаний к назначению тетурама;
- 3) акцента на психотерапевтические методы лечения;

- 4) предпочтительности терапии ноотропами;
- 5) назначения массивной витаминотерапии и препаратов, содержащих фосфор.

**361. Распространенность алкогольной болезни у пожилых людей отражают следующие показатели**

- 1) 10 на 1000 человек населения;
- 2) 22 на 1000 человек населения;
- 3) 7 на 1000 человек населения.

**362. Из биологических факторов, способствующих формированию алкоголизма у лиц пожилого возраста выделяют**

- 1) все перечисленное;
- 2) снижение ферментативной активности;
- 3) снижение мембранной и капиллярной проницаемости;
- 4) снижение реактивности организма;
- 5) понижение выносливости к токсическим воздействиям.

**363. К биологическим факторам, способствующим развитию алкоголизма в пожилом возрасте, относятся все перечисленные, кроме**

- 1) развития мягкого атрофического процесса с затянувшимся психоподобным дебютом;
- 2) интеллектуально-мнестических расстройств;
- 3) затяжных депрессивных состояний;
- 4) исподволь развивающегося шизофренического процесса.

**364. К факторам, способствующим развитию алкоголизма в пожилом возрасте, относятся**

- 1) переоценка жизненных ценностей, разочарованность прошлым и настоящим;
- 2) изменение социального стереотипа;
- 3) нарушение привычного микросоциального окружения;
- 4) все перечисленные факторы;
- 5) физический и психический дискомфорт.

**365. К социальным факторам, значимым в развитии алкоголизма в пожилом возрасте, относятся**

- 1) выход на пенсию;
- 2) утрата прежних социальных связей;
- 3) все перечисленные;
- 4) ухудшение материального положения;
- 5) недооценка обществом полезности, социальной сохранности.

**366. К микросоциальным факторам, способствующим развитию алкоголизма в пожилом возрасте, относятся**

- 1) одиночество;
- 2) все перечисленные;
- 3) утрата прежнего микросоциального окружения (друзей, приятелей, соседей);
- 4) утрата связей со взрослыми детьми;
- 5) смерть мужа или жены.

**367. К психологическим факторам, способствующим развитию алкоголизма в пожилом возрасте, относятся**

- 1) все перечисленные;
- 2) озлобленность;
- 3) изоляция;
- 4) разочарованность в жизни;
- 5) неудовлетворенность прошлым и настоящим.

**368. Из факторов, способствующих приобщению к алкоголю мужчин пожилого возраста, имеют значение**

- 1) личные проблемы;
- 2) психофизическая несостоятельность;
- 3) изоляция, одиночество;
- 4) профессиональные проблемы;
- 5) все перечисленные.

**369. Из факторов, способствующих приобщению к алкоголю женщин пожилого возраста, имеют значение**

- 1) ни то, ни другое;
- 2) одиночество;
- 3) личные потери;
- 4) и то, и другое.

**370. Для клиники алкоголизма у лиц пожилого возраста характерно все перечисленное, кроме**

- 1) укорочения и урежения запоев;
- 2) затяжного характера абстинентного синдрома;
- 3) преобладания соматических расстройств в структуре похмельного синдрома;
- 4) преобладания в опьянении эксплозивности;
- 5) снижения влечения и толерантности к алкоголю.

**371. К особенностям клиники алкоголизма в пожилом возрасте относятся все перечисленное, кроме**

- 1) преобладания в структуре абстинентного синдрома расстройств сердечно-сосудистой системы;
- 2) урежения запоев, по приему алкоголя ежедневно больших доз;
- 3) частых случаев глубокого опьянения;
- 4) преобладания первичного патологического влечения к алкоголю, для актуализации которого важное значение имеют индивидуальные факторы;
- 5) длительного сохранения количественного и ситуационного контроля.

**372. Для клинической картины алкогольного абстинентного синдрома у лиц пожилого возраста характерно все перечисленное, кроме**

- 1) расстройств сна;
- 2) депрессий с идеями самобичевания и суицидальными тенденциями;
- 3) головных болей, напоминающих мигрень, головокружения, шума в голове;
- 4) резких колебаний артериального давления, сосудистых кризов, приходящих нарушений мозгового кровообращения, приступов стенокардии;
- 5) тяжелых неврологических нарушений.

**373. Симптоматический алкоголизм – это**

- 1) ни то, ни другое;
- 2) обозначает различные формы злоупотребления алкоголем у психических больных;
- 3) и то, и другое;
- 4) обобщающее понятие.

**374. Особенности симптоматического алкоголизма зависят**

- 1) от того, какое из двух заболеваний первично;
- 2) от всего перечисленного;
- 3) от характерологических особенностей больного;
- 4) от клинических проявлений сочетающегося с ним психического заболевания (позитивных и негативных расстройств, типа течения);
- 5) от микросоциальной среды.

**375. Алкоголизм влияет на самые различные стороны сочетающихся с ним психических заболеваний**

- 1) изменяет, усиливает или затушевывает симптоматику;
- 2) все перечисленное;
- 3) затрудняет правильную диагностику;

- 4) способствует избранию неоправданной терапевтической тактики и ошибочных мер социальной защиты.

**376. Среди больных шизофренией страдают алкоголизмом**

- 1) 20–30%;
- 2) 5–10%;
- 3) 10–20%;
- 4) 2–5%.

**377. Клинические особенности алкоголизма при шизофрении характеризуются**

- 1) всем перечисленным;
- 2) брутальностью, неодолимостью влечения к алкоголю;
- 3) быстрой утратой количественного и ситуационного контроля;
- 4) изначально измененными картинками опьянения;
- 5) невыраженностью похмельных явлений несмотря на массивность пьянства.

**378. В отличие от больных алкоголизмом состояние опьянения у страдающих шизофренией изначально характеризуется**

- 1) истероидными, депрессивными расстройствами;
- 2) двигательным возбуждением с нелепыми действиями, стереотипиями;
- 3) дисфоричностью, эксплозивностью;
- 4) импульсивным возбуждением с бредовыми включениями;
- 5) всем перечисленным.

**379. Структура шизофренических приступов под влиянием интоксикации алкоголем меняется в сторону**

- 1) гиперболичности сенестопатических автоматизмов в структуре синдрома Кандинского – Клерамбо;
- 2) отчетливого усиления сенсорных расстройств;
- 3) быстрой смены синдромов с появлением парафренических симптомов;
- 4) всего перечисленного;
- 5) усиления интенсивности и хронификации вербального галлюциноза.

**380. При проведении дифференциальной диагностики о наличии шизофрении у пьющего достоверно свидетельствует**

- 1) аффективная насыщенность психических расстройств;
- 2) все перечисленное;
- 3) ничего из перечисленного;

- 4) интенсивность вербального галлюциноза;
- 5) малая выраженность абстинентных расстройств при брутальном пьянстве, употреблении высоких доз алкоголя.

**381. Сверхценные идеи ревности у больного шизофренией, в отличие от больных алкоголизмом, характеризуются**

- 1) символическим, отвлеченным характером бредовой интерпретации каких-либо отдельных фактов;
- 2) всем перечисленным;
- 3) бедностью эмоциональных переживаний;
- 4) отсутствием отражения в поведении больных идей ревности;
- 5) сочетанием с психопатоподобным поведением.

**382. Лечение алкоголизма при шизофрении требует соблюдения следующих условий**

- 1) всех перечисленных;
- 2) проведения дезинтоксикационной и витаминотерапии;
- 3) лечения в условиях психиатрического стационара;
- 4) отказа от применения дисульфирама (тетурама);
- 5) назначения психотропных препаратов.

**383. Начало алкоголизации у больных эпилепсией связано со стремлением**

- 1) повысить настроение;
- 2) улучшить самочувствие;
- 3) верно все перечисленное;
- 4) снять напряженность, раздражение, чувство неудовлетворенности;
- 5) верно (4) и (1).

**384. Особенности клиники алкоголизма у больных эпилепсией заключаются**

- 1) в формировании алкоголизма ускоренным темпом;
- 2) в невысокой толерантности;
- 3) в преобладании патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости;
- 4) во всем перечисленном;
- 5) в изначально измененных картинках опьянения.

**385. Влияние хронической алкогольной интоксикации на клинику и течение эпилепсии выражается**

- 1) в преобладании монополярного эритического аффекта – придиричivosti, эксплозивности и исчезновении слащавости, угодливости;

- 2) в развитии после припадков не оглушения, а сумеречного помрачения сознания с бредом, галлюцинациями или амбулаторными автоматизмами;
- 3) во всем перечисленном;
- 4) в учащении дисфорий и увеличении их продолжительности (до 3–5 дней);
- 5) в учащении припадков.

**386. Особенности алкоголизма, развившегося на фоне черепно-мозговой травмы, выражаются во всем перечисленном, исключая**

- 1) ускоренное формирование синдрома измененной реактивности и стадии алкоголизма;
- 2) преобладание длительных запоев;
- 3) низкую толерантность и более раннее (на I стадии) установление «плато» толерантности;
- 4) измененные картины опьянения;
- 5) удлинение и утяжеление похмельных состояний.

**387. Клиническая картина алкогольного абстинентного синдрома, развившегося у больных после перенесенной черепно-мозговой травмы, проявляется**

- 1) во всем перечисленном;
- 2) нарушениями сна с кошмарными сновидениями;
- 3) выраженными вегетативными нарушениями;
- 4) возникновением в его структуре и сохранением на длительное время церебрально-органических симптомов;
- 5) присоединением с самого начала его развития дисфорического, депрессивно-ипохондрического или тревожного аффекта.

**388. В случаях присоединения черепно-мозговой травмы к уже текущему алкоголизму клиника последнего меняется в сторону**

- 1) и того, и другого;
- 2) одновременного изменения всех компонентов реактивности: снижения толерантности, укорочения запоев и т.д.;
- 3) ни того, ни другого;
- 4) резкого увеличения вероятности металкогольных психозов.

**389. При наличии аффективных нарушений злоупотребление алкоголем возникает**

- 1) верно (4);
- 2) при циклотимии;
- 3) при всем перечисленном;
- 4) при биполярном расстройстве.

**390. Злоупотребление алкоголем в рамках депрессивной фазы характеризуется**

- 1) корреляцией между массивностью пьянства и уровнем сниженного настроения;
- 2) во всем перечисленном;
- 3) систематическим характером пьянства;
- 4) желанием «восстановить общий жизненный тонус» и эмоциональный контакт с окружающими;
- 5) утяжелением депрессивных расстройств на фоне хронической интоксикации алкоголем.

**391. Злоупотребление алкоголем в рамках депрессивной фазы выражается**

- 1) во всем перечисленном;
- 2) утратой количественного и ситуационного контроля;
- 3) неудержимостью влечения;
- 4) отсутствием признаков формирования пристрастия;
- 5) высокой толерантностью.

**392. Злоупотребление алкоголем в депрессии в рамках циклотимии**

- 1) верно и то, и другое;
- 2) прекращается при миновании фазы;
- 3) не верно ни то, ни другое;
- 4) при затянувшихся депрессиях возможно формирование алкоголизма.

**393. Депрессии алкогольного генеза характеризуются**

- 1) развитием на фоне абстинентного синдрома;
- 2) отсутствием суточных колебаний настроения;
- 3) продолжительностью от 1–2 недель до нескольких месяцев;
- 4) во всем перечисленном;
- 5) преобладанием злобно-тоскливого аффекта с раздражительностью, тревогой, суицидальными мыслями.

**394. В маниакальной фазе биполярного расстройства или циклотимии злоупотребление алкоголем**

- 1) верно все перечисленное;
- 2) интоксикация алкоголем прекращается по миновании фазы;
- 3) ничего из перечисленного;
- 4) формирования алкоголизма не происходит;
- 5) является симптомом основного заболевания.

**395. Злоупотребление алкоголем и формирование заболевания возможно при всех перечисленных типах психопатий, кроме**



- 1) epileptoidных;
- 2) неустойчивых;
- 3) возбудимых;
- 4) шизоидных.

**396. Частота злоупотребления алкоголем у психопатов обусловлена наличием всехперечисленных черт, кроме**

- 1) потребности в немедленном отреагировании и снятии напряжения, поискаудовольствия настоящего момента;
- 2) сензитивности;
- 3) импульсивности;
- 4) неконтролируемого аффекта;
- 5) колебаний настроения.

**397. Алкоголизм у психопатов характеризуется**

- 1) формированием в молодом возрасте;
- 2) преобладанием высоко прогрессивного темпа течения;
- 3) неодолимым характером влечения к спиртным напиткам;
- 4) всем перечисленным;
- 5) изначально измененными состояниями опьянения с амнезиями.

**398. Психопат, начавший злоупотреблять алкоголем**

- 1) часто совершает правонарушения;
- 2) меняет места работы;
- 3) верно все перечисленное;
- 4) теряет свою семью, существует на иждивении родителей и т.д.;
- 5) не заканчивает учебу.

**399. При лечении психопатов, страдающих алкоголизмом, используют**

- 1) антидепрессанты;
- 2) все перечисленное;
- 3) специфические противоалкогольные методы лечения;
- 4) корректоры поведения;
- 5) психотерапию.

**400. Неэффективность противоалкогольного лечения психопатов обусловлена**

- 1) неспособностью длительное время сохранять одну линию поведения;
- 2) импульсивностью и эмоциональной неустойчивостью;
- 3) всем перечисленным;
- 4) непоследовательностью.

**401. Понятие «ремиссии при алкоголизме» наиболее полно и клинически верно отражает одно из приведенных утверждений**

- 1) ремиссия – форма проявления болезни в отсутствии интоксикации;
- 2) ни одно из приведенных определений не верно;
- 3) ремиссия – полное воздержание больного алкоголизмом от употребления спиртных напитков не менее 1 месяца сохранением в латентном состоянии всех расстройств, свойственных алкоголизму;
- 4) ремиссия – полное воздержание больного алкоголизмом от употребления спиртных напитков в интервалах между запоями.

**402. «Спонтанные ремиссии» при алкоголизме обусловлены всем перечисленным, кроме**

- 1) имеющегося эндогенного заболевания;
- 2) лечения в амбулаторных условиях;
- 3) присоединения соматического или неврологического заболевания;
- 4) возрастного фактора;
- 5) социальных последствий алкоголизма.

**403. «Спонтанные ремиссии» с учетом динамики заболевания чаще всего проявляются на этапе**

- 1) II–III стадии;
- 2) I–II стадии;
- 3) II стадии;
- 4) I стадии;
- 5) III стадии.

**404. Терапевтические ремиссии при алкоголизме обусловлены**

- 1) присоединением какого-либо соматического или неврологического заболевания;
- 2) микросоциальными факторами;
- 3) лечебно-реабилитационными мероприятиями;
- 4) всем перечисленным;
- 5) возрастными особенностями.

**405. У больных алкоголизмом в ремиссиях могут проявляться все перечисленные расстройства, кроме**

- 1) аффективных;
- 2) невротоподобных;
- 3) бредовых;

- 4) вегетативных;
- 5) психопатоподобных.

**406. Клиника ремиссий у больных с I стадией алкоголизма включает в себя все перечисленное, кроме**

- 1) патологического влечения к алкоголю в латентной форме;
- 2) интенсивного влечения к алкоголю;
- 3) алкогольной анозогнозии;
- 4) актуализации патологического влечения к алкоголю под влиянием ситуационных факторов;
- 5) астенического симптомокомплекса.

**407. Для клиники ремиссии больных со II стадией алкоголизма характерно все перечисленное, кроме**

- 1) выраженных интеллектуально-мнестических расстройств;
- 2) алкогольной анозогнозии с формальным признанием наличия какого-либо конкретного расстройства (псевдозапой, абстинентный синдром и т.д.);
- 3) развернутого и более стойкого астенического симптомокомплекса;
- 4) алкогольных изменений личности по типу заострения преморбидных характерологических особенностей с тенденцией при воздержании к регрессиентности;
- 5) ситуационно и спонтанно актуализирующего патологического влечения к алкоголю.

**408. Клиника ремиссий у больных в III стадии алкоголизма проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) развития псевдоабстинентных состояний;
- 2) длительных астенических состояний с адинамическим компонентом, сочетающихся с органической симптоматикой;
- 3) признаков алкогольной деградации личности;
- 4) спонтанности возникновения патологического влечения к алкоголю;
- 5) стойкости и продолжительности.

**409. К биологическим факторам, влияющим на продолжительность и устойчивость ремиссий, относятся;**

- 1) наличие характерологических особенностей и связанных с ними особенностей клиники алкоголизма, изменений личности;
- 2) стадия заболевания;
- 3) возраст формирования болезни;

- 4) ни один из перечисленных факторов;
- 5) все перечисленные факторы.

**410. К лечебно-восстановительным факторам, влияющим на продолжительность и устойчивость ремиссий, относятся**

- 1) социально-реабилитационные мероприятия;
- 2) характер лечения (амбулаторный или стационарный);
- 3) ни один из перечисленных;
- 4) все перечисленные;
- 5) длительность, комплексность и дифференцированность терапии.

**411. К превходящим (так называемым экзогенным) факторам, влияющим на продолжительность и устойчивость ремиссий, относят**

- 1) ни один из перечисленных;
- 2) состояние эмоционального перенапряжения (разного рода психогенные фактора);
- 3) все перечисленные;
- 4) тяжелые соматические, неврологические и другие сопутствующие заболевания;
- 5) случайное употребление алкоголя;
- 6) «ревизию» лечения.

**412. К индивидуально-психологическим факторам, влияющим на продолжительность и устойчивость ремиссий, относится**

- 1) установка больного на лечение (наличие или отсутствие таковой);
- 2) ничего из перечисленного;
- 3) все перечисленное;
- 4) степень выраженности алкогольной анозогнозии;
- 5) перестройка мотивации поведения.

**413. Понятие рецидив при алкоголизме включает в себя все перечисленное, кроме**

- 1) употребления алкоголя с целью улучшить свое психическое состояние, повлекшего развитие болезненных симптомов;
- 2) возобновления употребления алкоголя, вызванного так называемой сухой абстиненцией;
- 3) употребления алкоголя, не повлекшего за собой развитие болезненных симптомов;
- 4) возобновления употребления алкоголя, вызванного актуализацией первичного патологического влечения к алкоголю.

**414. К факторам, влияющим на развитие рецидивов, относятся**

- 1) все перечисленные;
- 2) лечебно-восстановительные;
- 3) микросоциальные;
- 4) биологические;
- 5) индивидуально-психологические.

**415. К индивидуально-психологическим факторам, влияющим на развитие рецидивов, относятся**

- 1) степень выраженности алкогольной анозогнозии;
- 2) кратность лечения;
- 3) установка больного на лечение;
- 4) перестройка мотивов поведения;
- 5) все перечисленные.

**416. Алкогольные психозы протекают**

- 1) остро;
- 2) верно (1) и (4);
- 3) верно все перечисленное;
- 4) подостро;
- 5) хронически.

**417. Из перечисленных форм острых алкогольных психозов к затяжному течению имеет тенденцию**

- 1) бред ревности;
- 2) галлюциноз;
- 3) параноид;
- 4) делирий.

**418. Алкогольный делирий возникает чаще всего**

- 1) в период завершения абстинентного синдрома;
- 2) в первые дни после окончания многодневного злоупотребления алкоголем;
- 3) на высоте абстинентного похмельного синдрома.

**419. Тяжести проявлений алкогольного делирия способствует все перечисленное, исключая**

- 1) выраженность абстинентного синдрома;
- 2) выраженные проявления энцефалопатии различного генеза;
- 3) высокую концентрацию алкоголя в крови;
- 4) сопутствующие соматические заболевания.

**420. Бред при делирии обычно имеет характер**

- 1) бреда нелепого и лишнего аффекта;
- 2) нигилистического бреда;
- 3) бреда преследования;
- 4) бреда величия;
- 5) фантастического бреда.

**421. Алкогольный делирий возникает у лиц, страдающих алкоголизмом**

- 1) III стадии;
- 2) I стадии;
- 3) верно (1);
- 4) верно (5) и (1);
- 5) II стадии.

**422. Отличительными признаками профессионального делирия являются все перечисленные, исключая**

- 1) отсутствие амнезии после выхода из психоза;
- 2) интенсивное двигательное возбуждение;
- 3) ложные узнавания;
- 4) скудность, немногочисленность зрительных галлюцинаций.

**423. Для мусситирующего «бормочущего» делирия у больных алкоголизмом характерно все перечисленное, за исключением**

- 1) симптома обирания;
- 2) отрешенности от действительности;
- 3) сохранения ориентировки в окружающем;
- 4) возбуждения в пределах постели;
- 5) холеиформных, атетозоподобных гиперкинезов.

**424. При гипнагогическом делирии наблюдаются все перечисленные расстройства, кроме**

- 1) выраженной дезориентировки;
- 2) частичной утраты ориентировки;
- 3) зрительных галлюцинаций при закрытых глазах;
- 4) нарушения поведения.

**425. Гипнагогическому делирию с фантастическим содержанием присущи все перечисленные признаки, кроме**

- 1) последовательности смены одной галлюцинаторной ситуации другой;
- 2) обилия фантастических зрительных галлюцинаций;
- 3) аментивного синдрома;
- 4) сценородности галлюцинаций.

**426. Для возникновения пролонгированного (протрагированного) делирия необходимы все следующие условия, кроме**

- 1) наличия соматических заболеваний;
- 2) возраста старше 50 лет;
- 3) неоднократных металкогольных психозов в анамнезе;
- 4) многолетней продолжительности (20-30 лет) алкоголизма;
- 5) наличия длительных многолетних ремиссий.

**427. При систематизированном делирии наблюдаются все перечисленные виды расстройств, исключая**

- 1) иллюзорно-бредовые оценки различных событий;
- 2) слуховые и зрительные галлюцинации, отражающие определенную фабулу;
- 3) резидуальный бред;
- 4) синдром оглушения;
- 5) бредовые идеи преследования.

**428. Для делирия с преобладанием в клинической картине слуховых галлюцинаций характерны все перечисленные признаки, кроме**

- 1) вербального галлюциноза;
- 2) нелепого поведения;
- 3) систематизированного бреда преследования;
- 4) полной сохранности ориентировки.

**429. При острой алкогольной энцефалопатии Гайе-Вернике наблюдаются все перечисленные нарушения, исключая**

- 1) шизофреноподобные нарушения (депрессивно-бредовые расстройства, вербальный галлюциноз);
- 2) проявления редуцированного делирия;
- 3) двигательное возбуждение со стереотипными действиями;
- 4) аментивноподобное состояние.

**430. Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике сопровождается**

- 1) ничем из перечисленного;
- 2) диплопией;
- 3) симптомами орального автоматизма;
- 4) всем перечисленным;
- 5) сужением полей зрения;
- 6) нистагмом.

**431. «Сверхострая» форма алкогольной энцефалопатии характеризуется**

- 1) проявлениями мусситирующего делирия;
- 2) всем перечисленным;
- 3) высокой частотой летальных исходов;
- 4) клиническими признаками, свойственными профессиональному делирию;
- 5) грубыми соматоневрологическими расстройствами.

**432. Клиническая картина нарушений в психической сфере при Корсаковском психозе представлена всем перечисленным, кроме**

- 1) конфабуляции;
- 2) амнестических нарушений;
- 3) антагонистического мегаломанического бреда;
- 4) расстройств ориентировки.

**433. При алкогольном псевдопараличе наблюдаются все перечисленные признаки, кроме**

- 1) переоценки своих возможностей;
- 2) отсутствия критики к себе и своему состоянию;
- 3) эйфории и беспечности;
- 4) резкого снижения уровня суждений;
- 5) вербального псевдогаллюциноза.

**434. Клиника алкогольной энцефалопатии Маркиафавы-Биньями характеризуется всеми проявлениями, кроме**

- 1) экстракампинных галлюцинаций;
- 2) синдрома оглушения;
- 3) Корсаковского синдрома;
- 4) тяжелой алкогольной деградации с деменцией.

**435. Для дебюта алкогольной пеллагры характерны все перечисленные признаки, кроме**

- 1) головной боли;
- 2) головокружения;
- 3) нарушений сна;
- 4) раздражительности;
- 5) сверценных идей.

**436. Психопатологические нарушения при алкогольной мозжечковой атрофии представлены всем перечисленным, кроме**

- 1) явлений деперсонализации;
- 2) проявлений органического снижения уровня личности;
- 3) симптомов астении.



