

ВЪПРОСНИК ЗА ТЕСТОВО ПРОВЕЖДАНЕ НА ИЗПИТ ПО ПСИХОПАТОЛОГИЯ - СУ -
психология

Моля, обсъждайте въпросите като
ОСОБЕНОСТИ НА ОБЩУВАНЕТО С ПСИХИАТРИЧНИ ПАЦИЕНТИ
МОЛЯ, ЗАЧЕРТАВАЙТЕ САМО ЕДИН ОТГОВОР!

1. Защо се изучава психопатология в психологичната професия?
 - a) за обща култура
 - б) за по - хуманно и комплексно разбиране и третиране на пациента
 - в) за улесняване на лечебния процес
2. Коя следва да е адекватната базисна нагласа на психолога при работи с психиатричния пациент?
 - a) отдаден на ирационални страхове от неразбираемите болестни разстройства
 - б) практикуващ маргинализация поради екзистенциални страхове
 - в) емпатично да приема правото му да бъде различен
3. Има ли разстройства на волята, които винаги са проява на душевната болест?
 - a) да, количествените нарушения на волята
 - б) не, няма характерни волеви разстройства
 - в) да, качествените нарушения на волята
4. Какво е професионалното поведение спрямо крайно интензивно възбуден психиатричен пациент?
 - a) търси се незабавно помощта на специалист - психиатър
 - б) незабавно се осигурява неговата сигурност и безопасността на околните с помощта на близки, полиция или други силови средства
 - в) прави се опит да се влезе в контакт с него и да бъде успокоен
5. Какво представлява емоционалното разстройство мания? Манията е:
 - а) винаги проява на душевна болест
 - б) резултат на радостни житейски събития
 - в) обичайно емоционално състояние за конкретния човек
6. Какъв тип поведение и общуване се очаква от маниен пациент?
 - a) няма характерни особености, той е коректен и отговорен
 - б) непредсказуем, лекомислен, не спазва терапевтичния договор
 - в) със застойност, педантизъм детайлизиране
7. Каква е същността на депресията?
 - a) винаги е проява на душевна болест
 - б) проява на душевна болест, на житейска криза или резултат на неблагоприятни събития
 - в) обичайно състояние за конкретния човек
8. Какъв тип разстройство на емоциите е дистимията?
 - a) неопределен тип
 - б) количествено разстройство
 - в) качествено разстройство
9. Какво е професионалното очакване при работа с пациент с психични илюзии? Тези илюзии са:
 - a) винаги са проява на душевна болест
 - б) могат да се срещат и при психично здрави хора при афективно напрежение
 - в) това е природно явление на базата на законите на физиката
10. Каква е диагностичната стойност на халюцинациите? Халюцинациите:
 - а) винаги са проява на душевна болест
 - б) могат да се срещат и при психично здрави хора при афективно напрежение
 - в) това е природно явление на базата на законите на физиката
11. Какво е адекватното професионално поведение към пациент с активна психоза?
 - a) опитваме се да го убедим в нереалността на болестните му преживявания
 - б) оспорваме реалността на болестните му преживявания
 - в) подсказваме идеята за алтернативно обяснение на преживяванията му

12. Как преживява психиатричният пациент халюцинациите си?
а) като заблуда
 б) като реалност
в) като фантазия, която знае, че не е истина
13. Какво обичайно има много силно влияние върху халюцинирания пациент?
а) авторитетът на близките му
б) авторитетът на професионалиста (лекар, психолог)
 в) психопатологичната продукция
14. Как успешно може да се коригират халюцинациите?
а) с логични аргументи и психотерапия
 б) с активно медикаментозно лечение
в) обичайно преминават спонтанно и не е необходима намеса
15. Кои нарушения в структурата (формата) на мисленето винаги са проява на душевна болест?
 а) паралогичното и разкъсаното мислене с неологизми
б) обстоятелственото, резоньорското и вискозно мислене
в) няма типични за душевната болест структурни мисловни разстройства
16. Кои доминантни идеи в мисленето винаги са проява на душевна болест?
а) натрапливите идеи
б) свръхценностовите идеи
 в) налудните идеи
17. Как успешно може да се коригира налудността?
а) с логични аргументи и психотерапия
 б) с активно медикаментозно лечение
в) преминава спонтанно и не е необходима намеса от специалист
18. Налудните идеи за отношение и преследване към кой кръг се отнасят?
а) към депресивния кръг
 б) към персекуторните идеи (себеотносни)
в) към налудностите за величие
19. Налудните идеи за величие към кой вид се отнасят?
а) към депресивния кръг
б) към параноидните идеи
 в) към мегаломанните налудностите
20. До коя степен на вроденото слабоумие (лека, умерена, тежка, дълбока) може да се разчита на относително участие на пациента в работата с него?
а) до нивото на тежката степен олигофрения
б) изобщо не може да се разчита
 в) до нивото на умерената степен олигофрения
21. Какъв е базисния модел на работа с пациенти с дълбока олигофрения?
 а) патерналистичен (обучително - попечителски)
б) диагностично - аналитичен
в) партньорски, изграждане на автономност на пациента
22. Има ли динамика при придобитото слабоумие (деменция, оглупяване)?
а) не, няма динамика
 б) да, прогресивно и необратимо се влошава
в) да, може да бъде преодоляно с лечение и пациентът да се възстанови
23. Има ли съществена отлика между лакунарната и глобарната деменция?
а) не, няма съществена разлика
б) да, глобарната деменция предшества лакунарната
 в) да, при лакунарната деменция е запазено ядрото на личността