**437. Неврологические расстройства при алкогольной энцефалопатии с картиной бери-бери проявляются всем перечисленным, кроме**

- 1) снижения чувствительности стоп;
- 2) атрофии мышц нижних конечностей;
- 3) снижения или исчезновения коленных рефлексов;
- 4) снижения или исчезновения ахилловых рефлексов;
- 5) гипертонуса мышц нижних конечностей.

**438. Алкогольная энцефалопатия с ретробульбарным невритом характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) развития как самостоятельно, так и в сочетании с другими алкогольными энцефалопатиями;
- 2) недостаточности одного из факторов витаминов группы В;
- 3) продолжительности от нескольких месяцев до года;
- 4) выраженной соматической отягощенности;
- 5) нарушений зрения, неврологических и психических симптомов.

**439. Основными симптомами алкогольной энцефалопатии с ретробульбарным невритом являются все перечисленные, кроме**

- 1) парестезий и болей в конечностях;
- 2) различных форм астении;
- 3) судорожных пароксизмов;
- 4) атаксии неустойчивости, дисфонии;
- 5) нарушения зрения на предметы красного, зеленого и белого цвета.

**440. Основными симптомами центрального некроза моста у больных алкоголизмом являются**

- 1) все перечисленные;
- 2) верно (4) и (5);
- 3) в некоторых случаях – признаки пареза лицевого нерва, псевдобульбарные расстройства;
- 4) состояния, близкие к апатическому ступору;
- 5) насильственный плач.

**441. Алкогольные галлюцинозы по клинической картине подразделяют на все перечисленные варианты, кроме**

- 1) атипичных;
- 2) легких;
- 3) классических;
- 4) редуцированных;
- 5) смешанных.

**442. Среди начальных проявлений классического алкогольного галлюциноза, как правило, можно обнаружить все перечисленное, кроме**

- 1) функциональных галлюцинаций;
- 2) акоазм;
- 3) фонем;
- 4) диффузной бредовой настроенности;
- 5) экстракампинных галлюцинаций.

**443. Типичная характеристика вербальных галлюцинаций при классическом алкогольном галлюцинозе определяется всеми следующими особенностями, кроме того, что**

- 1) голоса говорят между собой о больном;
- 2) голоса носят императивный характер;
- 3) голоса в пределах «слуховой досягаемости»;
- 4) голоса в интрапроекции.

**444. Основные особенности клиники смешанного острого галлюциноза с выраженным бредом определяются всем перечисленным, кроме**

- 1) преобладания галлюцинаторных расстройств над бредовыми;
- 2) бреда физического уничтожения;
- 3) иллюзорного восприятия окружающего;
- 4) бреда преследования;
- 5) аффекта тревоги.

**445. Психопатологические расстройства при смешанном остром алкогольном галлюцинозе, сочетающемся с делирием, имеют все перечисленные характеристики, кроме того, что**

- 1) аффект страха непостоянен;
- 2) делириозный синдром чаще наблюдается утром и днем;
- 3) делириозные эпизоды на различных этапах психоза;
- 4) вербальный галлюциноз;
- 5) возможны периоды эйфории.

**446. Для клиники подострого алкогольного галлюциноза с преобладанием вербальных галлюцинаций характерно все перечисленное, кроме того, что ему свойственно**

- 1) быстрая редукция аффективных расстройств и бреда;
- 2) отсутствие сознания болезни на протяжении всего заболевания;
- 3) продолжительность от 1 месяца до 1 года;
- 4) упорядоченное поведение.

**447. Подострый алкогольный галлюциноз с преобладанием депрессивного аффекта отличает от других алкогольных галлюцинозов все следующее, кроме**

- 1) идей самобичевания;
- 2) аффекта тоски;
- 3) преобладания подавленности;
- 4) двигательной заторможенности;
- 5) массивного вербального галлюциноза.

**448. Особенности клиники хронического алкогольного галлюциноза с бредом проявляются во всем перечисленном, кроме**

- 1) стереотипного характера бреда;
- 2) отсутствия связи между содержанием галлюцинаций и бредовых расстройств;
- 3) архаических бредовых идей;
- 4) бредоподобных расстройств.

**449. Основные особенности психических автоматизмов в структуре хронического алкогольного галлюциноза с психическими автоматизмами и парафреническим изменением бреда характеризуются**

- 1) ничем из перечисленного;
- 2) сложностью сенсорного компонента;
- 3) возникновением с самого начала заболевания;
- 4) более редким возникновением идеаторного компонента;
- 5) всем перечисленным.

**450. Алкогольная парафрения в структуре хронического алкогольного галлюциноза характеризуется всем перечисленным, кроме того, что**

- 1) мегаломанические идеи окрашены детскостью, непосредственны;
- 2) бредовые идеи ограничены кругом обыденных представлений;
- 3) преобладает ретроспективный бред;
- 4) возникает на отдельных этапах заболевания.

**451. Характерными чертами аффективных нарушений при хроническом алкогольном галлюцинозе с психическими автоматизмами и парафреническим изменением бреда является то, что**

- 1) ничего из перечисленного;
- 2) преобладает выраженная депрессия с двигательной заторможенностью;
- 3) верно все перечисленное;

- 4) аффективные нарушения стабильны;
- 5) высока суицидальная опасность.

**452. Важнейшими особенностями алкогольных галлюцинозов у людей старше 50 лет являются все перечисленные, кроме**

- 1) сочетания аффекта тревоги с подавленным настроением;
- 2) возникновения после коротких запоев;
- 3) частого сочетания галлюциноза с делирием;
- 4) укорочения продолжительности психоза.

**453. Основные отличия редуцированного острого алкогольного параноида от других форм этого психоза состоят во всем перечисленном, кроме**

- 1) невыраженной интенсивности бредовых идей;
- 2) продолжительности от 3 до 5 суток;
- 3) частого развития на фоне запоя;
- 4) неглубоких аффективных расстройств.

**454. Основными чертами алкогольного параноида со смешанной картиной, сочетающегося с делириозными расстройствами, являются**

- 1) ничего из перечисленного;
- 2) усложнение клиники на высоте ее развития;
- 3) делириозные расстройства возникают только вечером или ночью;
- 4) преобладание в дневные часы острого чувственного бреда преследования;
- 5) все перечисленные.

**455. Признаки перехода острого алкогольного параноида в затяжной заключаются во всем перечисленном, кроме**

- 1) преобладания тревожного аффекта;
- 2) нормализации внешних форм поведения;
- 3) исчезновения иллюзорного компонента бреда;
- 4) появления синдрома растерянности;
- 5) уменьшения интенсивности страха.

**456. Возникновению алкогольного бреда ревности способствуют все следующие преморбидные патохарактерологические особенности, кроме**

- 1) подозрительности;
- 2) чрезмерной требовательности;
- 3) истощаемости;
- 4) эгоцентризма;

5) склонности к образованию сверхценных идей.

**457. Основные особенности алкогольного бреда ревности заключаются во всем перечисленном, кроме**

- 1) наличия ложных узнаваний;
- 2) появления вербальных иллюзий;
- 3) систематизации бреда;
- 4) возникновения бредовых конфабуляций;
- 5) наличия ретроспективного бреда.

**458. Отличие алкогольного ониризма от делириозно-онейроидных состояний обуславливают**

- 1) все перечисленное;
- 2) псевдогаллюцинации обыденного содержания;
- 3) беспорядочность, калейдоскопичность зрительных образов;
- 4) яркие психические автоматизмы;
- 5) интенсивное двигательное возбуждение.

**459. Особенности психических автоматизмов при алкогольном галлюцинозе заключаются во всем перечисленном, кроме того, что**

- 1) отсутствует тенденция к усложнению;
- 2) отличаются транзиторностью;
- 3) психические автоматизмы носят постоянный характер;
- 4) возникают только отдельные компоненты психических автоматизмов.

**460. Клиника острого алкогольного галлюциноза с психическими автоматизмами характеризуется следующими особенностями**

- 1) никакими из перечисленных;
- 2) сенсорные автоматизмы возникают реже идеаторных, кинестетических;
- 3) речедвигательные галлюцинации не встречаются;
- 4) психические автоматизмы проявляются отдельными компонентами и лишены последовательности;
- 5) всеми перечисленными.

**461. Острый алкогольный параноид у больных шизофренией характеризуется всеми перечисленными психопатологическими особенностями, кроме**

- 1) образного бреда преследования, усложненного идеями отравления, колдовства;
- 2) истинных зрительных галлюцинаций;
- 3) кататонических включений;
- 4) возбуждения с импульсивными действиями.

**462. Делирий у больных шизофренией проявляется**

- 1) всеми перечисленными признаками;
- 2) идеаторными и сенсорными психическими автоматизмами;
- 3) аффективными расстройствами без выраженной насыщенности и изменчивости;
- 4) сценopodobными зрительными галлюцинациями;
- 5) рудиментарными кататоническими проявлениями.

**463. К алкогольной эпилепсии относят следующие проявления, кроме**

- 1) припадков в дебюте манифестных проявлений делирия и энцефалопатии Гайе-Вернике;
- 2) припадков, возникающих в связи с предшествующей алкоголизацией и в первые дни абстинентного синдрома;
- 3) припадков в случае сочетания алкоголизма и симптоматической эпилепсии органического генеза.

**464. Развитие дипсомании возможно**

- 1) во всех перечисленных случаях;
- 2) у больных с психоэндокринным синдромом;
- 3) у больных со стертой шизофренией;
- 4) у больных латентной эпилепсией;
- 5) у психопатических личностей эпилептоидного типа.

**465. Ведущими в патогенез алкогольного делирия являются все следующие проявления, кроме;**

- 1) нарушения окисления алкоголя алкогольдегидрагеназой;
- 2) повышения содержания в нервной ткани гамма-аминомасляной кислоты;
- 3) развития гиповитаминоза;
- 4) нарушения детоксицирующей белковой и жировой функции печени;
- 5) нарушения электролитного обмена.



## Наркомания и токсикомания

### 1. Современное состояние проблемы наркоманий отражает

- 1) и то, и другое;
- 2) увеличение числа больных среди молодежи и женщин;
- 3) ни то, ни другое;
- 4) изменение мотивов потребления наркотиков – для удовлетворения любопытства или с целью на время забыть будничные трудности.

### 2. Термин «наркотическое» средство включает в себя следующие критерии

- 1) медицинский;
- 2) все перечисленные;
- 3) социальный;
- 4) юридический.

### 3. Термин «наркотик» применим

- 1) ни к тем, ни к другим;
- 2) ко всем веществам или лекарственным средствам, способным вызывать зависимость;
- 3) и к тем, и к другим;
- 4) к тем веществам или лекарственным средствам, которые признаны законом наркотическими.

### 4. Термин «наркомания»

- 1) применим только в тех случаях злоупотребления соответствующими веществами или лекарственными средствами, если они законом признаны наркотическими;
- 2) и то, и другое;
- 3) определяется позиций клинических, медико-юридических и социальных;
- 4) ни то, ни другое.

### 5. В соответствии с Международной классификацией болезней к веществам, способным вызывать зависимость, относят

- 1) кокаин;
- 2) производные опиия;
- 3) индийскую коноплю;
- 4) вещества гипнотического и седативного характера;
- 5) все перечисленные.

### 6. К классу веществ, способных вызывать зависимость, относят все перечисленные, кроме

- 1) группы амфетамина и других психостимуляторов;
- 2) нейролептических средств;
- 3) веществ гипнотического и седативного действия;
- 4) галлюциногенных веществ.

### 7. Среди факторов, способствующих распространению наркоманий, отмечают

- 1) ни те, ни другие;
- 2) социально-психологические факторы;
- 3) и те, и другие;
- 4) неблагоприятные социально-экономические условия.

### 8. В систему организации помощи при наркоманиях в РФ входит

- 1) государственная система здравоохранения;
- 2) контроль уполномоченными государственными учреждениями за производством, хранением и отпуском наркотиков;
- 3) сосредоточение в руках государства фармацевтической промышленности и аптечной сети;
- 4) все перечисленное.

### 9. Правовые акты, направленные против наркоманий, принимаются на всех перечисленных уровнях, кроме

- 1) правовых актов Минздрава РФ;
- 2) уголовного законодательства РФ;
- 3) постановлений исполкомов, территориальных округов;
- 4) соответствующей статьи Закона о здравоохранении.

### 10. Законодательные акты РФ предусматривают уголовную ответственность

- 1) за нарушение правил хранения, продажи и применения наркотических средств;
- 2) ни за то, ни за другое;
- 3) за вовлечение, особенно несовершеннолетних, в употребление наркотических средств;
- 4) и за то, и за другое.



**11. Медицинскую помощь больным наркоманией оказывают**

- 1) во всех перечисленных учреждениях;
- 2) в наркологических диспансерах по месту жительства;
- 3) в специализированных отделениях наркологических больниц.

**12. Ведущими звеньями патогенеза наркоманий являются все перечисленные, кроме**

- 1) нарушения обмена витаминов группы В;
- 2) нарушения транспорта ионов кальция через мембраны нервных клеток;
- 3) нарушения обмена серотонина;
- 4) нарушения функции катехоламиновой системы;
- 5) перестройки опиатных рецепторов.

**13. О роли эйфории в развитии наркомании свидетельствуют все перечисленные утверждения, исключая**

- 1) увеличение доз наркотика (повышение толерантности);
- 2) введение наркотика наиболее эффективным путем;
- 3) применение в качестве наркотика вещества с положительным действием на психическую сферу;
- 4) немедикаментозные способы усиления действия наркотика;
- 5) применение нейролептиков для усиления действия наркотика.

**14. В формировании зависимости решающее значение имеют следующие психофармакологические эффекты, свойственные наркотикам**

- 1) благоприятный сдвиг в психическом самочувствии (интеллектуальное «просветление», «подъем»);
- 2) подъем эмоционального фона (покой, блаженство, радость);
- 3) ощущение общего подъема жизнедеятельности, изменение восприятий в сторону экстремально положительного для субъекта значения;
- 4) все перечисленные;
- 5) благоприятный сдвиг в физическом самочувствии (соматическое наслаждение).

**15. В отличие от ряда анальгетиков, оказывающих диффузное изменение функций мембран, опиаты**

- 1) избирательно влияют лишь на определенные рецепторные мембраны;
- 2) верно (1);

- 3) специфически локализуются в различных областях мозга;
- 4) верно (1) и (3).

**16. Опиатные рецепторы характеризуются**

- 1) специфичностью для восприятия определенного вида медиаторов в мозге;
- 2) всем перечисленным;
- 3) локализацией только вблизи путей, проводящих болевые ощущения;
- 4) существованием нескольких типов (субстратная специфичность);
- 5) присутствием только в нервной ткани.

**17. Опиатные рецепторы являются преимущественно рецепторами**

- 1) алкоголя;
- 2) и того, и другого;
- 3) энкефалина;
- 4) ни того, ни другого.

**18. В основе формирования толерантности и физической зависимости от наркотиков лежат**

- 1) все перечисленные механизмы;
- 2) нарушение транспорта ионов кальция через мембраны нервных клеток;
- 3) изменения синтеза и метаболизма белков и биогенных аминов в ЦНС;
- 4) нарушения метаболизма норадреналина, дофамина и серотонина;
- 5) нарушения структуры наркотических рецепторов мозга.

**19. В основе синдрома психической зависимости от наркотика лежит нарушение обмена норадреналина, приводящее**

- 1) к падению общего тонуса;
- 2) к эмоциональному дискомфорту;
- 3) к снижению работоспособности;
- 4) к психическому дискомфорту;
- 5) ко всему перечисленному.

**20. В основе соматических, неврологических и психических нарушений при хронической интоксикации наркотиками лежат**

- 1) нарушения функций ферментов;
- 2) нарушения обмена кальция;
- 3) нарушения в системе нейромедиаторов;

- 4) все перечисленное;
- 5) токсические эффекты.

**21. Мотивами потребления наркотиков чаще всего являются**

- 1) желание испытать новые ощущения;
- 2) желание отвлечься от будничных трудностей;
- 3) все перечисленные;
- 4) необходимость признания «своим» в микрогруппе;
- 5) удовлетворение любопытства.

**22. Основной причиной (причиной первого порядка) развития наркомании являются**

- 1) социальные условия;
- 2) неправильное воспитание в семье;
- 3) специфические человеческие личностные свойства индивидуума.

**23. Большим наркоманией в преморбиде присущи все перечисленные особенности, кроме**

- 1) черт психического инфантилизма;
- 2) различных психопатологических расстройств (логоневроз, невротические реакции, гипердинамический синдром и др.);
- 3) высокой частоты перинатальной и ранней постнатальной патологии;
- 4) затруднений в адаптации;
- 5) паранойяльности.

**24. Преморбид больных наркоманией характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) чувства несвободы;
- 2) невозможности действовать и проявлять свою эмоциональность непосредственно;
- 3) непоследовательности и лабильности;
- 4) возбудимости;
- 5) сформированности индивидуальных интересов.

**25. Особенности формирования наркоманий у лиц с психическими нарушениями зависят**

- 1) от характерологических особенностей больного;
- 2) от прогрессивности психического заболевания;
- 3) от всего перечисленного;
- 4) от этапа течения психического заболевания (позитивные или негативные расстройства).

**26. Из перечисленных факторов в группу высокого риска формирования наркоманий у подростков относят все, исключая**

- 1) социально-неблагополучные семьи (низкий образовательный уровень, четкая корыстная ориентация, многобрачие и т.д.);
- 2) наличие хронических соматических заболеваний;
- 3) алкоголизм, наркомании у родителей, ближайших родственников;
- 4) патологические формы поведения.

**27. Обязательными социальными факторами риска возникновения наркоманий у девочек являются все перечисленные, кроме**

- 1) соматической отягощенности;
- 2) общения с наркоманами;
- 3) курения, алкоголизации;
- 4) доступности наркотика.

**28. Преморбид подростков-наркоманов характеризуется всем перечисленным, исключая**

- 1) склонность к сверхценным образованиям;
- 2) отсутствие стремления к знаниям, учебе;
- 3) бедность эмоций;
- 4) очень узкий круг интересов;
- 5) снижение волевой сферы.

**29. Из перечисленных мотивов употребления одурманивающих средств подростками наиболее вероятными следует считать**

- 1) стремление к веселью;
- 2) стремление к познанию внешнего мира, овладению новыми факторами внешней среды;
- 3) стремление изменить свое психическое состояние в благоприятную сторону;
- 4) все перечисленные.

**30. К особенностям наркоманий у девочек по сравнению с мальчиками относятся**

- 1) большая выраженность интеллектуально-мнестических расстройств, ранняя психо-социальная дезадаптация;
- 2) все перечисленные утверждения;
- 3) более неблагоприятное течение заболевания, выражающееся ускоренным развитием большого наркоманического синдрома;
- 4) более высокая частота депрессивных расстройств и аутоагрессии;
- 5) значительная соматическая отягощенность в преморбиде.

**31. Абсолютным признаком сформировавшегося влечения к наркотику у подростков является**

- 1) групповое употребление наркотика;
- 2) и то, и другое;
- 3) одиночное употребление наркотика;
- 4) ни то, ни другое.

**32. Синдром сопутствующих последствий у подростков-наркоманов проявляется**

- 1) интеллектуальным снижением;
- 2) поражением «ростовых точек» (эндокринной и психической систем);
- 3) психопатоподобными изменениями личности;
- 4) задержкой психического развития;
- 5) всем перечисленным.

**33. Клиника острой интоксикации опиумом характеризуется последовательно сменяющимися друг друга расстройствами, исключая**

- 1) фазу вегетативных расстройств в виде ощущения тепла, волнами разливающегося по телу, сухости во рту, сужения зрачков, зуда кожи лица;
- 2) психомоторное возбуждение;
- 3) состояние общей умиротворенности, покоя;
- 4) наступление сна, длящегося 3-4 часа;
- 5) появление иллюзорных расстройств, «грез».

**34. Клиника острой интоксикацией суррогатами опиума проявляется**

- 1) всем перечисленным;
- 2) повышенным фоном настроения с ощущением прилива сил, работоспособности;
- 3) ничем из перечисленного;
- 4) психомоторным возбуждением;
- 5) резко и грубо выраженным ощущением «толчка» или удара в голове.

**35. Об острой интоксикации гашишем свидетельствуют все перечисленные расстройства, исключая**

- 1) нарастание состояния легкости, невесомости, желание прыгать, танцевать, принимать вычурные позы;
- 2) ощущение угасания звуков;
- 3) резкие колебания эмоционального фона (то гневливость, то веселость, доходящая до экзальтации);
- 4) тошноту, горечь во рту, слюноотделение, головокружение;

5) появление безудержных фантазий, иллюзий.

**36. Клиника острой интоксикации барбитуратами характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) грубой неврологической симптоматики, неустойчивости при ходьбе;
- 2) неустойчивого, часто меняющегося от веселья до раздражительности, аффекта;
- 3) беспричинного веселья, желания двигаться, говорить, смеяться;
- 4) грезоподобных фантазий;
- 5) неустойчивости внимания.

**37. Клиника острой интоксикации эфедромом выражается всеми перечисленными признаками, исключая**

- 1) стремление к стереотипной, непродуктивной деятельности;
- 2) ощущение мягкого теплого удара в голове, шевеления волос (волосы «становятся дыбом»), сердцебиение;
- 3) чувство психического и физического комфорта;
- 4) повышенное настроение с переоценкой собственных возможностей, «доброты, любви к людям»;
- 5) конфликтность, агрессивность.

**38. Об острой интоксикации первитином может свидетельствовать**

- 1) «прозрение», ощущение необыкновенной ясности и красочности всего окружающего;
- 2) резкое усиление полового влечения, обнаженная сексуальность;
- 3) подъем настроения с выраженным повышением активности, уверенностью в своих силах и возможностях;
- 4) все перечисленное;
- 5) ощущение ясности и понятности всего, что ранее казалось запутанным и непонятным.

**39. Клиника острой интоксикации кокаином характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) обострения памяти, внимания, интеллекта в целом;
- 2) чувства голода;
- 3) переоценки собственной личности;
- 4) ощущения прилива энергии, «кипучей деятельности»;
- 5) кратковременной резкой головной боли и легкого головокружения.

**40. Клиника острой интоксикации галлюциногенами (психотомиметиками) выражается**

- 1) появлением зрительных и слуховых иллюзий, галлюцинаций;
- 2) всем перечисленным;
- 3) разнообразными эмоциональными нарушениями – эйфорией, тревогой, страхом;
- 4) возникновением ощущения невероятно яркой окраски окружающих предметов, усиления громкости звуков;
- 5) пассивным созерцанием или активными оборонительными действиями.

**41. Синдром измененной реактивности включает все перечисленное, кроме**

- 1) изменения формы опьянения;
- 2) изменения толерантности;
- 3) изменения формы потребления одурманивающего вещества;
- 4) исчезновения защитных реакций при передозировке;
- 5) появления абстинентного синдрома.

**42. К специфическим наркоманическим синдромам относятся все перечисленные, кроме синдрома**

- 1) физической зависимости;
- 2) измененной реактивности;
- 3) последствий злоупотребления наркотиками;
- 4) психической зависимости.

**43. Начало формирования наркомании определяется всем перечисленным, кроме**

- 1) абстинентного синдрома;
- 2) регулярности приема наркотика;
- 3) благоприятного сдвига в психическом и физическом самочувствии под действием наркотика;
- 4) угасания первоначального эффекта наркотика;
- 5) предпочтения определенному наркотику.

**44. В клинике заболевания у каждого больного наркоманией имеет место**

- 1) «плато» толерантности;
- 2) верно (4) и (3);
- 3) падение толерантности;
- 4) подъем толерантности;
- 5) все перечисленное.

**45. Исчезновение защитных реакций при употреблении наркотиков**

- 1) и то, и другое;

- 2) свидетельствует о приспособлении организма к уровню постоянной интоксикации;
- 3) ни то, ни другое;
- 4) является диагностически четкой границей стадий наркомании.

**46. Начальному этапу барбитуратовой наркомании свойственны все перечисленные лимитирующие биологические реакции (защитные реакции), исключая**

- 1) рвоту;
- 2) профузный пот;
- 3) боли в суставах;
- 4) икоту, слюнотечение;
- 5) тошноту.

**47. При злоупотреблении гашишем к лимитирующим биологическим реакциям (защитным реакциям) относят все перечисленные, кроме**

- 1) рези в глазах;
- 2) головокружения;
- 3) слюнотечения;
- 4) зуда кожи лица;
- 5) тошноты, рвоты.

**48. Зуд кожи лица является специфической лимитирующей биологической реакцией (защитной реакцией) при злоупотреблении**

- 1) эфедроном;
- 2) опиатами;
- 3) барбитуратами;
- 4) галлюциногенами;
- 5) гашишем.

**49. Симптом изменения формы опьянения в клинике наркоманий проявляется**

- 1) ни при одном из перечисленных условий;
- 2) при сформировавшемся систематическом приеме наркотика;
- 3) при всех перечисленных условиях;
- 4) при установлении высокой толерантности;
- 5) при исчезновении защитных реакций на передозировку.

**50. Синдром психической зависимости от наркотика включает все перечисленное, исключая**

- 1) абстинентное нарушение;
- 2) способность достижения психического комфорта в интоксикации;



3) обсессивное влечение к наркотику.

**51. О сформировавшемся обсессивном влечении к наркотику свидетельствует все перечисленное, кроме**

- 1) собственной инициативы в учащении приема наркотика;
- 2) изменения круга общения;
- 3) состояния перестройки всех функциональных систем в ответ на интоксикацию;
- 4) перестройки сферы интересов больного;
- 5) мыслей о наркотиках, подобных овладевающим представлениям.

**52. Обострению психического влечения к наркотику способствует все перечисленное, исключая**

- 1) встречи с людьми, в компании которых принимались наркотики;
- 2) появление нового сильного увлечения;
- 3) конфликты, не связанные с наркотизацией;
- 4) неприятные соматические ощущения;
- 5) разговор о наркотиках.

**53. При сформировавшемся психическом влечении в отсутствии наркотика обязательны**

- 1) психический дискомфорт;
- 2) вегетативные нарушения;
- 3) верно (2) и (4);
- 4) нарушения сна.

**54. Состояние психического комфорта в интоксикации наркотиком – это**

- 1) состояние оптимального психического функционирования наркомана;
- 2) восстановление психических функций;
- 3) условие благополучного психического состояния наркомана;
- 4) не синоним эйфории, а «уход от недовольствия», от дискомфорта трезвости;
- 5) все перечисленное.

**55. Синдром физической зависимости от наркотика включает все перечисленное, кроме**

- 1) способности достижения психического комфорта в интоксикации;
- 2) абстинентного синдрома;
- 3) компульсивного влечения;

4) способности достижения физического комфорта в интоксикации.

**56. Общими чертами актуализации компульсивного влечения к наркотику для всех форм наркоманической зависимости являются все перечисленные, исключая**

- 1) появление головной боли;
- 2) ухудшение аппетита, сна;
- 3) внезапное ухудшение настроения;
- 4) злобность, напряженность;
- 5) появление раздражительности.

**57. Физическая зависимость развивается ко всем перечисленным средствам, исключая**

- 1) опиаты;
- 2) гашиш;
- 3) барбитураты;
- 4) эфедрон;
- 5) кокаин.

**58. Способность достижения физического комфорта в интоксикации свидетельствует о том, что после развития физической зависимости**

- 1) не верно ни то, ни другое;
- 2) верно и то, и другое;
- 3) удовлетворительный функциональный уровень жизнедеятельности организма наркомана возможен только при условии поддержания какого-то уровня интоксикации;
- 4) уровень интоксикации адекватен глубине физической зависимости.

**59. Формирование абстинентного синдрома свидетельствует о становлении всех перечисленных состояний, кроме**

- 1) синдрома физической зависимости;
- 2) I стадии наркомании;
- 3) II стадии наркомании;
- 4) верно (3) и (1).

**60. Наибольший интервал времени между спадом действия наркотика и появлением признаков абстиненции отмечается при наркомании**

- 1) барбитуровой;
- 2) опийной;
- 3) эфедроновой;
- 4) гашишной.

**61. Формирование абстинентного синдрома происходит в сжатые сроки при употреблении**

- 1) суррогатов опиия;
- 2) эфедрона;
- 3) гашиша;
- 4) барбитуратов.

**62. Различный удельный вес психопатологической и вегетативной симптоматики в структуре абстинентного синдрома обусловлен всем перечисленным, кроме**

- 1) верно (3) и (4);
- 2) личности больного;
- 3) формы наркомании;
- 4) длительности заболевания.

**63. В структуре абстинентного состояния более быстро падает удельный вес**

- 1) одинаково быстро падает возбуждение обоих отделов вегетативной нервной системы;
- 2) симпатического возбуждения нервной системы;
- 3) парасимпатического возбуждения нервной системы;
- 4) верно (2) и (1).

**64. Психопатологическая симптоматика в клинике абстинентного синдрома более выражена у наркоманов**

- 1) опийных;
- 2) барбитуровых;
- 3) верно (1) и (4);
- 4) гашишных.

**65. Нравственно-этическая деградация наркомана проявляется**

- 1) всем перечисленным;
- 2) разрывом связи с семьей и друзьями, эмоциональным уплощением;
- 3) эгоцентризмом;
- 4) утратой желания трудиться;
- 5) паразитическим образом жизни.

**66. О психопатоподобных изменениях личности наркомана говорят**

- 1) раздражительность, возбудимость;
- 2) сужение круга интересов;
- 3) неспособность критически оценивать свои действия;
- 4) колебания эмоционального фона;
- 5) все перечисленное.

**67. К последствиям хронической интоксикации наркотиками при любой форме зависимости относятся**

- 1) снижение сопротивляемости, прогрессирующее истощение;
- 2) утрата потребностей как в биологическом, так и в социальном смысле;
- 3) прогрессирующее падение активности, энергетического потенциала;
- 4) все перечисленные;
- 5) угасание влечений.

**68. Дефицитарные нарушения более выражены при наркомании**

- 1) гашишной;
- 2) опийной;
- 3) кокаиновой;
- 4) барбитуровой;
- 5) эфедроновой.

**69. I стадия наркомании клинически выражается всеми перечисленными синдромами, исключая синдром**

- 1) измененной реактивности;
- 2) психической зависимости;
- 3) физической зависимости.

**70. Диагностическим критерием становления II стадии наркомании является формирование**

- 1) синдрома физической зависимости;
- 2) ни того, ни другого;
- 3) и того, и другого;
- 4) синдрома психической зависимости.

**71. III стадия наркомании характеризуется**

- 1) ни тем, ни другим;
- 2) и тем, и другим;
- 3) нарастанием истощения систем, определявших симптоматику болезни;
- 4) нарастанием последствий постоянной наркотизации.

**72. Опасность наркоманий заключается во всем перечисленном, кроме**

- 1) сокращения продолжительности жизни;
- 2) выраженной криминогенности;
- 3) развития жировой дистрофии печени;
- 4) несчастных случаев в состоянии интоксикации;
- 5) суицидов.

**73. Критериями для клинической диагностики наркоманий могут служить все перечисленные, исключая**

- 1) возникновение абстинентного синдрома;
- 2) данные анамнеза о приеме в качестве лечебного средства наркотика;
- 3) наличие на коже следов частых инъекций, рубцов, мелких абсцессов;
- 4) наличие психических изменений, возникших вследствие длительного употребления наркотика;
- 5) жировую дистрофию печени.

**74. Лабораторная диагностика наркоманий основана на обнаружении в биологических жидкостях**

- 1) наркотических веществ;
- 2) специфических метаболитов наркотических веществ;
- 3) ни того, ни другого;
- 4) и того, и другого.

**75. Наркотические вещества или их метаболиты можно обнаружить**

- 1) в моче;
- 2) в поте;
- 3) во всем перечисленном;
- 4) в крови;
- 5) в слюне.

**76. Лабораторная диагностика наркоманий включает применение следующих методов**

- 1) газовой масс-спектрометрии;
- 2) всех перечисленных;
- 3) тонкослойной хроматографии;
- 4) радиоиммунных;
- 5) ферментных.

**77. Принцип этапности лечения больных наркоманией подразумевает**

- 1) поддерживающая терапия;
- 2) предварительный этап – дезинтоксикация общеукрепляющей терапией в сочетании с отнятием наркотического вещества;
- 3) основной этап – активное антинаркотическое лечение;
- 4) все перечисленное.

**78. Предварительный этап лечения больных наркоманией включает в себя ряд мероприятий, среди которых**

- 1) верно (2) и (3);
- 2) проведение дезинтоксикационной терапии, купирование абстинентных явлений;
- 3) восстановление нарушенных соматических и психических функций,;
- 4) все перечисленное;
- 5) выявление основного симптомокомплекса психической зависимости и определение предшествующих рецидивов.

**79. При проведении дезинтоксикации больным наркоманией и токсикоманией назначают все перечисленное, кроме**

- 1) магнезии сернокислой;
- 2) солевых растворов;
- 3) форсированного диуреза;
- 4) нейролептиков;
- 5) ноотропных средств, витаминов.

**80. При абстинентном состоянии у больных наркоманией терапия направлена**

- 1) на купирование диспептических нарушений;
- 2) на снятие болевого синдрома;
- 3) на все перечисленное;
- 4) на коррекцию нарушений сна;
- 5) на купирование адренергического возбуждения.

**81. Для купирования абстинентного состояния у больного опиоидной наркоманией назначают все перечисленное, кроме**

- 1) наркотических средств;
- 2) физиотерапевтического лечения прибором ЛЭНАР;
- 3) пирроксана;
- 4) клофелина;
- 5) тиаприда.

**82. К основным принципам купирования патологического влечения к наркотику с помощью психофармакологических средств относятся все перечисленные, кроме**

- 1) преимущественного назначения транквилизаторов;
- 2) назначения нейролептиков;
- 3) применения антидепрессантов;
- 4) назначения психофармакологических средств в соответствии с психопатологическим оформлением влечения.

**83. Для купирования компульсивного влечения у опийных наркоманов применяют все перечисленные средства, кроме**

- 1) пирогенала, сульфазина;
- 2) галоперидола;
- 3) радедорма;
- 4) пирроксана;
- 5) тиаприда.

**84. При актуализации компульсивного влечения у барбитурового наркомана используют все перечисленное, кроме**

- 1) тизерцина;
- 2) аминазина в сочетании с новокаином, димедролом, кордиамином;
- 3) амитриптилина, седуксена;
- 4) витаминов группы В, кокарбоксилазы;
- 5) дробных доз инсулина.

**85. При терапии астено-апатического и апатического синдромов у больных наркоманией и токсикоманией в период становления ремиссии применяют все перечисленное, кроме**

- 1) глютаминовой кислоты;
- 2) раннего вовлечения в трудовые процессы;
- 3) аутогемотерапии в сопровождении массивной витаминотерапии и физиотерапии (д«Арсонваль, душ Шарко, массаж, циркулярный душ и т.п.);
- 4) ноотропов со стимулирующим действием (энцефадол, пирацетам).

**86. Поддерживающая и противорецидивная терапия больных наркоманией включает в себя**

- 1) все перечисленное;
- 2) мероприятия, направленные на социальную адаптацию больных;
- 3) коррекцию последствий хронической интоксикации наркотиком;
- 4) своевременную коррекцию изменений психического состояния больных;
- 5) мероприятия, направленные на дезактуализацию патологического влечения к наркотику.

**87. При проведении противорецидивного лечения больным опийной наркоманией патогенетическим средством является**

- 1) верно (3) и (4);

- 2) налтрексон;
- 3) пирроксан;
- 4) галоперидол.

**88. К особенностям лечения наркоманий у подростков относятся**

- 1) длительное (не менее полугода) применение препаратов фосфора и ноотропов;
- 2) обязательное стационарное лечение;
- 3) длительность стационарного лечения не менее 2 месяцев;
- 4) все перечисленные;
- 5) преобладание психотерапевтических методов лечения.

**89. При проведении психотерапии больным наркоманией подросткам чаще всего используются все перечисленные методы, кроме**

- 1) индивидуальной психотерапии;
- 2) метода групповых дискуссий;
- 3) гипноза;
- 4) ситуационно-психологического тренинга.

**90. Роль психотерапии в лечении наркомании заключается**

- 1) в выработке установок на выздоровление;
- 2) во всем перечисленном;
- 3) в укреплении воли больного;
- 4) в выработке установок на лечение.

**91. Основой первичной профилактики наркоманий являются**

- 1) все перечисленные утверждения;
- 2) законодательные акты, предусматривающие строгие наказания за нарушение установленного в стране порядка производства, торговли и потребления наркотических средств;
- 3) замена наркотических средств в лечебной практике другими методами и средствами;
- 4) благоприятные социальные условия;
- 5) контроль над системой информации и санитарного просвещения.

**92. Ранняя профилактика наркоманий предусматривает**

- 1) все перечисленное;
- 2) выявление источников незаконного получения наркотических средств и полное их пресечение;
- 3) выявление случаев немедикаментозного потребления наркотических средств;



- 4) проведение санитарно-просветительных, воспитательных психотерапевтических мер, направленных на предупреждение перехода случаев немедикаментозного потребления наркотиков в болезнь.

**93. Реабилитация больных наркоманией предусматривает**

- 1) социальную помощь;
- 2) организацию условий для полноценного комплексного поддерживающего лечения больных;
- 3) психологический тренинг;
- 4) все перечисленное.

**94. В отношении способов употребления опиатов верны все перечисленные утверждения, кроме**

- 1) употребления внутрь;
- 2) под кожу, внутривенно;
- 3) аппликационного способа;
- 4) курения, ингаляций.

**95. Биохимическими основами формирования опиоидной наркомании при систематическом приеме опиатов являются все перечисленные, кроме**

- 1) качественной перестройки опиоидных рецепторов;
- 2) нарушений липидного обмена;
- 3) холинергических механизмов;
- 4) изменения синтеза и метаболизма белков и биогенных аминов.

**96. Наиболее достоверными вегетативными признаками острой опиоидной интоксикации являются все перечисленные, кроме**

- 1) сохранения кашлевого рефлекса;
- 2) отсутствия нарушений координации и артикуляции;
- 3) сухости кожных покровов и слизистых;
- 4) миоза (симптом «точки», булавочной головки) с отсутствием или крайне вялой реакцией зрачков на свет;
- 5) зуда кожи лица (особенно кончика носа) и бледности.

**97. В состоянии острой интоксикации опиатами наблюдается все перечисленное, кроме**

- 1) урежения сердечного ритма и угнетения дыхания;
- 2) повышения устойчивости к боли;
- 3) гипотермии и гипотензии;
- 4) подавления кашлевого рефлекса;
- 5) повышения моторной активности кишечника.

**98. В состоянии эйфории при острой интоксикации опиатами выделяют**

- 1) III фазу (поверхностный сон, выход);
- 2) I фазу («приход», подъем);
- 3) II фазу («кайф», «волокуша»);
- 4) все перечисленные фазы.

**99. I фаза опиоидной эйфории проявляется всеми перечисленными ощущениями, исключая**

- 1) тепло, распространяющееся волнами по телу;
- 2) просветление в голове;
- 3) все перечисленное;
- 4) ощущение роста волос на голове;
- 5) легкость, радость, соматическое блаженство.

**100. Для II фазы опиоидной эйфории наиболее характерным является все перечисленное, кроме**

- 1) благодушия, довольства;
- 2) сохранения четкости восприятия внешнего мира;
- 3) «особой выпуклости» мыслей, грезоподобных фантазий;
- 4) ощущения внутреннего «восхитительного мира»;
- 5) приятной истомы, покоя и расслабленности.

**101. Наиболее характерными признаками опиоидной эйфории являются все перечисленные, кроме**

- 1) психомоторной ажитации;
- 2) ощущения тепла, волнами расходящегося по телу;
- 3) благодушия, довольства;
- 4) ощущения легкости, радости, соматического блаженства;
- 5) приятной истомы, покоя и расслабленности.

**102. Кодеиновое опьянение отличается от опиоидного всеми перечисленными признаками, кроме**

- 1) менее острого, но более длительного «прихода»;
- 2) психомоторной ажитации, напоминающей алкогольное опьянение;
- 3) гиперемии и отека лица;
- 4) более сильного и длительного зуда не только кожи лица, но и туловища;
- 5) снижения устойчивости к боли.

**103. Становление влечения в наиболее короткие сроки происходит при использовании**

- 1) кодеина;

- 2) морфина;
- 3) героина;
- 4) верно (2) и (1).

**104. Психический дискомфорт при перерыве в приеме опиатов выражается всем перечисленным, кроме**

- 1) необъяснимой неудовлетворенности;
- 2) немотивированного изменения настроения;
- 3) головной боли;
- 4) несобранности внимания;
- 5) снижения работоспособности.

**105. Для I стадии опиной наркомании наиболее характерным является все перечисленное, кроме**

- 1) исчезновения зуда кожи лица;
- 2) обсессивного влечения к наркотику;
- 3) неизменности физиологического действия опиатов;
- 4) роста толерантности в 8-10 раз;
- 5) систематического приема опиатов.

**106. Условия и сроки, на протяжении которых формируются симптомы начальной стадии опиной наркомании, характеризуются всем перечисленным, кроме**

- 1) более 6 месяцев от начала употребления опиатов;
- 2) 2-3 месяцев от начала употребления опиатов;
- 3) сокращения сроков при комбинации опиатов с гашишем, кокаином;
- 4) более медленного становления летом;
- 5) сокращения сроков зимой.

**107. Начальными признаками (I фаза) абстинентного синдрома при отнятии опиатов являются все перечисленные, кроме**

- 1) слезотечения, насморка, чихания;
- 2) расширения зрачков;
- 3) чувства неудовлетворенности;
- 4) напряженности, беспокойства;
- 5) диспептических явлений.

**108. К середине вторых суток абстинентного состояния при опиной наркомании наиболее яркими являются все следующие расстройства, кроме**

- 1) болей в межчелюстных суставах и жевательных мышцах;
- 2) усиления чувства напряженности и влечения к наркотику;

- 3) перемежающегося состояния озноба и жара, «гусиной кожи»;
- 4) усиливающейся сухости слизистых;
- 5) пароксизмального чихания.

**109. III фаза (3-4 сутки) абстинентного синдрома при опиной наркомании проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) тоскливо-злобного настроения;
- 2) двигательного беспокойства;
- 3) коллапсов;
- 4) бессонницы;
- 5) чрезвычайно интенсивных болей в мышцах.

**110. На 4-5 сутки в клинической картине абстинентного синдрома при опиной наркомании наблюдаются все перечисленные симптомы, кроме**

- 1) отсутствия аппетита и периодической рвоты;
- 2) брадикардии и гипотензии;
- 3) отвращения к курению, агрипии;
- 4) постоянных тенезмов и поносов;
- 5) болей в кишечнике.

**111. На высоте абстинентного состояния при опиной наркомании выявляются все нарушения, исключая**

- 1) моноцитоз;
- 2) лимфопению;
- 3) нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом;
- 4) гипергликемию с торпидной сахарной кривой;
- 5) повышенную свертываемость крови.

**112. Внешний вид больных в состоянии опиной абстиненции характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) расширенных зрачков;
- 2) запавших с темными кругами глаз;
- 3) измученности;
- 4) бледного, с землистым оттенком и заострившимися чертами лица.

**113. Признаками тайного приема опиатов на фоне абстинентного синдрома являются все перечисленные, исключая**

- 1) отвращение к курению;
- 2) улучшение настроения;
- 3) нормализацию сна;
- 4) редукцию мышечных болей.

**114. О нарастании компульсивного влечения у опийного наркомана судят**

- 1) по изменению поведения, отражающему неопределенный психический дискомфорт;
- 2) по появлению сенестопатий (зуд в области кубитальных вен, зубная боль);
- 3) ни по чему из перечисленного;
- 4) по всему перечисленному;
- 5) по появлению вегетативных расстройств.

**115. Вегетативными предвестниками нарастающего компульсивного влечения у опийных наркоманов являются все перечисленные, исключая**

- 1) лабильность пульса, дыхания;
- 2) бледность лица, потухший взор;
- 3) потливость;
- 4) неустойчивость артериального давления с тенденцией к повышению.

**116. Особенностью сенестопатий, свидетельствующих о нарастании компульсивного влечения у опийных наркоманов, является все перечисленное, исключая**

- 1) исчезновение ощущения зубной боли при санации полости рта;
- 2) появление их во второй половине дня и усиления к вечеру;
- 3) чрезвычайную интенсивность.

**117. Неопределенный психический дискомфорт, свидетельствующий о нарастании компульсивного влечения у опийных наркоманов, проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) выраженного двигательного возбуждения;
- 2) ухудшения сна;
- 3) неусидчивости, разбросанности в действиях;
- 4) плохого настроения;
- 5) чувства недовольства, раздражительности.

**118. Апогей компульсивного влечения у опийного наркомана проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) интенсивного курения;
- 2) напряженности, тоскливости, подавленности;
- 3) психического и двигательного беспокойства, назойливости;
- 4) бессонницы, исчезновения сенестопатий;
- 5) резкого повышения аппетита.

**119. Внешний вид опийных наркоманов в период апогея компульсивного влечения проявляется всем перечисленным, исключая**

- 1) бледное, нередко с красными пятнами лицо;
- 2) лихорадочный сухой блеск глаз;
- 3) более широкие глазные щели;
- 4) узкие зрачки;
- 5) выраженный тремор кистей рук.

**120. Спад компульсивного влечения у опийных наркоманов проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) появления эмоциональной слабости;
- 2) вновь возникающих сенестопатий;
- 3) полного восстановления режима сна;
- 4) появления аппетита;
- 5) повышенной утомляемости, истощаемости.

**121. II стадия опийной наркомании проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) изменения формы употребления наркотика – выработкой индивидуального ритма приема;
- 2) заострения преморбидных черт и морально-этического снижения;
- 3) тонизирующего действия наркотика;
- 4) физической зависимости;
- 5) роста толерантности.

**122. Для II стадии опийной наркомании наиболее характерно**

- 1) все перечисленное;
- 2) внутривенное введение наркотика;
- 3) прием наркотика 2–3 раза в сутки;
- 4) использование дополнительных средств для усиления действия.

**123. Для клиники личностных изменений больных опийной наркоманией во II стадии наиболее характерно**

- 1) отсутствие выраженных и тяжелых форм интеллектуально-мнестического снижения;
- 2) чередование периодов пониженного настроения, дисфорий с повышенной раздражительностью, повышенной утомляемостью и истощаемостью;
- 3) и то, и другое;
- 4) ни то, ни другое.

**124. Наиболее рельефным признаком перехода в III стадию опиной наркомании является действие наркотика**

- 1) стимулирующее;
- 2) тонизирующее;
- 3) верно (4) и (1);
- 4) энергизирующее.

**125. О становлении III стадии опиной наркомании свидетельствуют все перечисленные признаки, кроме**

- 1) судорожных припадков;
- 2) медико-социальных последствий;
- 3) постоянной астении, вялости, истощаемости;
- 4) тонизирующего действия наркотика;
- 5) появления «сбоев» в приеме наркотика.

**126. Толерантность в III стадии опиной наркомании выражается**

- 1) невозможностью купирования приемом наркотика собственной больным постоянной анергии;
- 2) всем перечисленным;
- 3) неспособностью даже максимальных доз вызывать прежнюю эйфорию;
- 4) достижением лишь «нижнего» уровня психического и физического комфорта при приеме максимальных доз.

**127. Для абстинентного синдрома III стадии опиной наркомании характерно все перечисленное, кроме**

- 1) стойких астенических нарушений после купирования абстинентного синдрома;
- 2) значительной продолжительности (чаще всего 4-6 недель);
- 3) угрозы развития опасных для жизни коллапсов, острой сердечной недостаточности;
- 4) выраженных мышечных болей;
- 5) малой подвижности больных.

**128. У больных опиной наркоманией в III стадии структура абстинентного синдрома меняется и проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) малой подвижности и активности больных в остром периоде;
- 2) тосливо-безнадежного фона настроения;
- 3) отсутствия аппетита, постоянно повторяющихся рвоты, поноса;
- 4) стойкого и длительного повышения артериального давления, учащения пульса;
- 5) значительного похудения больных.

**129. Обострение компульсивного влечения у опиных наркоманов в III стадии имеет ряд особенностей, характеризующихся всем перечисленным, исключая**

- 1) аффективную напряженность, быстро сменяющуюся подавленностью, тоскливостью и отгороженностью от окружающих;
- 2) склонность к сосудистой гипертензии;
- 3) вялость, малоподвижность больных, отсутствие агрессивности;
- 4) незначительность признаков возбуждения симпатического отдела нервной системы;
- 5) стремительное нарастание симптомов, но более стертые их проявления, чем во II стадии.

**130. Внешними проявлениями хронической интоксикации опиатами являются все перечисленные признаки, кроме**

- 1) грубых, резко очерченных морщин на лице;
- 2) утраты волосами и ногтями блеска, ломкости их;
- 3) бледной, шелушащейся, нередко пигментированной кожи;
- 4) преждевременного постарения;
- 5) поражения зубов кариесом с выпадением их без боли.

**131. Особенностью хронической интоксикации опиатами является все перечисленное, Исключая**

- 1) выраженную криминогенность больных в III стадии заболевания;
- 2) верно (3) и (4);
- 3) практически отсутствие психозов;
- 4) отсутствие грубых интеллектуально-мнестических нарушений.

**132. Наиболее специфическим проявлением хронической интоксикации опиатами является**

- 1) верно (2) и (3);
- 2) развитие судорожных припадков;
- 3) постоянная и выраженная анергия;
- 4) значительная частота правонарушений.

**133. Для наркомании кустарно приготовленными препаратами опиата характерно все перечисленное, исключая**

- 1) атипичное проявление состояния острой интоксикации;
- 2) формирование влечения через 1-5 внутривенных введений;



- 3) сочетанный прием кустарно приготовленных опиатов и других наркотических и ненаркотических средств;
- 4) практически полное отсутствие периодов эпизодического приема химически обработанных растворов опия;
- 5) формирование абстинентного синдрома в течение 5-6 месяцев.

**134. Состояние острой интоксикации (наркотического опьянения) при применении кустарно приготовленных препаратов опия характеризуется всем перечисленным, исключая**

- 1) ощущение резко выраженного толчка или удара в голове;
- 2) состояние расслабленности, благодущия;
- 3) появление потребности двигаться, гулять, разговаривать;
- 4) ощущение прилива сил, бодрости;
- 5) ощущения повышенной работоспособности.

**135. Для абстинентного синдрома, возникающего при отмене кустарно приготовленных препаратов опия, характерно все перечисленное, за исключением того, что**

- 1) диспептические расстройства появляются практически одновременно с ознобом, насморком, потливостью;
- 2) агриппические расстройства кратковременны;
- 3) развивается через 5-7 ч после последнего приема наркотика;
- 4) все проявления его нарастают лавинообразно и достигают пика интенсивности к концу первых суток;
- 5) имеет место значительная выраженность психопатологических расстройств.

**136. Наркомания, сформировавшаяся в результате злоупотребления кустарно приготовленными препаратами опия, характеризуется**

- 1) злокачественностью;
- 2) выраженными соматическими и неврологическими нарушениями;
- 3) всем перечисленным;
- 4) резко выраженным интеллектуальным снижением;
- 5) развитием энцефалопатии.

**137. Для распознавания морфинизма, опиизма определенное значение имеет**

- 1) специфические клинические признаки абстинентного синдрома;
- 2) все перечисленное;
- 3) появление признаков абстинентного синдрома после введения антагонистов морфина (налорфина, налоксона и т.д.);

- 4) лабораторные методы исследования;
- 5) внешний вид больного.

**138. При лечении больных опишной наркоманией используют все перечисленные препараты, кроме**

- 1) тиаприда;
- 2) ноотропила;
- 3) радедорма;
- 4) налтрексона;
- 5) метадоны.

**139. При осуществлении метадоновой программы должны соблюдаться все перечисленные принципы, исключая**

- 1) комплексный подход к обследованию наркомана;
- 2) контроль концентрации метадоны в биологических средах для определения терапевтической дозы;
- 3) государственный уровень организации;
- 4) соблюдение критериев отбора больных;
- 5) возможность приема других наркотиков.

**140. Критериями отбора больных опишной наркоманией на метадоновую программу являются**

- 1) неэффективность предшествующей терапии;
- 2) исчерпанность возможностей добровольного лечения;
- 3) не менее, чем трехлетнее злоупотребление опиатами;
- 4) все перечисленные;
- 5) отсутствие психического заболевания.

**141. Позитивными прогностическими критериями в плане становления ремиссии у опиоидного наркомана могут быть**

- 1) умеренная степень выраженности и периодический вариант патологического влечения к опиатам;
- 2) полная критика к заболеванию и позитивное влияние микросоциального окружения;
- 3) наличие в анамнезе «спонтанных» и терапевтических ремиссий;
- 4) все перечисленные;
- 5) положительная установка на лечение и длительность добровольного стационарного лечения.

**142. Наиболее распространенный способ употребления гашиша**

- 1) прием вовнутрь;
- 2) верно (4) и (1);
- 3) курение;

4) жевание.

**143. Препараты конопли (гашиш) можно обнаружить в крови после последнего употребления во все перечисленные сроки, кроме**

- 1) верно (4) и (2);
- 2) 2–4 недель;
- 3) месяца и более;
- 4) 1 недели.

**144. Признаками сформировавшейся гашишной наркомании являются все перечисленные, кроме**

- 1) курения в одиночестве;
- 2) ежедневного курения гашиша;
- 3) курения гашиша с целью повышения либидо;
- 4) чувства неудовлетворенности вне интоксикации;
- 5) выкуривания 8–10 сигарет с гашишем в день.

**145. Начальными признаками острой интоксикации препаратами конопли являются все перечисленные, исключая**

- 1) повышенный блеск глаз;
- 2) отечность сосочков языка;
- 3) ощущение тяжести в руках, ногах;
- 4) бледность лица;
- 5) учащение пульса.

**146. Начальными признаками острой интоксикации препаратами конопли являются все перечисленные, кроме**

- 1) сухости во рту;
- 2) сужения зрачков;
- 3) инъекирования склер;
- 4) парестезии;
- 5) гиперемии лица.

**147. Психопатологическими симптомами острой интоксикации препаратами конопли являются все перечисленные, кроме**

- 1) нелепого поведения;
- 2) дисфории;
- 3) агрессивности;
- 4) неадекватной веселости;
- 5) состояния легкости, невесомости.

**148. Психический статус больного гашишной наркоманией в состоянии интоксикации определяется всем перечисленным, кроме**

- 1) ускорения речи и ассоциаций;
- 2) утраты контакта с окружающими;
- 3) отвлекаемости;
- 4) благодушия;
- 5) резких колебаний эмоционального фона.

**149. Неврологическими признаками острой интоксикации препаратами конопли являются все перечисленные, исключая**

- 1) оболочечные симптомы;
- 2) тремор рук и всего тела;
- 3) расширение зрачков;
- 4) нарушение координации, походки;
- 5) вялость реакции зрачков на свет.

**150. Наиболее характерными признаками острой интоксикации препаратами конопли являются все перечисленные признаки, кроме**

- 1) жажды;
- 2) головной боли;
- 3) гиперсаливации;
- 4) тошноты;
- 5) повышенного чувства голода.

**151. На выходе из состояния гашишной интоксикации наблюдается все перечисленное, исключая**

- 1) повышенный аппетит;
- 2) гиперрефлексию;
- 3) слабость, вялость;
- 4) бледность;
- 5) гипотонию.

**152. Вне интоксикации больному гашишной наркоманией свойственно все перечисленное, исключая**

- 1) несобранность;
- 2) целеустремленность;
- 3) раздражительность;
- 4) психическую нетрудоспособность;
- 5) расслабленность.

**153. Для неврологических расстройств в структуре гашишной абстиненции характерно все перечисленное, исключая**

- 1) мышечную гипертензию;
- 2) головокружение;
- 3) неустойчивость в позе Ромберга;

- 4) тремор рук;
- 5) нарушение сна.

**154. Средняя продолжительность абстинентного состояния при гашишной наркомании составляет**

- 1) 7–12 дней;
- 2) 3–5 дней;
- 3) 1–3 дня.

**155. Клиническая картина интоксикационных острых гашишных психозов характеризуется**

- 1) бессвязностью речи;
- 2) нелепостью, агрессивностью больных;
- 3) быстро истощаемым возбуждением;
- 4) «скачущим» аффектом;
- 5) всем перечисленным.

**156. О соматической декомпенсации при острых интоксикационных гашишных психозах свидетельствуют**

- 1) гиперемия лица, резкая сухость слизистых губ, полости рта, хриплый голос;
- 2) тремор, гиперрефлексия;
- 3) тахикардия, гипертензия;
- 4) резкое расширение зрачков с отсутствием реакции на свет;
- 5) все перечисленные признаки.

**157. Основными клиническими дифференциально-диагностическими признаками, отличающими острые интоксикационные гашишные психозы от кокаиновых, являются все перечисленные, исключая**

- 1) активизацию интеллектуальной деятельности;
- 2) нарушение сознания;
- 3) повышенную жажду;
- 4) снижение нейромускулярной функции;
- 5) резкое чувство голода.

**158. Для внешнего вида больного гашишной наркоманией характерно все перечисленное, кроме**

- 1) ломкости волос, ногтей, зубов;
- 2) грубых морщин на лице;
- 3) преждевременного старения;
- 4) наличия пигментных пятен на коже;
- 5) кожи лица с зеленоватым оттенком.

**159. Наиболее характерными последствиями хронической гашишной интоксикации являются все перечисленные, исключая**

- 1) подавление репродуктивной функции;
- 2) грубые соматические нарушения;
- 3) подавление иммунной системы;
- 4) высокую частоту рака легких;
- 5) изменения со стороны крови, развитие анемии.

**160. Соматические нарушения при гашишной наркомании чаще всего включают все перечисленное, исключая**

- 1) рак и другие заболевания легких;
- 2) миокардиодистрофию;
- 3) почечную недостаточность;
- 4) поражения желудочно-кишечного тракта;
- 5) неспецифический гепатит.

**161. Состояние острой интоксикации кокаином в период становления болезни проявляется**

- 1) повышением настроения с ощущением прилива энергии;
- 2) повышением активности и «кипучая деятельность»;
- 3) ощущением интеллектуального подъема;
- 4) всем перечисленным;
- 5) кратковременной резкой головной болью и легким головокружением.

**162. К симптомам острой интоксикации кокаином относятся все перечисленные, кроме**

- 1) раздражительности, беспокойства;
- 2) гиперактивности;
- 3) ощущения повышенных возможностей, интеллектуальной активности;
- 4) выраженной эйфории;
- 5) агрессии.

**163. На спаде интоксикации у кокаинового наркомана развиваются все следующие психопатологические расстройства, кроме**

- 1) тревоги;
- 2) астении, апатии;
- 3) резкого упадка настроения и сил;
- 4) раздражительности, дисфории;
- 5) помрачения сознания.

**164. К неврологическим расстройствам, развивающимся у кокаинового**

**наркомана на спаде интоксикации, относятся все перечисленные, кроме**

- 1) головных болей;
- 2) сужения зрачков;
- 3) миоклонических подергиваний мышц;
- 4) гипергидроза;
- 5) гиперрефлексии.

**165. Кокаиновые наркоманы наиболее часто по сравнению с другими наркоманами употребляют и другие наркотики в связи с тем, что при употреблении кокаина**

- 1) на спаде интоксикации развиваются неприятные психические и соматические нарушения;
- 2) развивается тяжелый абстинентный синдром;
- 3) кокаин очень быстро разрушается в организме;
- 4) эйфория недостаточно выражена.

**166. Высокая суточная доза кокаина объясняется**

- 1) высокой толерантностью;
- 2) ни тем, ни другим;
- 3) и тем, и другим;
- 4) частотой употребления.

**167. Повышенная чувствительность к кокаину наблюдается**

- 1) ни в том, ни в другом случае;
- 2) и в том, и в другом случае;
- 3) на этапе хронического течения;
- 4) в период становления заболевания.

**168. В отсутствии наркотика у кокаинового наркомана меняется психическое состояние в сторону появления всех перечисленных расстройств, исключая**

- 1) пониженное настроение;
- 2) иллюзорные и галлюцинаторные расстройства;
- 3) затруднения в интеллектуальной деятельности;
- 4) раздражительность;
- 5) вялость, адинамию.

**169. Соматические признаки абстинентного синдрома у кокаиновых наркоманов характеризуются всем перечисленным, за исключением**

- 1) анизорефлексии;
- 2) резкого сужения зрачков;
- 3) головной боли в затылочной области, головокружения;

- 4) сухости слизистых носоглотки;
- 5) парестезий.

**170. Психопатологический компонент абстинентного синдрома у кокаиновых наркоманов проявляется**

- 1) бессонницей и одновременно сонливостью;
- 2) раздражительностью, озлобленностью;
- 3) тоскливым состоянием с тревогой, беспокойством и суицидальными мыслями, попытками;
- 4) всем перечисленным;
- 5) тяжелой дисфорией с угрюмостью.

**171. В клинической картине острых интоксикационных кокаиновых психозов преобладают все перечисленные расстройства, кроме**

- 1) острых депрессивных реакций;
- 2) острых параноидных реакций;
- 3) обилия сенестопатий и парестезий;
- 4) множественных ярких галлюцинаций.

**172. Сомато-неврологическими последствиями злоупотребления кокаином являются**

- 1) прогрессирующее физическое истощение, анемия, парестезии;
- 2) сексуальные дисфункции;
- 3) снижение иммунитета и высокая подверженность рекуррентным заболеваниям;
- 4) все перечисленные;
- 5) паркинсоноподобные нарушения.

**173. У больных кокаиновой наркоманией наблюдается все перечисленное, кроме**

- 1) сероватого цвета лица, локальных отеков;
- 2) некрозов или прободения носовой перегородки;
- 3) сухости слизистых носоглотки;
- 4) истощения;
- 5) интенционного тремора.

**174. Своевременное лечение кокаиновых наркоманов**

- 1) и то, и другое;
- 2) не дает эффекта;
- 3) ни то, ни другое;
- 4) часто дает положительный эффект.



**175. К способам применения наркотических веществ из группы амфетаминов относятся все перечисленные, кроме**

- 1) аппликационного;
- 2) ингаляционного;
- 3) перорального;
- 4) внутривенного.

**176. Об острой интоксикации амфетаминами свидетельствуют все перечисленные нарушения, кроме**

- 1) нарушений мышления;
- 2) изменений психического состояния;
- 3) нарушений соматических функций;
- 4) поведенческих реакций.

**177. Для поведенческих нарушений в состоянии острой интоксикации амфетаминами характерно все перечисленное, кроме**

- 1) усиления активности, переоценки собственных возможностей;
- 2) склонности к монотонным стереотипным действиям;
- 3) раздражительности, тревоги;
- 4) острых депрессивных реакций;
- 5) ощущения прилива энергии.

**178. Соматические нарушения в состоянии интоксикации амфетаминами характеризуются всем перечисленным, кроме**

- 1) резкого снижения аппетита;
- 2) учащения дыхания;
- 3) сердечной аритмии;
- 4) резкого повышения артериального давления;
- 5) повышенной жажды.

**179. К неврологическим расстройствам, характерным для состояния острой интоксикации амфетаминами, относятся все перечисленные, исключая**

- 1) расширение зрачков;
- 2) тремор;
- 3) повышенную потливость;
- 4) головную боль;
- 5) гиперрефлексию.

**180. Признаками передозировки амфетаминов являются все перечисленные, кроме**

- 1) сердечной аритмии;
- 2) утраты координации движений;

- 3) дрожи;
- 4) покраснения или побледнения кожи;
- 5) признаков острой почечной недостаточности.

**181. Острые интоксикационные психозы при злоупотреблении амфетаминами чаще всего протекают по типу**

- 1) аменции;
- 2) онейроидноподобного состояния;
- 3) острого галлюциноза;
- 4) делирия.

**182. Синдром отмены при наркомании амфетаминами составляют все перечисленные симптомы, кроме**

- 1) повышенной утомляемости, раздражительности;
- 2) сомато-вегетативных нарушений;
- 3) сонливости;
- 4) отсутствия аппетита;
- 5) острой депрессии с суицидальными тенденциями.

**183. В отношении определения понятия «эфедрон» верно все перечисленное, кроме того, что**

- 1) при его изготовлении используют калий перманганат, уксусную кислоту, йод;
- 2) он оказывает седативное действие;
- 3) он оказывает психостимулирующее действие;
- 4) он является продуктом переработки средств, содержащих эфедрин.

**184. В отношении злоупотребления эфедронами верно все перечисленное, кроме того, что**

- 1) первые приемы носят, как правило, групповой характер;
- 2) до первого приема эфедрона они уже знакомы с действием других психоактивных средств;
- 3) мотивами приема являются подражание товарищам и поиск необычных ощущений;
- 4) применяют преимущественно внутрь;
- 5) страдают преимущественно лица молодого возраста.

**185. На начальном этапе острой интоксикации эфедронами возникают все перечисленные ощущения, кроме того, что**

- 1) волосы на голове шевелятся, встают дыбом;
- 2) устраняется чувство усталости;
- 3) учащается ритм работы сердца;

- 4) по телу разбегаются мурашки;
- 5) время тянется долго.

**186. Психопатологический компонент состояния острой интоксикации эфедроном выражается всем перечисленным, кроме**

- 1) сочетания повышенного психического тонуса с взбудораженностью, нерезко выраженной тревожностью;
- 2) необычайной ясности ума и уверенности в своих силах и способностях;
- 3) ощущения бодрости, неустойчивости и легкости движений;
- 4) продуктивной деятельности;
- 5) необычайного душевного подъема со стремлением к деятельности.

**187. У наркотизирующихся эфедроном в состоянии острой интоксикации появляется все перечисленное, кроме**

- 1) отсутствия потребности в сне, в еде;
- 2) ускоренной речи, вплоть до речевого напора;
- 3) непоследовательного мышления, высказывания множества нереальных планов, переоценки собственных возможностей;
- 4) порывистости движений;
- 5) агрессивности.

**188. Об интоксикации эфедроном могут свидетельствовать**

- 1) гипертензия и тахикардия;
- 2) сухость слизистых, вследствие чего опьяневшие постоянно облизывают губы;
- 3) бледность кожных покровов;
- 4) все перечисленные признаки;
- 5) неусидчивость, подвижность, неумеренная жестикуляция.

**189. Среди неврологических расстройств при острой интоксикации эфедроном встречаются все перечисленные, кроме**

- 1) горизонтального нистагма;
- 2) акрогипергидроза;
- 3) сужения зрачков;
- 4) отсутствия или резкого снижения реакции зрачков на свет;
- 5) отсутствия или снижения сухожильных рефлексов.

**190. После первых приемов эфедрона состояние эйфории длится**

- 1) до 5 часов;
- 2) до 3 часов;

- 3) до 7 часов;
- 4) до 1 часа.

**191. Выход из эфедринового опьянения в I стадии заболевания характеризуется появлением всего перечисленного, кроме**

- 1) ощущения покалывания в области поясницы;
- 2) вздрагивания всего тела, парестезий;
- 3) неприятного озноба;
- 4) брадикардии;
- 5) слабости, вялости, чувства полного изнеможения.

**192. «Отход» – состояние выхода из острой интоксикации эфедроном характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) сонливости и невозможности уснуть;
- 2) подавленного настроения с оттенком тоскливости;
- 3) озлобленности;
- 4) раздражительности;
- 5) отсутствия аппетита.

**193. Выход из состояния интоксикации во II стадии эфедриновой наркомании характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) приступов озноба;
- 2) постоянных сжимающих болей в сердце;
- 3) задержки мочеиспускания;
- 4) болей в почках;
- 5) брадикардии.

**194. Психопатологические расстройства на выходе из состояния интоксикации во II стадии эфедриновой наркомании проявляются всем перечисленным, кроме**

- 1) приступов страха, раздражительности, дисфории;
- 2) гиперактузии;
- 3) поверхностного сна с вскрикиваниями, стонами;
- 4) приступов агрессии;
- 5) гиперестезии.

**195. В течение 2–3 дней после выхода из состояния интоксикации больных эфедриновой наркоманией во II стадии беспокоят все перечисленные расстройства, исключая**

- 1) слабость, сонливость;
- 2) невозможность умственной и физической деятельности;
- 3) резко повышенный аппетит;
- 4) головокружение;

5) кратковременные психотические расстройства.

**196. II стадия эфедроновой наркомании характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) формирования своеобразных эфедроновых циклов;
- 2) средних суточных доз, составляющих 40-50 мг эфедрина;
- 3) повторных приемов или внутривенного введения эфедрона через каждые 2-4 ч;
- 4) отсутствия изменений в характере эйфории;
- 5) развития компульсивного патологического влечения на выходе из интоксикации эфедронам.

**197. Прием больными эфедроновой наркоманией на спаде интоксикации транквилизаторов обуславливает все перечисленное, исключая**

- 1) купирование дисфорической фазы абстинентного состояния;
- 2) нормализацию сна;
- 3) резкое ослабление патологического влечения в эфедрону;
- 4) нарушение типичной для данного заболевания цикличности;
- 5) появление судорожных пароксизмов.

**198. Психопатологические расстройства в клинике абстинентного состояния при эфедроновой наркомании выражаются**

- 1) подавленным настроением с витальной тоской;
- 2) обостренной чувствительностью даже к незначительным неприятностям;
- 3) раздражительностью;
- 4) всем перечисленным;
- 5) вялостью, слабостью.

**199. К особенностям абстинентного синдрома при эфедроновой наркомании относятся все перечисленные, исключая**

- 1) выраженный алгический компонент;
- 2) высокую подверженность рекуррентным заболеваниям с осложнением в виде воспаления легких, которое в течение суток может перейти в отек легких с летальным исходом;
- 3) развитие тяжелой, опасной для жизни гипотонии при назначении нейролептиков типа тизерцина;
- 4) очень высокий суицидальный риск.

**200. К врачам общелечебной сети больные эфедроновой наркоманией обращаются, требуя анальгетических, стимулирующих и седативных средств в связи со всем перечисленным, кроме**

- 1) нарушений деятельности желудочно-кишечного тракта;

- 2) артериальной гипотензии;
- 3) болей в области поясницы;
- 4) бессонницы.

**201. Острые интоксикационные психозы у больных эфедроновой наркоманией характеризуются всем перечисленным, кроме**

- 1) сохранения бредовой настроенности после купирования острых расстройств в течение одной-двух недель;
- 2) бредовых идей отношения, преследования;
- 3) повторяемости и однотипности клинической картины (по типу «клише»);
- 4) внезапности развития;
- 5) длительности от нескольких часов до нескольких дней.

**202. Продрома острого интоксикационного психоза у больных эфедроновой наркоманией характеризуется всем перечисленным, исключая**

- 1) подавленность настроения с подозрительностью;
- 2) тревогу;
- 3) резкое психомоторное возбуждение;
- 4) возбужденность, пугливость;
- 5) неопределенный страх.

**203. У больных, перенесших эфедроновый психоз, четко проявляются все следующие психопатологические нарушения, кроме**

- 1) мнестических нарушений;
- 2) дисфорий с компульсивным влечением к эфедрону;
- 3) стойких астенических расстройств;
- 4) бездеятельности и безинициативности;
- 5) вялости, аспонтанности.

**204. При проведении дифференциальной диагностики острого интоксикационного эфедронического психоза с острым дебютом шизофрении решающим считается**

- 1) обнаружение в крови или в моче дериватов эфедрона;
- 2) ни то, ни другое;
- 3) и то, и другое;
- 4) наличие в статусе больного сомато-неврологических признаков интоксикации.

**205. Социальная деградация больных эфедроновой наркоманией проявляется**

- 1) всем перечисленным;

- 2) неряшливостью и нечистоплотностью;
- 3) утратой прежних интересов и привязанностей;
- 4) утратой способности к учебе, к труду;
- 5) паразитическим образом жизни.

**206. Внешний вид больных эфедроновой наркоманией арактеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) значительного повышения веса тела;
- 2) запавших, с нездоровым блеском глаз;
- 3) неопрятной, но соответствующей моде одежды;
- 4) раннего облысения;
- 5) слабого, осипшего голоса.

**207. Состояние острой интоксикации первитином по сравнению с опьянением эфедроном характеризуется**

- 1) большей продолжительностью (до 6-8 ч);
- 2) всем перечисленным;
- 3) более тяжелым «выходом» из опьянения;
- 4) отчетливым выделением I и II фазы опьянения.

**208. I фаза опьянения первитином проявляется**

- 1) всем перечисленным;
- 2) ощущением запаха лесных фиалок;
- 3) ощущением полета, невесомости;
- 4) ощущением необыкновенной ясности и красочности окружающего;
- 5) чувством приятного телесного комфорта.

**209. II фаза опьянения первитином проявляется всем перечисленным, исключая**

- 1) резкое усиление полового влечения и сексуальной потенции;
- 2) ощущение особых способностей, стремление к различным видам творческой деятельности;
- 3) ощущение ясности всего, что ранее казалось запутанным и непонятным;
- 4) подъем настроения с выраженным повышением активности;
- 5) раздражительность, агрессивность.

**210. Абстинентный синдром при первитиновой наркомании проявляется**

- 1) подавленным настроением с тоской и суицидальными мыслями;
- 2) слабостью, разбитостью;
- 3) всем перечисленным;

- 4) последующей астенией и сонливостью вплоть до оглушения и субступорозного состояния;
- 5) тяжелой дисфорией, сочетающейся с тревожной подозрительностью.

**211. В клинической картине абстинентного состояния при первитиновой наркомании отмечаются**

- 1) головная боль, головокружение;
- 2) все перечисленные расстройства;
- 3) легкий насморк, парестезии и ноющие боли в руках и ногах;
- 4) неприятные покалывания в поясничном отделе позвоночника, ощущения «покручивания» в крупных суставах;
- 5) нарушения речи, судорожные сведения лицевых и икроножных мышц.

**212. Среди неврологических расстройств по мере развития первитиновой наркомании в клинике абстинентного синдрома появляются**

- 1) все перечисленные расстройства;
- 2) патологические стопные рефлексy;
- 3) нистагм, нарушения конвергенции;
- 4) интенционный мышечный тремор, пошатывание при ходьбе;
- 5) смазанность речи.

**213. Психопатизация личности у первитиновых наркоманов проявляется**

- 1) утратой привязанности к близким;
- 2) быстрым пресыщением тем, что первоначально привлекало, чувством скуки и раздражения;
- 3) стремлением к немедленному удовлетворению возникших желаний;
- 4) асоциальным поведением;
- 5) всем перечисленным.

**214. Более выраженная злокачественность первитиновой наркомании по сравнению с эфедроновой проявляется**

- 1) в формировании психического влечения после первого введения наркотика;
- 2) во всем перечисленном;
- 3) в формировании токсической энцефалопатии и психопатизации личности через несколько месяцев от начала злоупотребления наркотиком;
- 4) в большой частоте острых интоксикационных психозов (до нескольких в год).



**215. При состоянии острой интоксикации эфедроном или первитином наиболее эффективно проведение всех перечисленных лечебных мероприятий, исключая**

- 1) назначение нейролептиков (аминазина, тизерцина);
- 2) назначение витаминов группы В;
- 3) парентеральное введение изотонического раствора натрия хлорида;
- 4) внутримышечное введение реланиума (сибазона, седуксена, диазепама).

**216. Эфедроновая, первитиновая абстиненция купируется назначением всех перечисленных медикаментозных средств, кроме**

- 1) нейролептиков;
- 2) антидепрессантов с противотревожным действием;
- 3) небарбитуровых снотворных;
- 4) транквилизаторов;
- 5) дезинтоксикационных средств.

**217. Начальными признаками острой интоксикации барбитуратами являются все перечисленные, исключая**

- 1) мгновенное оглушение;
- 2) ощущение, что «все плывет перед глазами»;
- 3) ощущение полета, чувства невесомости;
- 4) потемнение в глазах;
- 5) ощущение «мягкого удара» в голове.

**218. Психопатологические расстройства в состоянии острой интоксикации барбитуратами выражаются всем перечисленным, кроме**

- 1) снижения способности к осмыслению окружающего;
- 2) дисфоричности;
- 3) расторможенности;
- 4) неустойчивого эмоционального фона;
- 5) беспричинного веселья.

**219. Для сомато-вегетативных расстройств в состоянии острой интоксикации барбитуратами характерно все перечисленное, кроме**

- 1) брадикардии;
- 2) миоза;
- 3) горячего пота;
- 4) гиперсаливации;
- 5) гипотонии.

**220. Состояние опьянения барбитуратами в I стадии наркомании опасно всем перечисленным, кроме**

- 1) склонности к злобным дисфориям;
- 2) легкого перехода от веселья к гневу;
- 3) возбудимости;
- 4) верно (3) и (2).

**221. Для постинтоксикационного состояния острого опьянения барбитуратами характерно все перечисленное, исключая**

- 1) чувство разбитости;
- 2) падение сообразительности;
- 3) повышение аппетита;
- 4) тремор;
- 5) мышечную слабость.

**222. Признаками передозировки при острой интоксикации барбитуратами являются все перечисленные, кроме**

- 1) резкого падения артериального давления;
- 2) цианоза;
- 3) гиперрефлексии;
- 4) частого, поверхностного дыхания;
- 5) учащения пульса.

**223. В результате передозировки барбитуратов смерть наступает от всего перечисленного, кроме**

- 1) развития шоковой реакции;
- 2) некроза печени;
- 3) острой почечной недостаточности;
- 4) отека легких;
- 5) паралича дыхательного центра.

**224. У больных барбитуровой наркоманий во II стадии состояние интоксикации характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) снижения возбудимости;
- 2) исчезновения заторможенности и грубой неловкости движений;
- 3) застреваемости аффектов;
- 4) утраты подвижности эмоций;
- 5) легкого перехода от веселья к гневу.

**225. Состояние опьянения у барбитурового наркомана выражается всем перечисленным, кроме**

- 1) замедленности мышления;

- 2) персеверации;
- 3) олигофазичности;
- 4) выраженной эйфории;
- 5) однообразной речевой продукции.

**226. Состояние опьянения у больных барбитуровой наркоманией во II стадии опасно всем перечисленным, исключая**

- 1) дисфории;
- 2) двигательную активность;
- 3) подвижность аффекта;
- 4) злобный застойный аффект;
- 5) приступы гнева, агрессии.

**227. Апогей абстинентного синдрома при барбитуровой наркомании характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) развития делирия или галлюцинаторно-бредового психоза;
- 2) депрессии;
- 3) усиления двигательной и аффективной подвижности;
- 4) появления судорожных припадков;
- 5) разрядки напряженной дисфории.

**228. Психоз и судорожные припадки при барбитуровой наркомании**

- 1) не влияют на продолжительность абстинентного синдрома;
- 2) ничего из перечисленного;
- 3) удлиняют сроки абстинентного синдрома;
- 4) сокращают сроки абстинентного синдрома;
- 5) верно все перечисленное.

**229. Длительность абстинентного синдрома при барбитуровой наркомании составляет**

- 1) 4–5 недель;
- 2) 1–2 недели;
- 3) 6–7 недель.

**230. В течение нескольких недель после купирования основных абстинентных расстройств у барбитуромана остаются все перечисленные нарушения, исключая**

- 1) спонтанные колебания настроения, легкое возникновение дисфорий;
- 2) наркотические сновидения;
- 3) пониженный аппетит;
- 4) поверхностный сон;

- 5) тревожность в пограничных между сном и бодрствованием состояниях.

**231. К сомато-вегетативным признакам, свидетельствующим о нарастании компульсивного влечения у барбитуроманов, относятся все перечисленные, кроме**

- 1) неустойчивости артериального давления;
- 2) потливости;
- 3) лабильности пульса, дыхания;
- 4) тенденции к понижению артериального давления;
- 5) расширения зрачков.

**232. Психическими признаками, свидетельствующими об апогее компульсивного влечения у барбитуромана, являются все перечисленные, исключая**

- 1) двигательное беспокойство, неусидчивость;
- 2) полное нарушение контакта с окружающими;
- 3) назойливость;
- 4) эмоциональную слабость;
- 5) тоскливо-дисфорический фон настроения.

**233. К сомато-вегетативным признакам компульсивного влечения у барбитуромана относятся все перечисленные, исключая**

- 1) лихорадочный сухой блеск глаз;
- 2) гиперсаливацию;
- 3) частое мочеиспускание;
- 4) бледное с красными пятнами лицо;
- 5) сухость слизистых носовой полости и губ.

**234. О спаде компульсивного влечения у барбитуромана свидетельствуют все перечисленные признаки, исключая**

- 1) спонтанно возникающие колебания настроения;
- 2) повышенную сонливость;
- 3) появление подавленности, эмоциональной слабости;
- 4) выраженную физическую слабость;
- 5) появление аппетита.

**235. Наиболее характерными признаками нарастания компульсивного влечения при барбитуровой наркомании III стадии являются все перечисленные, кроме**

- 1) двигательного беспокойства, агрессивности;
- 2) дисфоричности;
- 3) замкнутости;

- 4) малой подвижности, вялости;
- 5) злобности.

**236. II фаза (апогей) компульсивного влечения у барбитуроманов в III стадии характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) аспонтанности;
- 2) кратковременного состояния психического возбуждения с изменением в сомато-вегетативной и неврологической сферах;
- 3) утраты аппетита и сна;
- 4) тоски с раздражительностью и плаксивостью;
- 5) агрессивности.

**237. К характеристике осложнений в течение наркомании снотворными относятся все перечисленное, кроме**

- 1) появления на этапе развернутой II стадии заболевания;
- 2) опережения развития наркотической зависимости;
- 3) маскирования симптоматики, отражающей последствия собственного наркотизма;
- 4) раннего появления.

**238. Барбитуровая энцефалопатия отличается от алкогольной всем перечисленным, исключая**

- 1) выраженную брадипсихию;
- 2) замедленный темп развития;
- 3) более быстрый темп развития;
- 4) отсутствие чувства юмора и идей ревности;
- 5) аффективные нарушения в виде депрессий и дисфорий.

**239. Наиболее характерными неврологическими признаками барбитуровой энцефалопатии являются все перечисленные, кроме**

- 1) мышечной гипертензии;
- 2) выпадения поверхностных и снижения глубоких рефлексов;
- 3) постоянного латерального нистагма;
- 4) атаксии, дизартрии;
- 5) оральных автоматизмов.

**240. Систематическое вливание основного наркотика и прием ноксирона приводит**

- 1) к формированию истинной полинаркомании;
- 2) к более быстрому развитию наркомании;
- 3) ни к тому, ни к другому;
- 4) и к тому, и к другому.

**241. К галлюциногенам относятся все перечисленные средства, кроме**

- 1) мескалина;
- 2) производных лизергиновой кислоты (LSD);
- 3) мевестицина;
- 4) метадона;
- 5) псилобицина.

**242. Наиболее характерным путем введения галлюциногенов является**

- 1) внутривенный;
- 2) пероральный;
- 3) ингаляционный;
- 4) подкожный.

**243. К психопатологическим эффектам острой интоксикации галлюциногенами относятся все перечисленные, исключая**

- 1) нарушения зрительного восприятия;
- 2) хаотическую смесь: эйфории и дисфории, смешливость и чувство тревоги;
- 3) деперсонализационные и дереализационные расстройства;
- 4) парестезии;
- 5) стойкий вербальный галлюциноз.

**244. Состояние острой интоксикации галлюциногенами**

- 1) проходит самостоятельно;
- 2) требует срочной помощи;
- 3) верно (2) и (4);
- 4) достаточно проведения обычной дезинтоксикационной терапии.

**245. Для предупреждения случаев ятрогенных наркоманий врач должен знать**

- 1) все перечисленное;
- 2) характерологические особенности лиц, у которых риск развития наркоманической зависимости высок;
- 3) каковы особенности клинических проявлений ятрогенной наркомании;
- 4) у каких категорий больных легко возникает наркоманическое привыкание;
- 5) только (4) и (2).

**246. Вероятность развития ятрогенной наркомании велика у всех перечисленных лиц, кроме**

- 1) больных невротами, страдающих психопатиями;
- 2) больных алкоголизмом и склонных к злоупотреблению алкоголем;
- 3) лиц, уже страдающих зависимостью от какого-либо психотропного препарата, либо имевших в прошлом опыт злоупотребления ими;
- 4) лиц с остро проявляющимися соматическими нарушениями;
- 5) лиц, страдающих хроническими соматическими заболеваниями.

**247. Угрожаемыми в отношении возможности развития привыкания являются лица со следующими характерологическими особенностями, кроме**

- 1) тревожности;
- 2) ипохондричности;
- 3) стеничности;
- 4) нетерпеливости;
- 5) неуверенности в своих силах, невыносливости к жизненным психическим и физическим перегрузкам.

**248. Состояние интоксикации опиатами с хроническим алгическим синдромом отличается всем перечисленным, кроме того, что**

- 1) верно (4) и (3);
- 2) больные внимательно прислушиваются к своим внутренним ощущениям, обеспокоены своим заболеванием, здоровьем;
- 3) больные остаются несколько настороженными;
- 4) не возникает чувства полного соматического здоровья, удовлетворения;
- 5) верно все перечисленное.

**249. Настораживающим симптомом, свидетельствующим о формировании зависимости у хронических соматических больных, является**

- 1) восстановление состояния больного после приема наркотика;
- 2) жалобы на непрекращающиеся боли;
- 3) сосредоточенность внимания больных на поиске обезболивания, а не на поиске причин болей;
- 4) верно (2) и (1).

**250. Ятрогенные наркомании отличаются от «типичной» наркоманической зависимости всем перечисленным, исключая**

- 1) замедленное развитие симптомов зависимости;
- 2) эйфорию как мотив приема наркотика;
- 3) соблюдение предписанного врачом способа введения наркотика;
- 4) представленность абстинентного синдрома как обострение основного заболевания;
- 5) незначительный рост толерантности.

**251. Особенностью влечения к наркотику при ятрогенной наркомании является**

- 1) стремление не к интоксикационному действию как таковому, а лишь к обезболивающему эффекту наркотика;
- 2) все перечисленное;
- 3) маскирование психического дискомфорта объяснимым изменением психического состояния вследствие нарастания болевых ощущений;
- 4) малая выраженность симптомов психического дискомфорта.

**252. К последствиям ятрогенных наркоманий и токсикоманий относятся все перечисленные, исключая**

- 1) слабоумие, социальное снижение;
- 2) эгоцентризм, «домашнюю тиранию»;
- 3) прогрессирующее психо-физическое истощение;
- 4) хронизацию основного заболевания;
- 5) выраженную криминальность поведения.

**253. У больных ятрогенной наркоманией по мере снижения доз наркотиков могут развиваться раптоидные состояния, проявляющиеся всем перечисленным, кроме**

- 1) агрессивности;
- 2) страха за свое здоровье;
- 3) тревоги;
- 4) нарастания беспокойства;
- 5) отказа от лечения и требования выписки.

**254. У пожилых больных опишной ятрогенной наркоманией в абстиненции при снижении опиатов возможно появление всех перечисленных расстройств, кроме**

- 1) вербального галлюциноза;
- 2) эпизодов суженного сознания;
- 3) суетливости, беспокойства;
- 4) тревоги;
- 5) ложных узнаваний.



**255. Случаи, когда наркоман, кроме наркотического средства принимает другое лекарственное средство или вещество, не отнесенное к наркотическим, следует обозначать как**

- 1) полинаркомания;
- 2) наркомания осложненная;
- 3) ни то, ни другое;
- 4) правомерны оба обозначения.

**256. Для формирования и течения наркомании, осложненной токсикоманией, характерно**

- 1) постепенное вытеснение из употребления определенного количества исходного наркотика, вплоть до полной замены;
- 2) изменение внешнего вида и личности больных, развитие психозов;
- 3) все перечисленное;
- 4) наступление более «чистой» эйфории;
- 5) быстрое развитие привыкания (1.5-2 месяца).

**257. Разница между наркоманиями и токсикоманиями, в первую очередь**

- 1) медицинская;
- 2) верно (1) и (4);
- 3) социальная;
- 4) правовая.

**258. К факторам, способствующим формированию токсикоманий, относятся все перечисленные, исключая**

- 1) преобладание стенических черт в характере;
- 2) асоциальную направленность ближайшего окружения;
- 3) наследственную отягощенность алкоголизмом;
- 4) психический инфантилизм;
- 5) перинатальные и ранние постнатальные вредности, казующие дезорганизующее влияние на последующее психическое развитие.

**259. В отношении токсикомании у больных вялотекущей шизофренией верно все перечисленное, кроме того, что она**

- 1) характеризуется спонтанностью ремиссий;
- 2) протекает атипично;
- 3) характеризуется типичностью абстинентного синдрома;
- 4) проявляется иной мотивацией приема токсикоманических средств;
- 5) выражается меньшей интенсивностью психического влечения.

**260. К особенностям формирования токсикоманий у лиц с органическим поражением ЦНС относится**

- 1) ускоренный темп формирования;
- 2) все перечисленное;
- 3) формирование психоорганического синдрома с психопатизацией личности;
- 4) более тяжелое течение абстинентного синдрома.

**261. Формирование токсикомании при неблагоприятных условиях возможно у подростков со всеми перечисленными особенностями преморбида, исключая**

- 1) архаичности поведения;
- 2) склонность к сверхценным образованиям;
- 3) реакции группирования по месту обитания;
- 4) эмоциональную недостаточность;
- 5) высокую толерантность к сверхсильным, нефизиологическим раздражителям.

**262. Клиника токсикоманий включает синдромы**

- 1) все перечисленные;
- 2) измененной реактивности;
- 3) последствий и осложнений;
- 4) физической зависимости;
- 5) психической зависимости.

**263. Лечение при токсикоманиях**

- 1) обязательное;
- 2) верно (1) и (4);
- 3) добровольное;
- 4) принудительное.

**264. Схема лечения токсикоманий включает**

- 1) поддерживающую и противорецидивную терапию;
- 2) собственно противотоксикоманическое лечение;
- 3) терапию соматических неврологических, психических осложнений;
- 4) все перечисленное;
- 5) дезинтоксикационную терапию и купирование абстинентного синдрома.

**265. Особенности лечения токсикоманий у подростков заключаются**

- 1) в приоритете психотерапевтических методов лечения;

- 2) в обязательном превентивном лечении возможных последствий острой и хронической интоксикации;
- 3) во всем перечисленном;
- 4) в обязательном стационарном лечении и обследовании;
- 5) в широком использовании методов социотерапии на этапе амбулаторного лечения.

**266. Психотерапевтическая тактика при лечении больных токсикоманией должна быть направлена**

- 1) на укрепление воли;
- 2) на достижение более высокого, чем до болезни уровня функционирования личности;
- 3) на все перечисленное;
- 4) на выработку установок на лечение и выздоровление.

**267. Профилактика токсикоманий включает**

- 1) все перечисленное;
- 2) объединение практических, максимально приближенных к месту учебы и проживания подростков мероприятий по улучшению психоадаптационных возможностей;
- 3) разработку и внедрение скрининговых процедур, направленных на выявление нарушений на различных структурных уровнях организма;
- 4) повышение осведомленности в проблеме токсикоманий родителей и лиц, работающих с подростками;
- 5) раннюю и непрерывную антитоксикоманическую пропаганду.

**268. Наиболее характерными сомато-неврологическими проявлениями состояния опьянения транквилизаторами (бензодиазепинами) являются все перечисленные, кроме**

- 1) бледности кожных покровов;
- 2) сухости слизистых;
- 3) дизартрии, персевераций;
- 4) повышения мышечного тонуса;
- 5) расширения зрачков и вялой реакции их на свет.

**269. Для постинтоксикационных расстройств при сформировавшейся токсикомании транквилизаторами характерно все перечисленное, исключая**

- 1) выраженную оглушенность;
- 2) раздражительность, злобные реакции;
- 3) подавленность, плаксивость;

- 4) безразличие, апатию;
- 5) вялость, слабость.

**270. В I стадии токсикомании транквилизаторами имеют место все следующие осложнения функционального характера, за исключением**

- 1) интеллектуально-мнестических нарушений;
- 2) сомато-неврологических расстройств;
- 3) аффективных нарушений;
- 4) астенических расстройств.

**271. Для сомато-неврологических осложнений в I стадии токсикомании транквилизаторами характерно все перечисленное, кроме**

- 1) рефлекторного дермографизма;
- 2) потливости, акроцианоза;
- 3) переходящей сосудистой дистонии со склонностью к гипотонии;
- 4) признаков внутричерепной гипертензии;
- 5) оживления рефлексов с расширением рефлексогенных зон.

**272. Абстинентный синдром при токсикоманиях транквилизаторами проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) головной боли, бессонницы;
- 2) брадикардии;
- 3) бледности кожных покровов;
- 4) напряженности, подавленности;
- 5) фибриллярных подергиваний лицевой мускулатуры и мышц конечностей.

**273. Психопатологическими признаками абстинентного синдрома при токсикоманиях транквилизаторами являются все перечисленные, исключая**

- 1) сенестопатии;
- 2) патологическое влечение к транквилизаторам;
- 3) недовольство и злобность;
- 4) подавленность;
- 5) тревогу, неусидчивость.

**274. Неврологическими признаками абстинентного синдрома при токсикомании транквилизаторами являются все перечисленные, кроме**

- 1) отсутствия брюшных рефлексов;
- 2) миоза;
- 3) горизонтального нистагама;
- 4) судорожных припадков, делирия;

5) мелкоразмашистого тремора.

**275. Осложнениями II стадии токсикомании транквилизаторами являются все перечисленные, исключая**

- 1) маскообразность лица, бледность мимики;
- 2) интеллектуально-мнестические нарушения;
- 3) резкое физическое истощение;
- 4) непригодность к работе, требующей умственной и физической нагрузки;
- 5) асоциальность поведения.

**276. Показателем перехода токсикомании транквилизаторами в более тяжелое состояние является все перечисленное, исключая**

- 1) падение толерантности;
- 2) гипертензию с тахикардией;
- 3) смену стимулирующего действия транквилизатора тонизирующим;
- 4) стойкий дисфорический оттенок настроения;
- 5) присоединение к приему транквилизаторов снотворных.

**277. Для внешнего вида больного токсикоманией транквилизаторами характерно все перечисленное, кроме**

- 1) обложенного плотным грязно-коричневым налетом языка;
- 2) узких зрачков;
- 3) нечеткой походки, неточности тонких движений, размашистых движений;
- 4) глубоких, резко очерченных мимических смазок;
- 5) серо-зеленого цвета лица с сальным налетом пастозности.

**278. Для неврологического симптомокомплекса при хронической интоксикации транквилизаторами характерно все перечисленное, кроме**

- 1) снижения или отсутствия брюшных рефлексов;
- 2) горизонтального нистагма, практически полного отсутствия конвергенции;
- 3) пошатывания в позе Ромберга;
- 4) мелкоразмашистого «седативного» тремора пальцев вытянутых рук;
- 5) узких зрачков.

**279. При лечении больных токсикоманией бензодиазепинами целесообразно все перечисленное, кроме**

- 1) назначения в качестве поддерживающего лечения седативно действующих средств;

- 2) длительной терапии ноотропами для коррекции энцефалопатических расстройств;
- 3) назначения финлепсина для предупреждения судорожных припадков;
- 4) литического отнятия бензодиазепинов.

**280. К стимуляторам, не отнесенным к списку наркотических, но находящихся под международным контролем, относятся все перечисленные, кроме**

- 1) кофеина;
- 2) допингов;
- 3) ноотропила;
- 4) чифиря.

**281. Для клиники кофеинизма характерно все перечисленное, кроме того, что**

- 1) состояние острой интоксикации проявляется возбуждением;
- 2) развивается синдром последствий;
- 3) при развитии токсикомании абстинентный синдром выражен слабо;
- 4) для развития токсикомании решающее значение имеют личностные особенности индивидуума;
- 5) токсикомания развивается при хроническом употреблении малых доз кофе или препаратов, содержащих кофеин.

**282. Синдром отмены при токсикомании препаратами кофеина выражается**

- 1) аритмией, сопровождающейся тревогой и страхом;
- 2) судорожными подергиваниями икроножных мышц, дрожанием языка, губ, пальцев;
- 3) всем перечисленным;
- 4) бессонницей, кошмарными сновидениями;
- 5) головными болями, головокружением.

**283. Проявлением синдрома последствий при кофеинизме является**

- 1) и то, и другое;
- 2) снижение потенции;
- 3) застойность, торпидность мышления;
- 4) ни то, ни другое.

**284. При хроническом употреблении концентрированного отвара чая (чифир) или кофе (употребление кофейной гущи) состояние интоксикации характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) деперсонализационных и дереализационных расстройств;
- 2) интеллектуального возбуждения;
- 3) длительности до нескольких часов (4-5 ч);
- 4) нарушения сна;
- 5) психомоторного возбуждения.

**285. У чифиреманов постепенно формируются изменения личности, выражающиеся всем перечисленным, исключая**

- 1) недержание аффекта;
- 2) психопатизацию с заметными колебаниями настроения;
- 3) нарушения социальной адаптации;
- 4) сужение круга интересов;
- 5) хроническую эйфорическую установку.

**286. Абстинентный синдром в клинике чифиризма**

- 1) отсутствует;
- 2) верно (4) и (3);
- 3) достаточно выражен;
- 4) выражен слабо.

**287. При хроническом вдыхании паров эфира появляются все перечисленные нарушения, кроме**

- 1) снижения памяти, ограниченности суждений;
- 2) нарушений сна, страхов, подозрительности;
- 3) повышенной лабильности настроения с оттенком раздражительности, гневливости;
- 4) постоянного желания повторно испытать действие препарата;
- 5) судорожных припадков.

**288. При лечении антидепрессантами**

- 1) не верно ничего из перечисленного;
- 2) симптомов психического привыкания нет;
- 3) роста толерантности не наблюдается;
- 4) верно все перечисленное;
- 5) отмечается физическая зависимость в виде вегетативного симптомокомплекса.

**289. Клиника эйфорической фазы циклодолового опьянения проявляется всем перечисленным, исключая**

- 1) немотивированную веселость;
- 2) волны приятной истомы;
- 3) чувство тяжести в теле и особенно в дистальных отделах конечностей;

- 4) иллюзорные и галлюцинаторные обманы восприятия;
- 5) ускорение речи.

**290. При углублении состояния циклодолового опьянения возникает все перечисленное, кроме**

- 1) феномена «пропавшей сигареты»;
- 2) сухости слизистых, кожи, гиперемии кожных покровов;
- 3) миоза;
- 4) иллюзорно-галлюцинаторных обманов восприятия;
- 5) нарушения ориентировки в месте, времени.

**291. Сомато-неврологические нарушения в состоянии циклодолового опьянения проявляются всем перечисленным, кроме**

- 1) мидриаза, ослабления конвергенции;
- 2) нистагма в крайних отведениях глазных яблок;
- 3) тахикардии, колебаний артериального давления;
- 4) сухости слизистых, гиперемии кожных покровов;
- 5) оживления сухожильных рефлексов.

**292. Иллюзорные и галлюцинаторные обманы восприятия при острой интоксикации циклодолом характеризуются всем перечисленным, исключая**

- 1) вербальный галлюциноз;
- 2) способность больного искусственно вызывать сменяющие друг друга сценподобные картины и фантастические образы;
- 3) яркость, чувственный характер их;
- 4) отсутствие аффекта страха, недоумения;
- 5) четкое ограничение галлюцинаций от реальных переживаний.

**293. При систематическом приеме циклодола в токсических дозах развиваются следующие стойкие вегето-нефрологические нарушения**

- 1) мышечная скованность, произвольные движения и судороги отдельных мышечных групп;
- 2) порозовение щек на фоне бледного лица, алые губы;
- 3) все перечисленные;
- 4) выпрямленная спина, ходьба на прямых ногах;
- 5) ничего из перечисленного.

**294. Абстинентный синдром при токсикомании центральными холинолитиками проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) эмоциональной слабости, депрессивности, раздражительности;
- 2) повышения, а затем снижения мышечного тонуса;



- 3) зевоты;
- 4) брадикардии;
- 5) гипергидроза.

**295. Для токсикомании центральными холинолитиками характерны**

- 1) все перечисленные особенности;
- 2) отказ от их употребления после перенесенных острых отравлений;
- 3) ничего из перечисленного;
- 4) переход больных на прием веществ с более выраженным эйфорирующим эффектом;
- 5) сравнительно редкий переход во II стадию заболевания.

**296. Состояние острой интоксикации астматолом у подростков характеризуется**

- 1) галлюцинаторными переживаниями в виде множества мелких животных, насекомых, принимаемыми за реальность;
- 2) всем перечисленным;
- 3) дезориентировкой в месте, времени, затруднением ориентировки в собственной личности;
- 4) гиперемией лица, тахикардией, расширением зрачков;
- 5) полной амнезией на выходе из интоксикации.

**297. Выход из острой интоксикации астматолом проявляется**

- 1) ничем из перечисленного;
- 2) малоподвижностью, безучастностью к окружающему;
- 3) вялостью, адинамией;
- 4) всем перечисленным;
- 5) невозможностью даже малейшего умственного напряжения, быстрой утомляемостью.

**298. Среди подростков, применяющих средства бытовой и промышленной химии, преобладают**

- 1) примитивные личности;
- 2) все перечисленные;
- 3) лица с резидуальными признаками органического поражения ЦНС;
- 4) никто из перечисленных;
- 5) подростки с очень ограниченными интересами.

**299. Для механизма действия средств бытовой и промышленной химии наиболее характерно**

- 1) метаболизии в печени с поступлением продуктов распада в желчный пузырь;
- 2) ничего из перечисленного;
- 3) попадание через сеть легочных сосудов в кровь и по малому кругу кровообращения непосредственно в головной мозг;
- 4) накапливание в тканях и последующее поступление в кровь;
- 5) все перечисленное.

**300. Наиболее токсичными среди средств бытовой и промышленной химии, употребляемых для одурманивания являются все перечисленные, кроме**

- 1) лаков, красок;
- 2) пятновыводителей;
- 3) этилированного бензина;
- 4) толуола.

**301. Наиболее характерными способами употребления средств бытовой и промышленной химии являются все перечисленные, кроме**

- 1) верно все перечисленное;
- 2) аппликационного;
- 3) верно (2) и (5);
- 4) внутреннего;
- 5) ингаляционного.

**302. В динамике состояния острой интоксикации средствами бытовой и промышленной химии различают следующие фазы**

- 1) сомато-вегетативных расстройств;
- 2) галлюцинаторных и иллюзорных нарушений;
- 3) нарушения сознания;
- 4) преобладания эйфорического компонента;
- 5) все перечисленные.

**303. На начальном этапе (фаза сомато-вегетативных расстройств) вдыхания средств бытовой и промышленной химии наблюдаются все перечисленные расстройства, кроме**

- 1) брадикардии;
- 2) шаткой походки, нарушения координации;
- 3) ощущения резкого прилива крови к голове;
- 4) вялости, слабости;
- 5) головной боли, головокружения.

**304. Фаза нарушенного сознания при вдыхании средств бытовой и промышленной химии проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) замедления сообразительности;
- 2) растерянности;
- 3) нарушения аппетита;
- 4) восприятия окружающего «за какой-то завесой»;
- 5) дезориентировки в месте, времени, пространстве.

**305. Фаза галлюцинаторных и иллюзорных нарушений при вдыхании средств бытовой и промышленной химии проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) онейроидноподобных нарушений;
- 2) делириозных расстройств;
- 3) острого образного бреда;
- 4) вербального галлюциноза.

**306. Для делириозных расстройств в структуре острой интоксикации средствами бытовой и промышленной химии характерно все перечисленное, кроме**

- 1) изменчивости и подвижности галлюцинаторных образов;
- 2) сценopodobности, красочности, обилия расстройств восприятия;
- 3) содержания галлюцинаций, не влияющих на поведение больных;
- 4) последовательно сменяющих друг друга картин с определенным сюжетом;
- 5) аффективной насыщенности.

**307. В состоянии острой интоксикации средствами бытовой и промышленной химии у больного выявляются все следующие симптомы, исключая**

- 1) расширенные зрачки, инъецированные склеры;
- 2) боли в животе;
- 3) учащенный пульс и дыхание;
- 4) гиперемированное лицо;
- 5) резкий химический запах от одежды, волос, кожи.

**308. К остаточным явлениям после приема средств бытовой и промышленной химии относится все перечисленное, кроме**

- 1) болей в животе, затрудненного мочеиспускания;
- 2) горького химического привкуса во рту, тошноты, жажды;
- 3) головокружения;
- 4) поноса;
- 5) вялости, слабости, сонливости.

**309. Могут помочь в выявлении подростков, употребляющих средства бытовой и промышленной химии, все следующие признаки, кроме**

- 1) раздражительности, эпизодов неадекватного поведения, «странного вида»;
- 2) болезненной бледности;
- 3) резкого повышения аппетита, чувства голода;
- 4) быстрой утомляемости, снижения успеваемости;
- 5) вялости, сонливости, утраты побуждений.

**310. Для эпизодического употребления подростками средств бытовой и промышленной химии характерно все перечисленное, исключая**

- 1) относительно небольшую глубину одурманивания;
- 2) ничего из перечисленного;
- 3) коллективный характер употребления одурманивающих средств;
- 4) все перечисленное;
- 5) прекращение вдыхания с началом эйфории или при возникновении вегетативных расстройств.

**311. Для синдрома психической зависимости при токсикомании средствами бытовой и промышленной химии характерно все перечисленное, кроме**

- 1) возможности отказа от предложения «понюхать»;
- 2) развития на протяжении первого месяца вдыхания;
- 3) усиления влечения при разговорах об употреблении, при запахе и виде средств бытовой и промышленной химии;
- 4) желаний повторить приятные ощущения;
- 5) быстрого сужения круга вдыхающих до нескольких постоянных участников, а затем индивидуального потребления.

**312. К сомато-вегетативным проявлениям абстинентного синдрома при токсикомании средствами бытовой и промышленной химии относится все перечисленное, кроме**

- 1) груборазмашистого тремора пальцев рук, дрожания век;
- 2) сухости кожи и слизистых;
- 3) сердечной аритмии;
- 4) учащения пульса, колебания артериального давления.

**313. Клиника абстинентного синдрома при токсикомании средствами бытовой и промышленной химии проявляется всем перечисленным, исключая**

- 1) беспокойство, тревогу;
- 2) раздражительность, злобность;

- 3) брадикардию;
- 4) гипергидроз, тремор;
- 5) депрессию, тоску.

**314. При хроническом регулярном употреблении средств бытовой и промышленной химии у подростков развивается все перечисленное, кроме**

- 1) аффективной лабильности;
- 2) хронических бредовых психозов;
- 3) злобности, жестокости, агрессивности;
- 4) интеллектуально-мнестических нарушений;
- 5) затяжных дисфорий.

**315. Подростки-токсикоманы, употребляющие средства бытовой и промышленной химии, лишаются возможности обучения в массовых учебных заведениях, выполнения несложных трудовых процессов вследствие**

- 1) ничего из перечисленного;
- 2) повышенной психической утомляемости;
- 3) всего перечисленного;
- 4) утраты способности использовать прежние знания и навыки;
- 5) затруднений мышления, запоминания.

**316. Злокачественность токсикомании средствами бытовой и промышленной химии проявляется всем перечисленным, кроме**

- 1) высокой прогредиентности;
- 2) перехода на другие виды одурманивания;
- 3) тяжелых соматических нарушений;
- 4) тяжести психической и социальной инвалидизации;
- 5) опасного для жизни абстинентного синдрома.

**317. Последствиями ингаляционного употребления средств бытовой и промышленной химии являются все перечисленные, кроме**

- 1) некроза печени, почек, миокардиодистрофии;
- 2) задержки психического и физического развития;
- 3) токсической энцефалопатии;
- 4) стойкой мышечной гипертензии;
- 5) грубого психопатоподобного поведения.

**318. Внешний вид злоупотребляющих средствами бытовой и промышленной химии выражается**

- 1) каймой раздражения слизистой и кожи вокруг ноздрей, в уголках рта;

- 2) «разлаженностью» моторики;
- 3) ничем из перечисленного;
- 4) бледностью лица с характерной синевой под глазами;
- 5) всем перечисленным.

**319. При обследовании у подростка-токсикомана, злоупотребляющего средствами бытовой и промышленной химии, обнаруживается все перечисленное, исключая**

- 1) тремор пальцев рук, век;
- 2) паркинсоноподобные расстройства;
- 3) нистагм;
- 4) анемию, резкое ускорение СОЭ;
- 5) заторможенность.

**320. Госпитализация подростков, эпизодически или систематически употребляющих средства бытовой и промышленной химии**

- 1) обязательна;
- 2) верно (4) и (3);
- 3) возможно лечение на дому;
- 4) не обязательна.

**321. При передозировке подростками средств бытовой и промышленной химии экстренную помощь необходимо начать оказывать**

- 1) верно (3) и (2);
- 2) в наркологических стационарах;
- 3) в специализированных стационарах;
- 4) непосредственно в машине скорой помощи.

**322. К числу неотложных мероприятий, оказываемых подростку в машине скорой помощи при передозировке средств бытовой и промышленной химии, относятся все перечисленные, кроме**

- 1) аналептических средств;
- 2) кардиотонических средств;
- 3) формированного диуреза;
- 4) гипервентиляции легких с подачей кислорода.

**323. Для лечения свинцовой энцефалопатии, развивающейся у подростков вследствие вдыхания паров этилированного бензина, применяют**

- 1) комплексоны;
- 2) диатермию на область печени;
- 3) правильно (2) и (1);
- 4) кортикостероидные препараты;
- 5) все перечисленное.

**324. При лечении свинцовой энцефалопатии комплексами экскреция свинца с мочой**

- 1) возрастает;
- 2) правильного ответа нет;
- 3) не изменяется;
- 4) уменьшается.

**325. Под профилактикой токсикоманий подразумевают**

- 1) оздоровление микросоциальной среды;
- 2) ничего из перечисленного;
- 3) оздоровление общества общегосударственными мероприятиями;
- 4) корректное назначение медикаментов, способных вызвать зависимость;
- 5) все перечисленное.

**326. Основными принципами профилактики токсикомании у подростков являются все перечисленные, кроме того, что**

- 1) ничего из перечисленного;
- 2) лидер группы – основной объект воспитательных мероприятий и контроля;
- 3) профилактика должна быть не только индивидуальной, но и групповой;
- 4) верно все перечисленное;
- 5) следует удерживаться от намерений разрушать подростковые группы, поскольку группа для подростка – ценная социальная реальность.

**327. Активное участие психиатра и нарколога в воспитательном воздействии на подростковую группу складывается из всего перечисленного, кроме**

- 1) психопатологической оценки членов социально-нежелательных групп и при необходимости их лечения;
- 2) психопатологической оценки личности лидера, его антисоциальности;
- 3) содействия организации здорового досуга подростков;
- 4) определения тактики воспитательного воздействия на членов неблагополучной группы;
- 5) факта постановки психиатрического диагноза.

**328. Актуализация патологического влечения к курению табака проявляется**

- 1) постоянным присутствием в сознании мысленного желания курения табака;

2) всем перечисленным;

3) вегетативно-сосудистыми расстройствами;

4) появлением вкусовых и обонятельных расстройств.

**329. Симптомами лишения курения табака являются все перечисленные, кроме**

- 1) раздражительности, внутренней напряженности;
- 2) выраженной сухости слизистых;
- 3) снижения работоспособности, нарушения сна;
- 4) подъема или падения артериального давления;
- 5) головной боли, головокружения.

**330. Для разновидности курения табака, протекающей в форме привычки, характерно все перечисленное, кроме**

- 1) нарастания толерантности;
- 2) поддержания привычки микросоциальной средой с традициями курения табака;
- 3) отсутствия признаков, свидетельствующих о сформировавшемся влечении к курению табака;
- 4) самостоятельного прекращения курения.

**331. При лечении табачной зависимости используют все перечисленное, исключая**

- 1) психотерапию;
- 2) рефлексотерапию;
- 3) никотинзаместительную терапию;
- 4) терапию нейрорепетитивными препаратами;
- 5) аверсионную терапию.

**332. К недостаткам никотинзаместительной терапии относится все перечисленное, кроме**

- 1) возможного побочного действия фармакотерапии;
- 2) невозможности применения данного метода при наличии соматических заболеваний;
- 3) большой длительности курса лечения (до 30 дней);
- 4) поражения печени как результата осложнения данного метода.

**333. К противопоказаниям для применения никотинзаместительной терапии относится все перечисленное, исключая**

- 1) хронический гепатит;
- 2) гипертоническую болезнь II-III степени;
- 3) атеросклероз;



- 4) кровотечение;
- 5) язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения.

**334. Для больных алкоголизмом, злоупотребляющих транквилизаторами, наиболее характерно**

- 1) грубая диссимуляция;
- 2) ничего из перечисленного;
- 3) все перечисленное;
- 4) заявление, что принимают их не более 1 таблетки, «чтобы успокоиться»;
- 5) утверждение, что принимают транквилизаторы только по назначению врача

**335. По выходе из состояния опьянения транквилизаторами у больных алкоголизмом наблюдается все перечисленное, исключая**

- 1) утрату аппетита;
- 2) дискомфорт, внутреннюю напряженность;
- 3) грубый тремор рук, всего тела;
- 4) акатизию;
- 5) сонливость.



## ТЕМА 7

# Профилактика наркологических заболеваний

**1. Наиболее адекватным определению понятия «Профилактика» отвечает**

- 1) все перечисленное;
- 2) система медицинских мер, направленных на предупреждение заболеваний, охрану здоровья населения;
- 3) комплексная система санитарно-гигиенических, медицинских и государственных мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний и всемерное укрепление здоровья населения;
- 4) комплексная система государственных, социально-экономических, медико-санитарных, психолого-педагогических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, на всемерное улучшение здоровья населения.

**2. Первичная профилактика наркологических заболеваний – это**

- 1) система мер, направленных на раннюю диагностику болезней, выявление групп высокого риска, применение лечебных и корригирующих мероприятий;
- 2) система мер, направленных на выявление и лечение больных, сдерживание темпа прогрессивности, предупреждение рецидивов;
- 3) система мер воздействия на причину, условия развития болезней или на повышение устойчивости организма человека к неблагоприятным факторам.

**3. Вторичная профилактика наркологических заболеваний – это**

- 1) система мер, направленных на выявление и лечение больных, сдерживание темпа прогрессивности, предупреждение рецидивов;
- 2) система мер воздействия на причину, условия развития болезней или на повышение устойчивости организма человека к неблагоприятным факторам;

- 3) система мер, направленных на раннюю диагностику болезней, выявление групп риска, применение лечебных и корригирующих мероприятий.

#### **4. Третичная профилактика наркологических заболеваний – это**

- 1) система мер воздействия на причину, условия развития болезней или на повышение устойчивости организма человека к неблагоприятным факторам;
- 2) система мер, направленных на раннюю диагностику болезней, выявление групп риска, применение лечебных и корригирующих мероприятий;
- 3) система мер, направленных на выявление и лечение больных, сдерживание темпа прогрессивности, предупреждение рецидивов.

#### **5. Объектом профилактики в наркологии являются**

- 1) все перечисленные;
- 2) больные люди;
- 3) эпизодически употребляющие алкоголь;
- 4) бытовые пьяницы, «экспериментаторы».

#### **6. Предметом профилактики в наркологии являются наркологические заболевания, которые можно определить как**

- 1) заболевания, связанные с приемом алкоголя, наркотических и токсикоманических средств;
- 2) заболевания, общим признаком которых является развитие зависимости от веществ, оказывающих особое влияние на психику человека, его нервную систему, соматическое состояние и здоровье в целом;
- 3) заболевания, связанные с приемом алкоголя, наркотических и других одурманивающих средств.

#### **7. «Фактором риска» возможного потребления наркотических и токсикоманических средств является**

- 1) все перечисленное;
- 2) отягощенная наследственность в плане алкоголизации, наркотизации, а также психических заболеваний;
- 3) воспитание в социально-неблагополучных семьях или социально-неблагоприятном окружении;
- 4) выраженные изменения в характере, поведении, реакции, обусловленные различными причинами как эндогенного, так и экзогенного происхождения.

#### **8. Способствуют повышению «риска» возможного развития наркомании и токсикомании**

- 1) низкая устойчивость к психическим «перегрузкам», стрессам;
- 2) все перечисленные качества;
- 3) самоуверенность, повышенная самооценка, эгоцентризм, игнорирование общепринятых норм;
- 4) тревожность, неуверенность в себе, пониженная самооценка, внушаемость, конформизм;
- 5) импульсивность, стремление к удовольствиям, к поиску новых, в том числе необычных ощущений.

#### **9. В группу злоупотребляющих наркотическими средствами включаются все перечисленные лица, кроме**

- 1) употребляющих наркотические средства с нерезко выраженной зависимостью;
- 2) систематически употребляющих наркотические средства без признаков болезни;
- 3) эпизодически употребляющих наркотические средства.

#### **10. В целях профилактики наркологических заболеваний среди вузовской, учащейся молодежи врачи наркологических диспансеров обязаны делать все перечисленное, кроме**

- 1) проводить регулярные осмотры указанных контингентов лиц по месту учебы на предмет выявления признаков потребления алкоголя, наркотических и токсикоманических средств;
- 2) дать необходимый минимум знаний профессорско-преподавательскому составу, лицам, ответственным за воспитательную работу, медработникам ВУЗов, техникумов, школ, ПТУ о признаках (прямых и косвенных) употребления веществ наркотического действия;
- 3) осуществлять постоянный контакт с администрацией, педагогами, ответственными за воспитание студентов и учащихся на предмет выявления лиц с «неправильным», необычным поведением, подозрительным на употребление токсикоманических, наркотических средств или алкоголя.

#### **11. О низком качестве профилактической работы говорит**

- 1) высокий уровень реализации спиртных напитков;
- 2) значительный процент больных со II стадией заболевания с впервые установленным диагнозом;
- 3) все перечисленное;
- 4) малое число прочитанных лекций, бесед.

**12. В задачу врачей общего профиля по профилактике наркологических заболеваний входит все перечисленное, кроме**

- 1) выявления наркоманов, токсикоманов;
- 2) информации о выявленных лицах НД;
- 3) раннего выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем, наркотическими и токсикоманическими средствами;
- 4) проведения специального лечения выявленных больных.

**13. Существенное значение в возникновении наркологических заболеваний имеют**

- 1) все перечисленное;
- 2) традиции данного региона, группы людей;
- 3) нездоровые отношения в семье;
- 4) плохо организованный досуг, быт.

**14. Психогигиена – это**

- 1) система мероприятий, направленных на оздоровление организма;
- 2) все перечисленное;
- 3) система мер, направленных на оздоровление окружающей человека обстановки.

**15. В задачи психогигиены подросткового возраста входит**

- 1) оказание помощи в выборе профессии;
- 2) формирование социально направленных интересов и увлечений;
- 3) все перечисленное;
- 4) формирование трезвенческих установок.

**16. При проведении психогигиенической работы необходимо учитывать**

- 1) все перечисленное;
- 2) половые различия людей;
- 3) производственный фактор;
- 4) возрастной аспект;
- 5) фактор семьи.

**17. Основу психогигиенической работы в подростковом возрасте составляет**

- 1) все перечисленное;
- 2) психогигиена семейного воспитания;
- 3) психогигиена полового воспитания;
- 4) психогигиена учебного процесса.

**18. Неправильные формы воспитания в семье проявляются следующими типами отношений**

- 1) всеми перечисленными;
- 2) доминирующей гиперпротекцией;
- 3) эмоциональным отвержением;
- 4) гипопротекцией;
- 5) потворствующей гиперпротекцией.

**19. Форма воспитания по типу гипопротекции включает все перечисленное, кроме**

- 1) отсутствия интереса к жизни ребенка;
- 2) формального выполнения родительских обязанностей;
- 3) недостатка внимания, заботы, участия;
- 4) строгого наказания, мелочной опеки.

**20. Форма воспитания по типу доминирующей гиперпротекции представляет собой**

- 1) все перечисленное;
- 2) жесткий контроль, опеку;
- 3) навязывание готовых решений;
- 4) ничего из перечисленного;
- 5) преобладание запретительного подхода.

**21. Потворствующая гиперпротекция – это**

- 1) чрезмерная опека;
- 2) стремление обеспечить бесконфликтную жизнь ребенку;
- 3) переоценка достоинств ребенка;
- 4) все перечисленное.

**22. Профилактика наркологических заболеваний у больных невротизмом должна**

- 1) быть по возможности индивидуальной;
- 2) учитывать наличие и особенности невротического заболевания;
- 3) включать в себя все перечисленное;
- 4) сочетаться с лечением невроза.

**23. Профилактика наркологических заболеваний у больных шизофренией предполагает все перечисленное, кроме**

- 1) индивидуального подхода;
- 2) проведения мероприятий принудительного характера;
- 3) лечения основного заболевания.

**24. Профилактика наркологических заболеваний у больных циклотимией предполагает**

- 1) все перечисленное;
- 2) проведение превентивного тимостабилизирующего лечения с учетом доз;
- 3) индивидуальный подход;
- 4) лечение основного заболевания.

**25. Профилактика наркологических заболеваний у больных эпилепсией предполагает**

- 1) лечение основного заболевания;
- 2) использование рациональной психотерапии;
- 3) индивидуальный, дифференцированный подход с учетом особенностей и стадии основного заболевания;
- 4) все перечисленное.

**26. Профилактика наркологических заболеваний у больных с органическими заболеваниями мозга предполагает**

- 1) рациональную психотерапию;
- 2) лечение основного заболевания;
- 3) все перечисленное;
- 4) работу с родственниками.

**27. Наиболее адекватным принципом антиалкогольной пропаганды является**

- 1) пропаганда трезвого образа жизни;
- 2) все перечисленное;
- 3) пропаганда потребления легких вин;
- 4) пропаганда культурного потребления алкоголя.

**28. Единственным условием членства общества анонимных алкоголиков является**

- 1) желание бросить пить;
- 2) обязанность регулярно посещать собрания анонимных алкоголиков и платить членские взносы;
- 3) принадлежность к определенной сословной группе;
- 4) страдать алкогольной болезнью.

## ТЕМА 8

### Лечение алкоголизма

**1. Основным и наиболее эффективным методом, используемым в преодолении анозогнозии у больных алкоголизмом, является**

- 1) симптоматическая терапия;
- 2) психотерапия;
- 3) лекарственная специфическая терапия;
- 4) неспецифическая лекарственная терапия.

**2. Соматическое состояние больных алкоголизмом чаще представлено**

- 1) панкреатитами, гастритами;
- 2) жировой дистрофией печени, гепатитами, циррозами;
- 3) кардиомиопатиями;
- 4) всем перечисленным.

**3. Из всех соматических осложнений при алкоголизме наиболее специфическими являются**

- 1) кардиомиопатия;
- 2) жировая дистрофия печени;
- 3) панкреатиты;
- 4) сосудистая гипертензия.

**4. Из всех неврологических нарушений при алкоголизме наиболее специфическими являются**

- 1) гипоталамический синдром с вегетативно-сосудистыми пароксизмами;
- 2) мононевриты;
- 3) полиневропатия;
- 4) синдром рассеянного энцефаломиелита.

**5. Непрерывность и длительность антиалкогольной терапии обеспечивается**

- 1) всем перечисленным;
- 2) тесной связью врача с родственниками больного и его окружением;



- 3) постоянным контактом больного с врачом;
- 4) индивидуальным подбором необходимых лекарственных средств, психотерапевтических методик и иных методов лечения.

**6. Общая схема лечения больных алкоголизмом включает в себя этапы**

- 1) специфического антиалкогольного лечения;
- 2) прерывания запоя и купирования абстинентного синдрома;
- 3) поддерживающего амбулаторного лечения;
- 4) все перечисленные.

**7. Этапность проведения лечебно-реабилитационных мероприятий зависит**

- 1) от тяжести и длительности заболевания;
- 2) от микросоциального окружения;
- 3) от всего перечисленного;
- 4) от установок больного.

**8. Первый этап терапии больных алкоголизмом – это**

- 1) установление психотерапевтического контакта с больным и его родственниками;
- 2) все перечисленное;
- 3) прерывание запоев и проведение дезинтоксикации;
- 4) клиническое обследование больного;
- 5) купирование абстинентных расстройств.

**9. Второй этап терапии больных алкоголизма – это**

- 1) все перечисленное;
- 2) коррекция соматических, неврологических и психопатологических расстройств;
- 3) подавление патологического влечения к алкоголю;
- 4) преодоление анозогнозии к болезни;
- 5) выработка позитивных установок на длительное воздержание от алкоголя.

**10. Третий этап терапии больных алкоголизмом – это**

- 1) поддерживающее медикаментозное и психотерапевтическое лечение;
- 2) восстановительная терапия;
- 3) оздоровление микросоциального окружения;
- 4) трудовая реабилитация и трудовая адаптация;
- 5) все перечисленное.

**11. К основным принципам антиалкогольной терапии относятся**

- 1) непрерывность и длительность;
- 2) комплексность;
- 3) этапность и преемственность;
- 4) все перечисленное;
- 5) максимальная индивидуализация и дифференцированность.

**12. Главные принципы антиалкогольного лечения включают в себя**

- 1) выработку установки на полное воздержание от алкоголя;
- 2) все перечисленное;
- 3) правильный выбор формы лечения (амбулаторного или стационарного);
- 4) терапию на ранних этапах болезни.

**13. Выбор адекватных методов лечения больных алкоголизмом определяется**

- 1) типом течения заболевания;
- 2) всем перечисленным;
- 3) вариантом первичного патологического влечения к алкоголю;
- 4) наличием соматических – неврологических расстройств;
- 5) наличием психопатологических расстройств.

**14. При купировании алкогольного абстинентного синдрома используются все перечисленные средства, кроме**

- 1) метаболитных средств;
- 2) полиионных растворов;
- 3) витаминов;
- 4) антибиотиков;
- 5) ноотропов.

**15. Психотропные средства при алкоголизме применяют для купирования**

- 1) психопатоподобных и неврозоподобных расстройств;
- 2) аффективных нарушений;
- 3) патологического влечения к алкоголю;
- 4) всего перечисленного.

**16. Показаниями для назначения ноотропов у больных алкоголизмом являются**

- 1) наличие выраженных астенических расстройств;
- 2) психоорганический синдром;
- 3) все перечисленные;
- 4) нарушения памяти и интеллекта;
- 5) острая алкогольная интоксикация.

**17. К общеукрепляющим и тонизирующим средствам, используемым в наркологической практике, относятся**

- 1) растворы 40% глюкозы;
- 2) все перечисленные;
- 3) ноотропы;
- 4) витамины;
- 5) препараты родиолы розовой и жень-шеня.

**18. К дезинтоксикационным средствам, применяемым в наркологической практике, относятся**

- 1) все перечисленные;
- 2) гипертонические растворы;
- 3) тиоловые препараты;
- 4) плазмозаменяющие растворы;
- 5) полиионные растворы.

**19. К тиоловым препаратам, используемым в наркологической практике, относятся все перечисленные, кроме**

- 1) натрия тиосульфата 30%;
- 2) сульфозина 1%;
- 3) гемодеза 6%;
- 4) унитиола 5%.

**20. К неспецифической терапии, применяемой в наркологической практике, относятся все перечисленные, кроме**

- 1) сенсibiliзирующей терапии;
- 2) физиотерапии;
- 3) аутогемотерапии;
- 4) инсулинотерапии;
- 5) оксигенотерапии.

**21. Показаниями к проведению условно-рефлекторной терапии больным алкоголизмом являются**

- 1) все перечисленные;
- 2) установка больного именно на данный вид лечения;
- 3) внушаемость больного;
- 4) отсутствие эффекта от других методов специфического противоалкогольного лечения;
- 5) наличие рвотного рефлекса.

**22. Критериями отбора больных для проведения условно-рефлекторного лечения являются**

- 1) индивидуальная переносимость препарата;

2) все перечисленные;

- 3) отсутствие органических заболеваний мозга;
- 4) отсутствие острых и инфекционных заболеваний.

**23. Поддерживающая терапия больных алкоголизмом включает в себя**

- 1) проведение реабилитационных мероприятий (семейных, трудовых);
- 2) длительную индивидуальную психотерапию;
- 3) восстановление реактивности организма;
- 4) терапию соматических и неврологических нарушений;
- 5) все перечисленное.

**24. Принципы поддерживающей терапии больных алкоголизмом – это**

- 1) индивидуальность;
- 2) превентивность;
- 3) регулярность;
- 4) все перечисленное;
- 5) дифференцированность.

**25. При терапии алкогольных делириев с особой осторожностью следует назначать**

- 1) витамины;
- 2) транквилизаторы;
- 3) ионные растворы;
- 4) нейролептики;
- 5) кровезаменители.

**26. Лечение артериальной гипотонии, обусловленной обезвоживанием, проводится**

- 1) изотоническими растворами;
- 2) аналептиками;
- 3) вазопрессорами;
- 4) кардиотониками.

**27. При развитии отека легких у больных с алкогольными делириями назначают все перечисленное, кроме**

- 1) глюкокортикостероидных гормонов;
- 2) вазопрессоров;
- 3) антигистаминных препаратов;
- 4) «пенгасителей»;
- 5) кардиотоников.

**28. Лечение артериальной гипотонии, обусловленной острой сосудистой недостаточностью, проводится**

- 1) изотоническими растворами;
- 2) кардиотониками;
- 3) вазопрессорами;
- 4) аналептиками.

**29. При лечении острых алкогольных энцефалопатий назначают все перечисленное, кроме**

- 1) витаминов;
- 2) ноотропов;
- 3) симптоматических средств;
- 4) нейролептиков;
- 5) ионных растворов, кровезаменителей.

**30. При лечении алкоголизма, сочетающегося с шизофренией, обязательным является назначение**

- 1) сенсibiliзирующих средств;
- 2) ноотропов;
- 3) общеукрепляющих средств и витаминов;
- 4) психотропных средств.

**31. Терапия алкоголизма у лиц, перенесших черепно-мозговую травму, включает в себя**

- 1) все перечисленное;
- 2) дегидратационные средства;
- 3) физио- и иглорефлексотерапию;
- 4) психотерапию;
- 5) общеукрепляющее лечение.

**32. При лечении алкоголизма, сочетающегося с эпилепсией, назначаются**

- 1) психотропные средства;
- 2) дегидратационные средства;
- 3) психотерапия;
- 4) противосудорожные препараты;
- 5) все перечисленное.

**33. При лечении алкоголизма у женщин используются**

- 1) антидепрессанты и антиконвульсанты;
- 2) нитрофурановые препараты с сенсibiliзирующим эффектом;
- 3) рациональная индивидуальная психотерапия;
- 4) все перечисленное;
- 5) общеукрепляющие средства и витамины.

**34. Основными причинами рецидивов у женщин являются**

- 1) неблагоприятное микросоциальное окружение;
- 2) актуализация влечения к алкоголю;
- 3) все перечисленное;
- 4) анозогнозия и отсутствие установок на лечение;
- 5) аффективные расстройства.

**35. Терапия алкоголизма в пожилом возрасте включает в себя**

- 1) общеукрепляющее лечение;
- 2) психотерапию;
- 3) все перечисленное;
- 4) симптоматическую терапию.

**36. При лечении алкоголизма у лиц пожилого возраста используются**

- 1) все перечисленное;
- 2) ноотропы;
- 3) психотерапия;
- 4) симптоматические средства;
- 5) витамины.

**37. При лечении алкоголизма у лиц с заболеваниями печени используется все перечисленное, кроме**

- 1) психотерапии;
- 2) ноотропов;
- 3) сенсibiliзирующих препаратов;
- 4) витаминов и общеукрепляющих средств;
- 5) гепатотропов.

**38. При лечении алкоголизма у лиц с язвенной болезнью желудка используется все перечисленное, кроме**

- 1) психотерапии;
- 2) общеукрепляющих средств и витаминов;
- 3) транквилизаторов;
- 4) условно-рефлекторной терапии;
- 5) метронидазола.

**39. При лечении алкоголизма у лиц с активными формами туберкулеза легких используется все перечисленное, кроме**

- 1) общеукрепляющей и витаминотерапии;
- 2) препаратов нитрофурановой группы;
- 3) специфического противотуберкулезного лечения;
- 4) условно-рефлекторной терапии;
- 5) психотерапии.

**40. При лечении половых расстройств у больных алкоголизмом с особой осторожностью следует применять**

- 1) психотерапию;
- 2) общеукрепляющие средства и витамины;
- 3) андрогенные гормоны;
- 4) иглорефлексотерапию;
- 5) физиотерапию.



## ТЕМА 9

# Психотерапия и другие немедикаментозные методы лечения в наркологии

**1. Первичную психопрофилактику определяют все следующие мероприятия, кроме**

- 1) устранения неблагоприятного воздействия внешней среды на психическое здоровье;
- 2) мер по социальной адаптации больных нервно-психическими заболеваниями;
- 3) системы законодательных мер, предусматривающих охрану психического здоровья населения;
- 4) диспансеризации здорового населения.

**2. Вторичная психопрофилактика – это все перечисленное, кроме**

- 1) терапевтических мероприятий, способствующих более благо-приятному течению психической болезни;
- 2) активного лечения выявленных больных;
- 3) максимального выявления начальных симптомов нервно-психических заболеваний;
- 4) предупреждения рецидивов нервно-психических заболеваний.

**3. Третичная психопрофилактика – это все перечисленное, кроме**

- 1) предотвращения возникновения психического заболевания;
- 2) мероприятий по предупреждению трудовой дезадаптации больного;
- 3) профилактики инвалидизации больного с нервно-психическими расстройствами;
- 4) предупреждения обострения и рецидива болезни.

**4. Возрастная психогигиена включает в себя все перечисленные понятия, исключая**

- 1) рекомендации системы социально-психологических мероприятий по укреплению психического здоровья школьников;



- 2) систему мероприятий по первичной профилактике психических заболеваний;
- 3) разработку социальных мер оздоровления условий жизни пенсионном возрасте;
- 4) изучение аномалий формирования личности.

**5. Психогигиена труда и быта представляет собой науку, выполняющую все следующие задачи, исключая**

- 1) третичную профилактику пограничных нервно-психических заболеваний;
- 2) санитарно-просветительную работу по месту жительства;
- 3) оптимизацию интерперсональных отношений в системе «руководитель – подчиненный» в трудовом коллективе;
- 4) разработку мер по улучшению интерперсональных отношений в семейной среде;
- 5) проведение профилактических мероприятий по «психологической разгрузке» на предприятиях.

**6. Психогигиена семьи и сексуальной жизни включает в себя все указанные понятия, кроме**

- 1) профилактики разводов;
- 2) планирования семьи;
- 3) оказания медицинской помощи пациентам с сексуальными расстройствами;
- 4) полового воспитания;
- 5) санитарного просвещения в области сексуальных отношений.

**7. Психогигиена трудового коллектива направлена на все перечисленное, кроме**

- 1) оптимизации физических свойств производственной среды;
- 2) подбора психологически совместимых лиц в функциональные группы, участвующие в производстве;
- 3) оздоровления психологического климата в коллективе;
- 4) обеспечения равномерного ритма трудовых процессов.

**8. Система учреждений здравоохранения, осуществляющих психотерапевтическую помощь, – это все перечисленное, кроме**

- 1) психиатрической больницы;
- 2) территориальной поликлиники, обслуживающей менее 30 000 населения;
- 3) территориальной поликлиники, обслуживающей более 30 000 населения;
- 4) психоневрологического диспансера;

- 5) наркологического диспансера.

**9. В психотерапевтическом кабинете наркологического диспансера проводятся все следующие лечебно-профилактические мероприятия, кроме**

- 1) семейной психотерапии;
- 2) групповой психотерапии;
- 3) гипносуггестивной психотерапии;
- 4) аутогенной тренировки и ситуационно-психологического тренинга;
- 5) диспансерного наблюдения больных алкоголизмом.

**10. Основными задачами психотерапевтического кабинета общесоматической поликлиники являются все перечисленные, кроме**

- 1) консультативно-диагностического отбора больных для лечения в кабинете;
- 2) проведения медико-психологического консультирования, психологической диагностики и коррекции;
- 3) оказания помощи лицам, желающим прекратить табакокурение;
- 4) лечения больных наркоманиями;
- 5) оказания медицинской помощи психотерапевтическими методами, при необходимости – в комбинации с медикаментозными и физическими методами лечения.

**11. Стационарная психотерапевтическая помощь показана всем следующим контингентам больных, кроме**

- 1) больных с невротическими реакциями;
- 2) лиц, для которых повседневное социальное окружение является источником декомпенсации;
- 3) больных с невротическими расстройствами на фоне органической патологии ЦНС;
- 4) страдающих тяжелыми хроническими формами неврозов.

**12. Организации психотерапевтической помощи в настоящее время свойственны все следующие тенденции, кроме**

- 1) доминирования амбулаторной психотерапевтической помощи;
- 2) внедрения общесоматически лечебно-профилактические учреждения;
- 3) приближения к обслуживаемому населению;
- 4) как в территориальном, так и в социально-психологическом отношении;

5) доминирования стационарной психотерапевтической помощи.

**13. Понятие «общая психотерапия» – это все перечисленное, кроме**

- 1) предупреждения психогений;
- 2) создания охранительно-восстановительного режима;
- 3) устранения ятрогенных факторов;
- 4) наркопсихотерапии.

**14. К основным видам частной психотерапии относятся**

- 1) рациональная психотерапия;
- 2) аутогенная тренировка;
- 3) наркопсихотерапия;
- 4) все перечисленное;
- 5) гипносуггестивная психотерапия.

**15. История психотерапии за рубежом связана с именами всех перечисленных ученых, кроме**

- 1) Адлера;
- 2) Маслоу;
- 3) Консторума;
- 4) Месмера.

**16. А.А.Ухтомским изучались все перечисленные нервные процессы, кроме**

- 1) переноса;
- 2) торможения;
- 3) возбуждения;
- 4) лабильности.

**17. Выделяют следующие классы проявления бессознательного, кроме**

- 1) перцептивных действий;
- 2) неосознаваемых побудителей деятельности;
- 3) подсознательных явлений;
- 4) неосознаваемых регуляторов способов действий;
- 5) проявлений субсенсорного восприятия.

**18. Различают следующие формы эмоционального стресса**

- 1) тормозную;
- 2) импульсивную;
- 3) генерализованную;
- 4) все перечисленные;
- 5) ни одну из перечисленных.

**19. Различают все следующие виды стрессоров, кроме**

- 1) физиологических;
- 2) психологических;
- 3) верно (1) и (2) ;
- 4) анатомических.

**20. Понятие пропорции темперамента связано с именем**

- 1) В.М. Бехтерева;
- 2) Т.И. Юдина;
- 3) К. Шнейдера;
- 4) Э. Кречмера;
- 5) О.В. Кербилова.

**21. Внушение в бодрствующем состоянии показано при всех перечисленных расстройствах, кроме**

- 1) декомпенсации психастении;
- 2) навязчивых страхов;
- 3) небредовой ипохондрии;
- 4) невротического нарушения после перенесенного инфаркта миокарда.

**22. К способам определения внушаемости относятся все перечисленные, кроме**

- 1) внушения произвольного смыкания рта;
- 2) метода «падения назад и вперед»;
- 3) метода реципрокного торможения;
- 4) метода «магнита».

**23. При погружении в гипнотическое состояние применяется воздействие на все перечисленные анализаторы, кроме**

- 1) обонятельного;
- 2) зрительного;
- 3) слухового;
- 4) кожного.

**24. Возникновение гипнотического состояния характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) урежения ритма дыхания;
- 2) учащения пульса;
- 3) снижения кровяного давления.

**25. К осложнениям гипнотерапии относятся все перечисленные, кроме**

- 1) гипномании;

- 2) гипнотической летаргии;
- 3) амнезии гипнотического состояния;
- 4) истерического припадка;
- 5) спонтанного сомнамбулизма.

**26. Удлиненный сеанс гипноза (по В.Е. Рожнову) продолжается**

- 1) 8–10 ч;
- 2) 1,5–2 ч;
- 3) 30 мин;
- 4) 3 ч.

**27. Самовнушение включает в себя все перечисленные методики, кроме**

- 1) медитации;
- 2) аутотренинга;
- 3) парадоксальной интенции;
- 4) аутогипноза.

**28. В.М. Бехтерев**

- 1) занимался психоанализом алкоголизма;
- 2) занимался с группами пациентов;
- 3) занимался объективным рефлексологическим изучением личности, обучал приемам самовнушения;
- 4) заложил основы отечественной религиозной психотерапии.

**29. Противопоказаниями к проведению гипнотерапии является все перечисленное, кроме**

- 1) истерии с гипноманическими тенденциями;
- 2) выраженной эндогенной депрессии;
- 3) явлений психического инфантилизма;
- 4) бредовых форм психозов.

**30. Возникновение методики аутогенной тренировки связано со всем перечисленным, кроме**

- 1) рациональной психотерапии;
- 2) прогрессирующей миорелаксации по Джекобсону;
- 3) древнеиндийской системы йогов;
- 4) самовнушения по Куэ-Бодуэну;
- 5) имаготерапии.

**31. Показаниями к проведению аутогенной тренировки являются все перечисленные, кроме**

- 1) нарушений сна;
- 2) гипертонической болезни;

- 3) неврозов;
- 4) параноидных реакций;
- 5) астенических состояний.

**32. Теоретическими положениями прогрессирующей релаксации Джекобсона являются**

- 1) положение о том, что многократное сознательное повторение;
- 2) привычного болезненного действия избавляет от него;
- 3) положение о церебронейромышечном круге;
- 4) в сновидениях происходит серьезное отреагирование переживаний;
- 5) положение о десенситизации;
- 6) отреагирование серьезно помогает, если эмоциональное воспроизведение прошлого сочетается с участием со стороны врача.

**33. Техника аутогенной тренировки (по Шульцу) состоит из следующих упражнений, кроме**

- 1) прохлады в области лба;
- 2) регуляции ритма и глубины дыхания;
- 3) тяжести в руках, ногах;
- 4) тепла в области «солнечного сплетения»;
- 5) произвольной регуляции ритма сердечной деятельности;
- 6) тепла в руках и ногах;
- 7) упражнения «гусиная кожа».

**34. Аутогенная тренировка показана всем перечисленным больным, кроме больных**

- 1) неврозами;
- 2) алкоголизмом;
- 3) манифестными психозами;
- 4) психопатиями.

**35. Классическая методика аутогенной тренировки противопоказана больным**

- 1) с астенией;
- 2) с невротической депрессией;
- 3) с артериальной гипотонией;
- 4) с фобиями.

**36. К рациональной психотерапии относят следующие методики, кроме**

- 1) «сократического диалога»;
- 2) «возбуждающих воспоминаний»;

- 3) «субординационно-авторитарных реакций»;
- 4) «умышленного пренебрежения»;
- 5) «имаготерапии».

**37. Внутренняя картина болезни включает в себя**

- 1) то, что знает больной о своей болезни из медицинской литературы, а также всю массу болезненных, тягостных ощущений;
- 2) все то, что удается получить с помощью биохимического;
- 3) исследования;
- 4) данные рентгенологического исследования;
- 5) все то же самое, что и субъективные жалобы больного.

**38. Специфические психотерапевтические процессы в библиотерапии характеризуются всем перечисленным, кроме (по А.Е.Алексейчику)**

- 1) контроля над психическими процессами;
- 2) вытеснения;
- 3) эмоциональной переработки;
- 4) разрешения конфликта;
- 5) тренировки психических процессов.

**39. Психокорригирующие факторы, действующие в процессе групповой психотерапии, – это все перечисленное, кроме**

- 1) чувства общности с группой;
- 2) гетеросуггестии;
- 3) обратной связи;
- 4) самораскрытия;
- 5) снижения эгоцентризма.

**40. Основные задачи, решаемые в процессе групповой психотерапии, – это**

- 1) переоценка иерархии значимых ценностей;
- 2) все перечисленное;
- 3) тренировка нарушенных функций;
- 4) отработка элементов коммуникативной деятельности.

**41. Психогимнастика – это форма психотерапии, при которой**

- 1) правильно (5) и (2);
- 2) пациенты получают пантомимические задания, выполнение которых обсуждается всей группой;
- 3) пациенты учатся понимать чувства, мысли без помощи слов и движений;
- 4) участники группы выражают эмоции только с помощью мимики;

- 5) пациенты выполняют различные упражнения, в том числе направленные на развитие внимания.

**42. Арттерапия в международном понимании – это**

- 1) лечение изобразительным творчеством;
- 2) лечение игровым искусством;
- 3) лечение творчеством в широком смысле;
- 4) лечение общением с живописью;
- 5) всевозможное, разнообразное использование искусства для целей лечения.

**43. При занятиях музыкальной ритмикой (по Брусиловскому) целесообразно все перечисленное, кроме**

- 1) повторных прослушиваний музыки;
- 2) своевременных уточнений;
- 3) показа движений и действий;
- 4) постоянного побуждения пассивного больного к действию;
- 5) длительных перерывов между упражнениями.

**44. Эффективность семейной психотерапии больных алкоголизмом женщин оценивается с помощью следующих критериев**

- 1) все члены семьи принимают и отстаивают идеи трезвости;
- 2) больная алкоголизмом женщина способна во время праздников;
- 3) спокойно пить сок или воду среди бутылок с вином и тостов;
- 4) способность больной неустанно искренне советовать своим детям;
- 5) жить совершенно трезво;
- 6) способности семьи отрешиться, отойти от других «пьяных семей».

**45. Стресс (по г. Селье) – это**

- 1) защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессором;
- 2) неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование, общий адаптационный синдром;
- 3) нервное вредоносное напряжение;
- 4) вид дистресса.

**46. Психотерапевтические и психокоррекционные воздействия включают в себя тактику**



- 1) всего перечисленного;
- 2) «позиционного давления»;
- 3) «штурма»;
- 4) «конфронтации»;
- 5) «паузы».

**47. К противопоказаниям к применению наркопсихотерапии относятся все перечисленное, кроме**

- 1) острого гепатита;
- 2) цирроза печени;
- 3) кахексии;
- 4) неврозов позднего возраста с нейро-эндокринными расстройствами.

**48. Можно выделить следующие разновидности наркопсихотерапии, кроме (по М.Э. Телешевской)**

- 1) наркогипноза;
- 2) метода многократных внутривенных введений гексенала;
- 3) комбинированной наркопсихотерапии;
- 4) наркоаутосуггестивного метода;
- 5) внушения на фоне кратковременного или же продленного неполного гексеналового наркоза.

**49. К методам поведенческой психотерапии относится все перечисленное, кроме**

- 1) выработки отвращения (аверсионная терапия) ;
- 2) метода «погашения реакций»;
- 3) систематической десентизации;
- 4) медитации.

**50. Противоречия между возможностями личности и завышенными требованиями к себе приводят к возникновению**

- 1) неврастении;
- 2) ипохондрического невроза;
- 3) истерического невроза;
- 4) депрессивного невроза;
- 5) невроза навязчивых состояний.

**51. Понятие эмпатии включает в себя все перечисленное, кроме**

- 1) концентрации внимания на внешних формах поведения;
- 2) способности вчувствоваться в переживания другого человека;
- 3) видения проблем «глазами иного человека»;
- 4) психологически «безопасных» межличностных отношений.

**52. Гештальтпсихотерапия разработана следующим автором**

- 1) В.Франкл;
- 2) Я.Морено;
- 3) Ж.Лакан;
- 4) Э.Кречмер;
- 5) Ф.Перлз.

**53. Понятие «фон и форма» сформировано в рамках**

- 1) психотехники;
- 2) психофизиологии;
- 3) гештальтпсихологии;
- 4) генетической психологии.

**54. По М.Эриксону гипнотический транс – это результат**

- 1) свойств гипнотизируемого;
- 2) воздействия гипнотизера;
- 3) взаимодействия гипнотизера и гипнотика.

**55. Приоритетным в сущности человека в логотерапии (экзистенциальный анализ) является**

- 1) либидо;
- 2) стремление к удовольствию;
- 3) стремление в поиску смысла жизни;
- 4) стремление к власти.

**56. Основные понятия трансактоного анализа – это все перечисленные, кроме**

- 1) родителя;
- 2) ребенка;
- 3) взрослого;
- 4) пикника.

**57. К индивидуальным методам психотерапии алкоголизма относятся все перечисленные, кроме**

- 1) внушения наяву;
- 2) ситуационно-психологического тренинга;
- 3) гипнотерапии;
- 4) рациональной психотерапии.

**58. С помощью внушения в гипнозе можно вызвать у больного алкоголизмом все перечисленное, кроме**

- 1) подавления первичного патологического влечения к алкоголю;

- 2) устранения симптомов утраты количественного контроля;
- 3) реакции отвращения к органолептическим свойствам спиртных напитков;
- 4) утраты вторичного патологического влечения к алкоголю.

**59. Применение методики стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях (по А.Р. Довженко) показано всем перечисленным, кроме больных**

- 1) на любой стадии алкоголизма;
- 2) высказывающих добровольное желание лечиться;
- 3) явившихся на лечение в трезвом виде, не менее, чем с двухнедельным воздержанием от алкоголя;
- 4) проходящих принудительное противоалкогольное лечение.

**60. Методика стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях имеет следующие этапы, кроме**

- 1) подготовительного;
- 2) закрепляющего;
- 3) лечебного;
- 4) заключительного.

**61. На втором этапе стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях тактика психотерапевта включает в себя все перечисленное, кроме**

- 1) развития стрессового состояния;
- 2) снятия «анозогнозической инертности»;
- 3) материализации внушений;
- 4) актуализации инстинкта самосохранения.

**62. Абсолютными противопоказаниями к применению метода стрессопсихотерапии алкоголизма являются все перечисленные, кроме**

- 1) аментивного состояния;
- 2) абстинентного синдрома;
- 3) делириозного состояния;
- 4) исходной стадии алкоголизма.

**63. К особенностям методики коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии алкоголизма относится все перечисленное, кроме**

- 1) применения данной методики изолированно без сочетания с другими методами лечения;
- 2) возможности применения у всех больных вне зависимости от степени гипнабельности;

- 3) чрезвычайно ограниченного круга соматических противопоказаний;
- 4) выработки стойкой аверсионной реакции на спиртные напитки.

**64. Обучение больных алкоголизмом аутогенной тренировке позволяет реализовать все перечисленное, кроме**

- 1) уменьшения эмоционального напряжения;
- 2) устранения вторичного патологического влечения к алкоголю;
- 3) мобилизации волевых ресурсов;
- 4) притупления первичного патологического влечения к алкоголю.

**65. При лечении алкогольных расстройств при эпилепсии применяется**

- 1) тетурам и баранец;
- 2) внушение отвращения к вкусу и запаху спиртного;
- 3) правильно (5) и (2);
- 4) апоморфинотерапия;
- 5) никотиновая кислота.

**66. У больных алкоголизмом с астеническими и шизоидными чертами характера наиболее эффективна следующая методика психотерапии**

- 1) эмоционально-стрессовая гипнотерапия (по В.Е.Рожнову) ;
- 2) коллективная психотерапия в гипнотическом состоянии;
- 3) индивидуальная рациональная психотерапия.

**67. Долгим алкогольным ремиссиям эпилептоидного психопатоалкоголика особенно способствуют**

- 1) лечение малыми дозами мелипрамина;
- 2) лечение транквилизаторами;
- 3) лечение барбитуратами;
- 4) возможность реализовать свою авторитарность, власть с опасностью потерять свою должность, власть в случае срыва;
- 5) психотерапевтические попытки унижить его как алкоголика, пьяницу.

**68. Успешное лечение женщин, больных алкоголизмом, является результатом**

- 1) психофармакотерапии;
- 2) социальной реадaptации и реабилитации;

- 3) психологической коррекции;
- 4) УРТ;
- 5) психотерапии.

**69. Под рефлексотерапией понимают систему лечебного воздействия на организм только методами**

- 1) воздействия электрическим током;
- 2) прижигания;
- 3) укалывания;
- 4) всем перечисленным;
- 5) холодом.

**70. Методы рефлексотерапии можно сочетать со всеми перечисленными лекарственными средствами, кроме**

- 1) препаратов растительного происхождения;
- 2) витаминов;
- 3) психотропных и гормональных препаратов;
- 4) солевых растворов.

**71. При лечении алкоголизма методами рефлексотерапии наиболее важным является**

- 1) клиническая выраженность;
- 2) возраст больного;
- 3) прогрессивность;
- 4) этап или стадия болезни;
- 5) длительность заболевания.

**72. Показаниями к проведению рефлексотерапии при алкоголизме является наличие всех перечисленных расстройств, кроме**

- 1) соматических расстройств функционального характера;
- 2) органических;
- 3) вегетативных;
- 4) аффективных;
- 5) невротоподобных.

**73. Методы рефлексотерапии являются адекватными при лечении одного из вариантов первичного патологического влечения к алкоголю**

- 1) с борьбой мотивов;
- 2) без борьбы мотивов;
- 3) с характером неодолимости.

**74. Методы рефлексотерапии могут быть использованы для лечения одного из вариантов алкогольного абстинентного синдрома**

- 1) с вегетативно-астеническими расстройствами;
- 2) с психическими расстройствами;
- 3) с обратными психоорганическими расстройствами;
- 4) развернутого.

**75. При терапии алкогольного абстинентного синдрома используются биологически активные точки**

- 1) новые точки;
- 2) ушной раковины;
- 3) меридианные;
- 4) все перечисленные.

**76. При терапии первичного патологического влечения к алкоголю используются биологически активные точки**

- 1) новые точки;
- 2) меридианные;
- 3) все перечисленные;
- 4) ушной раковины.

**77. При лечении наркоманий методом рефлексотерапии наиболее значимым является**

- 1) наличие тех или иных болезненных проявлений;
- 2) стадия болезни;
- 3) длительность заболевания.

**78. При терапии соматических, неврологических психопатических расстройств, наркоманий используются следующие биологические активные точки**

- 1) новые точки;
- 2) ушной раковины;
- 3) меридианные;
- 4) все перечисленные.

**79. Ауриколотерапия – это метод воздействия укалыванием на активные точки**

- 1) зон поверхности, прилегающих к ушной раковине;
- 2) некоторых зон поверхности тела;
- 3) всего перечисленного;
- 4) ушной раковины.

**80. Энтеросорбция активированным углем позволяет**

- 1) ослабить токсикационную нагрузку на печень;
- 2) все перечисленное;

- 3) достичь сенсibilизации к алкоголю;
- 4) купировать алкогольный абстинентный синдром.

**81. Существующие методы оксигенотерапии – это**

- 1) парапультмональные;
- 2) ингаляционные;
- 3) перидуральные.

**82. Гипербарическая оксигенация показана**

- 1) для осуществления отрезвляющего эффекта;
- 2) для дезинтоксикации;
- 3) для всего перечисленного;
- 4) для купирования алкогольного абстинентного синдрома.

**83. Противопоказаниями для гипербарической оксигенации в наркологической практике являются все перечисленные, исключая**

- 1) инфекционные заболевания;
- 2) заболевания легких в фазе обострения;
- 3) клаустрофобию;
- 4) судорожный синдром;
- 5) алкогольную энцефалопатию.

**84. Применение микроэлементов в комплексном лечении алкоголизма обуславливает все перечисленное, исключая**

- 1) улучшение проводимости нервных импульсов;
- 2) профилактику развития металкольных психозов;
- 3) уменьшение проявлений алкогольного абстинентного синдрома;
- 4) снижение толерантности к алкоголю.



# ТЕМА 10

## Экспертиза в наркологии

**1. В случаях отказа освидетельствуемого от выполнения тех или иных инструкций и лабораторного обследования необходимо**

- 1) госпитализировать испытуемого для проведения соответствующего обследования;
- 2) отказать в проведении экспертизы;
- 3) убедить его в целесообразности обследования или провести его насильственно;
- 4) заполнить все пункты протокола медицинского освидетельствования, сделав соответствующие пометки об отказе.

**2. Результаты освидетельствования подэкспертному**

- 1) не сообщаются, а отсылаются в адрес направившей организации, которая ознакомит его с ними
- 2) сообщаются сразу по завершению обследования
- 3) не сообщаются.

**3. Правильная последовательность пробы А.М. Рапопорта предполагает**

- 1) в две пробирки наливают слабоокрашенный раствор марганцовки, предлагают продуть через одну из них выдыхаемый воздух, после чего добавляют 20 капель кислоты;
- 2) влить в две пробирки по 2.0 дистиллированной воды, предложить продуть через одну из них выдыхаемый воздух в течение 20–30 с, добавить по 20 капель кислоты в обе и затем по 1 капле раствора марганцовки;
- 3) влить в две пробирки по 2.0 дистиллированной воды и добавить по 20 капель кислоты, предложить продуть через одну из них выдыхаемый воздух в течение 20–30 с.

**4. Положительным результатом пробы А.М. Рапопорта считается**

- 1) отсутствие изменения окраски в обеих пробирках;
- 2) изменение окраски в обеих пробирках;
- 3) полное обесцвечивание раствора в одной из пробирок;
- 4) неполное изменение цвета в одной из пробирок.



**5. В сомнительных случаях картины алкогольного опьянения следует**

- 1) провести не менее 2 различных проб на алкоголь;
- 2) ориентироваться на запах алкоголя изо рта или утверждения очевидцев о приеме алкоголя подэкспертным;
- 3) опираться на собственное признание подэкспертного о приеме алкоголя.

**6. Повторное освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения, осуществляемое по письменному заявлению гражданина, выполняется**

- 1) ограничивается повторением лабораторных проб;
- 2) в полном объеме;
- 3) только по спорным позициям.

**7. Контрольный срок хранения биологических сред для повторных исследований составляет**

- 1) 35 дней;
- 2) 2 месяца;
- 3) 30 дней;
- 4) 1 неделю.

**8. В соответствии с положением соответствующих статей больной алкоголизмом**

- 1) годен в зависимости от тяжести заболевания и принадлежности к офицерскому или рядовому и сержантскому составу;
- 2) негоден к службе ограниченно;
- 4) годен к службе в армии без ограничений;
- 5) не годен в мирное время.

**9. При решении вопроса о годности к службе в армии больной наркоманией**

- 1) не годен;
- 2) ограниченно годен;
- 3) годен к службе.

**10. При решении вопроса о годности к службе в армии больной токсикоманией**

- 1) годность определяется индивидуально;
- 2) годен к службе без ограничений;
- 3) не годен;
- 4) ограниченно годен.

**11. Временная нетрудоспособность не оформляется во всех перечисленных случаях, кроме**

- 1) выраженных сомато-неврологических проявлений алкогольной интоксикации;
- 2) оправдания невыхода на работу в связи с длительным запоем;
- 3) невыраженных похмельных явлениях;
- 4) легких проявлений опьянения.

**12. Временная нетрудоспособность в связи с производственной травмой в состоянии опьянения оформляется**

- 1) справкой, а затем больничным листом;
- 2) больничным листом с соответствующей пометкой;
- 3) справкой.

**13. Временная нетрудоспособность в связи с острым алкогольным психозом оформляется**

- 1) в зависимости от течения заболевания;
- 2) справкой;
- 3) больничным листом.

**14. В связи с обращением к врачу по поводу острого соматического или неврологического заболевания или обострения хронического заболевания в состоянии опьянения временная нетрудоспособность оформляется**

- 1) справкой, а затем больничным листом;
- 2) больничным листом;
- 3) справкой.

**15. В случаях возникновения инфаркта, инсульта или другого тяжелого соматического заболевания у больного алкоголизмом временная нетрудоспособность оформляется**

- 1) справкой, а затем больничным листом;
- 2) справкой;
- 3) больничным листом.

**16. Временная нетрудоспособность в связи с бытовой травмой в состоянии опьянения оформляется**

- 1) справкой, а затем больничным листом;
- 2) больничным листом с отметкой об опьянении;
- 3) больничным листом;
- 4) справкой.

**17. Временная нетрудоспособность у больных алкоголизмом, находящихся на стационарном лечении при промпредприятии (стройкб) оформляется**

- 1) в зависимости от решения клинико-экспертной комиссии (КЭК);
- 2) больничным листом;
- 3) справкой.

**18. Если больной, находящийся на больничном листе, является на прием к врачу в состоянии опьянения, а сохраняющаяся нетрудоспособность не связана с приемом алкоголя, то**

- 1) больничный лист продолжается с пометкой о нарушении режима;
- 2) больничный лист закрывается и больной выписывается на работу;
- 3) больничный лист закрывается и вместо него выдается справка ф. 94 с пометкой в больничном листе

**19. В случае повторной травмы, не связанной с опьянением у больного, освобожденного от работы больничным листом с пометкой о пьянстве, новый случай нетрудоспособности оформляется**

- 1) справкой;
- 2) продлением прежнего листка нетрудоспособности;
- 3) больничным листом на общих основаниях.

**20. При возникновении нового случая нетрудоспособности, вызванного последствиями имевшейся ранее травмы, если эти последствия непосредственно не вызваны употреблением алкоголя, больному выдается подтверждение этого**

- 1) справкой, а затем больничным листом;
- 2) справкой;
- 3) больничным листом.

**21. При невозможности организации амбулаторного лечения больных вне рабочего времени освобождение от работы оформляется при всех перечисленных видах лечения, кроме**

- 1) лечения сульфозином и пирогеналом;
- 2) интенсивной УРТ;
- 3) дезинтоксикации.

**22. Стойкая утрата трудоспособности II группы устанавливается больным алкоголизмом во всех перечисленных случаях, кроме**

- 1) выраженного травматического гемипареза;

2) выраженной деградации, достигающей степени слабоумия нарушением навыков самообслуживания;

3) выраженных мнестических расстройств, сочетающихся с частыми (4–5 раз в месяц) эпилептическими припадками.

**23. Стойкая утрата трудоспособности I группы устанавливается больным алкоголизмом во всех перечисленных случаях, кроме**

1) выраженного травматического гемипареза или нижнего парапареза;

2) выраженной деградации, достигающей степени слабоумия с нарушением самообслуживания;

3) травматической гемиплегии.

**24. Инвалидность больным хроническим алкоголизмом с галлюцинозом может быть установлена в случае**

1) и в том, и в другом;

2) ни в том, ни в другом;

3) галлюциноза со стойким бредом;

4) «чистого» галлюциноза.

**25. Инвалидность больным хроническим алкоголизмом с бредом ревности может быть установлена при наличии**

1) и того, и другого;

2) брёда с неправильным поведением;

3) стойкого бреда;

4) ни того, ни другого.

**26. Для установления группы инвалидности наличие судорожных припадков алкогольной этиологии является обязательным поводом**

1) вопрос решается индивидуально, в зависимости от ряда обстоятельств;

2) да;

3) нет.

**27. Срок проведения амбулаторной судебно-наркологической экспертизы**

1) зависит от нагрузки комиссии;

2) не должен превышать 15 дней;

3) не должен превышать месяца с момента поступления соответствующих документов со дня направления экспертного заключения в адрес направившего лица.

**28. Испытуемый должен быть доставлен на экспертизу не позднее**

- 1) срок не регламентируется;
- 2) 2 недели со дня поступления в комиссию постановления и всех необходимых документов;
- 3) 1 недели со дня поступления в комиссию постановления и всех необходимых документов.

**29. В случаях, когда в процессе проведения судебно-наркологической экспертизы обнаруживаются данные о наличии у испытуемого психических расстройств, эксперты обязаны**

- 1) указать в заключении о необходимости проведения судебно-психиатрической экспертизы;
- 2) ограничиться заключением в пределах своей компетентности;
- 3) дать им экспертную оценку.

**30. Стационарная судебно-наркологическая экспертиза назначается**

- 1) в исключительных случаях, когда средства и методы амбулаторной экспертизы исчерпаны;
- 2) по уголовным делам;
- 3) лицам, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу.

**31. До подписания акта всеми членами комиссии результаты экспертизы**

- 1) могут сообщаться по запросу вышестоящих органов здравоохранения;
- 2) не могут сообщаться никому;
- 3) могут сообщаться по запросу следственных органов;
- 4) могут сообщаться по запросу всем перечисленным инстанциям;
- 5) могут сообщаться по запросу суда, прокуратуры.

**32. При ограничении дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими веществами над лицом устанавливается**

- 1) и то, и другое;
- 2) опека;
- 3) ни то, ни другое;
- 4) попечительство.



## ТЕМА 11

### Основы радиационной медицины

**1. В результате аварии на ЧАЭС воздействию радиоактивного йода подверглись следующие контингенты**

- 1) ликвидаторы 1987–1990 гг.;
- 2) дети, родившиеся в зоне радиоактивного загрязнения после 1987 г.;
- 3) ликвидаторы и население, находившееся в зоне радиоактивного загрязнения в первые два месяца после аварии;
- 4) все ликвидаторы аварии.

**2. При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место в следующей системе**

- 1) системе органов кроветворения;
- 2) сердечно-сосудистой системе;
- 3) иммунной системе;
- 4) центральной нервной системе;
- 5) пищеварительной системе.

**3. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является**

- 1) эритема кожи;
- 2) жидкий стул;
- 3) тошнота и рвота;
- 4) выпадение волос;
- 5) лейкопения.

**4. Пороговая доза для развития острой лучевой болезни составляет**

- 1) 2 Гр;
- 2) 0.5 Гр;
- 3) 3 Гр;
- 4) 1 Гр;
- 5) 4 Гр.

**5. Наиболее ранними изменениями клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение содержания следующих элементов**

- 1) нейтрофилов;
- 2) лимфоцитов;
- 3) лейкоцитов;
- 4) тромбоцитов;
- 5) эритроцитов.

**6. Назначение медикаментозных препаратов, ускоряющих выведение радионуклидов из организма, показано**

- 1) детям, проживающим на загрязненных территориях;
- 2) лицам, содержащим в организме активность более допустимого содержания по Нормам радиационной безопасности;
- 3) лицам, проживающим на территориях с уровнем загрязнения по цезию более  $40 \text{ Ки/км}^2$ ;
- 4) беременным женщинам, проживающим на загрязненных территориях.

**7. «Малыми» принято называть дозы**

- 1) не вызывающие генных поломок;
- 2) меньшие, чем допустимые дозы облучения;
- 3) не вызывающие лучевой болезни;
- 4) не вызывающие специфических изменений в отдельном организме, а вызывающие статически выявленные изменения в состоянии здоровья группы;
- 5) не вызывающие хромосомных повреждений.

**8. После облучения мужских гонад наиболее характерными изменениями являются**

- 1) водянка яичка;
- 2) нарушение половой импотенции;
- 3) наследственные болезни у детей;
- 4) гипоспермия;
- 5) снижение в крови тестостерона.

**9. Лимфопения, выявленная у больного в течение первых суток, обусловлена**

- 1) внешним облучением туловища в дозе менее  $0.5 \text{ Гр}$ ;
- 2) внешним облучением туловища в дозе более  $1 \text{ Гр}$ ;
- 3) поступлением внутрь радионуклидов;
- 4) заболеванием, не связанным с облучением;

5) локальным внешним облучением конечности.

**10. Мероприятием, которое нужно проводить по предупреждению медицинского облучения плода на начальных сроках беременности, является**

- 1) не использовать флюорографию у женщин детородного возраста;
- 2) производить рентгеновские исследования во второй половине менструального цикла;
- 3) производить рентгеновские исследования в первые 10 дней менструального цикла;
- 4) перед рентгеновским исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу.

**11. Число случаев острой лучевой болезни в настоящее время во всем мире составляет**

- 1) несколько тысяч;
- 2) несколько десятков;
- 3) несколько миллионов;
- 4) несколько сотен.

**12. Опасность, которую может представлять больной после внешнего  $\beta$ -облучения для медицинского персонала**

- 1) никакую;
- 2) больной выделяет с мочой радионуклиды;
- 3) от тела больного исходит  $\beta$ -излучение.

**13. Мероприятие по оказанию первичной помощи пострадавшему, находящемуся в тяжелом состоянии, – это**

- 1) реанимационные мероприятия;
- 2) купирование рвоты;
- 3) гемосорбция;
- 4) дезактивация кожи;
- 5) прием радиопротектора.

**14. Степень тяжести лучевого поражения определяется**

- 1) степенью угнетения кроветворения;
- 2) содержанием радионуклидов на месте облучения;
- 3) количеством «горячих» частиц в легких;
- 4) количеством радионуклидов в организме.

**15. Число случаев хронической лучевой болезни у работников предприятий атомной промышленности и энергетики составляет**



- 1) 20–30 случаев в год;
- 2) до 10 случаев в год;
- 3) нисколько;
- 4) менее 100 случаев в год;
- 5) менее 1000 случаев в год.

**16. Шахтеры урановых шахт получают наибольшую дозу**

- 1) на костный мозг;
- 2) на печень;
- 3) на легкие;
- 4) на желудок;
- 5) на щитовидную железу.

**17. Предпочтительным донором костного мозга для лечения больного острой лучевой болезнью являются**

- 1) родные братья или сестры;
- 2) дети больного;
- 3) другие члены семьи;
- 4) родители больного.

**18. Первое место среди причин смерти ликвидаторов аварии на ЧАЭС занимают**

- 1) травмы и отравления;
- 2) сердечно-сосудистые заболевания;
- 3) онкологические заболевания.

**19. Первое место среди причин смерти у населения, проживающего на загрязненной территории, занимают**

- 1) сердечно-сосудистые заболевания;
- 2) онкологические заболевания;
- 3) травмы и отравления.

**20. Нижеперечисленные злокачественные новообразования, наиболее вероятные для лиц, подвергшихся облучению в результате аварии на ЧАЭС**

- 1) рак щитовидной железы;
- 2) рак молочной железы;
- 3) рак легкого;
- 4) лейкозы;
- 5) рак желудка.