24. Какъв е базисния модел за работа с пациенти с дълбока деменция?
а) патерналистичен (обучително - попечителски)
 б) диагностично - аналитичен
в) партньорски, за изграждане на автономност на пациента
25. Кои варианти на критичността са типични при психиатричния пациент?
 а) некритичност, формална критичност и запазена критичност
б) емоционална, мисловна и логична критичност
в) волева, афективна и интелектуална критичност
26. Какво означава запазено ядро на личността при лакунарната деменция?
а) спиране на процеса на оглупяване
 б) запазени самокритичност и запазени нравствени принципи
в) възможност за терапевтично повлияване
27. При каква разновидност на критичност може да се очаква относително адекватно сътрудничество от пациент с душевна болест?
 а) при запазена (или възстановена) критичност
б) при формална критичност
в) при некритичния пациент
28. Възможно ли е психично разстройство (душевна болест) да бъде предизвикано от външни фактори (екзогенни - травма, интоксикация, фебрилитет и др.)?
а) не, душевната болест възниква единствено по собствени независими генетични механизми
б) да, външни фактори могат да предизвикат душевна болест самостоятелно
 в) да, външни фактори могат да предизвикат душевна болест само при наличие на предпоставки (предразположеност) у пациента
29. Как преценявате значението на наследствената обремененост при психиатричните пациенти?
а) наследствената обремененост е фатална съдба за пациента
 б) наследствената обремененост е повишен риск от възникване на заболяване
в) наследствената обремененост няма никакво значение за появата на заболяване
30. Какво е прогнозата на боледуването с шизофренни и с афективни синдроми?
а) двете разновидности имат еднакво благоприятно и неинвалидиращо развитие
б) двете разновидности имат еднакво неблагоприятно и инвалидиращо развитие
 в) шизофренните синдроми има по-неблагоприятно и по-инвалидиращо развитие
31. Каква е основната патология при хроничния психоорганичен синдром (след мозъчна травма, атеросклероза и др.)?
а) емоционална потиснатост
б) интелектуална деградация
 в) общомозъчна патология с неврологични и психични прояви
32. Очаква ли се динамика в развитието на психоорганичния синдром?
а) не, пациентът е в стабилизирано състояние
б) да, обикновено към подобрене и преодоляване
 в) да, обикновено към задълбочаване и влошаване
33. Очаква ли се ефективност от психологична терапия при личностовото разстройство?
а) не, това разстройство не подлежи на психологична корекция изобщо
 б) да, при упорита и продължителна терапия и с относително ограничени възможности
в) да, категорично и бързо
34. Уместно ли е прилагането на психологична терапия при шизофренни синдроми?
а) да, такава терапия може да преодолее и най-активните синдроми
 б) да, в насока на обучение към "живот с болестта" и ресоциализация
в) не, всеки опит е безперспективен
35. Кой модел най-пълно изяснява зависимостта от дрога, алкохол, медикаменти?
а) няма такъв модел
б) психологично-социалния

- в) био-психо-социалния
36. Кои са най-съществените прояви, за да се обсъжда диагнозата болестна зависимост?
- а) прием на такова вещество
 б) белези на телесен и психичен дискомфорт при отсъствие на веществото
 в) повишено търсене на веществото
37. Как си представяте отношенията между душевна болест (особено при шизофрения) и обществено опасно поведение?
- а) болестта няма влияние върху евентуалното опасно поведение на пациента
 б) опасното поведение на пациента се събуславя от болестта в контекста на социалната му дезадаптираност
 в) болестта изцяло предопределя обществено опасните прояви на пациента
38. Как си представяте отношенията между епилепсия и агресия?
- а) заболяването може да генерира директно дисфория, експлозивност и агресивност
 б) агресивност изобщо не е присъща на епилептичния пациент
 в) агресивното поведение на пациента се събуславя от болестта в контекста на социалната му дезадаптираност
39. Кое разстройство на волята е характерно смущение за душевна болест:
- а) хипобулията
 б) хипербулията
 в) парабулията
40. Контактът с интензивно боледуващият психиатричен пациент от какво се определя предимно:
- а) от психопатологията
 б) от преморбида му
 в) от образованието и професията му
41. Как изглежда болен с шизофренична личностова промяна?
- а) вял, аутистичен, безиниативен, емоционално хладен, дистантен
 б) потиснат, отпуснат, мълчалив
 в) приповдигнат, оживен, многоречив
42. Афективните психози с какви синдроми се проявяват основно?
- а) от сферата на емоциите
 б) от областта на мисленето
 в) с нарушения на паметта и интелекта
43. Може ли пациент с депресия (с потиснатост) да премине в манийно състояние?
- а) да, може, при биполарно афективно разстройство
 б) да, може, при периодична депресия
 в) не, не може при никаква афективна психоза
44. Как психологът участва в екипа при работа с пациент в активна психоза?
- а) като създава терапевтично сътрудничество и изгражда позитивни нагласи към лечението
 б) като поставя клинична диагноза
 в) като подпомага медикаментозното лечение
45. Как психологът участва в екип при работа с пациент с дълбока личностова промяна вследствие душевната болест?
- а) като подпомага пациента в психо-социалната му рехабилитация
 б) като подпомага провеждането на поддържащо лечение
 в) като подпомага лекаря в диагностичните търсения
46. В контекста на базисните клиничко-психо-социализиращи принципи заболяването епилепсия изисква ли някакво лечение?
- а) да, непрекъснато лечение
 б) да, лечение само по време на пароксизмални прояви
 в) не, изобщо не се налага лечение, преминава спонтанно

47. Какво е адекватното поведение при пациент в епилептичен припадък:
- a) да се извика "Бърза помощ"
 - б) да се осигурят условия да не се самонарани
 - в) да му се даде лекарство против епилепсия
48. Как следва да се държи психологът при работа с пациент с епилептична промяна на личността?
- a) да стане приятел с него
 - б) да го отблъсква и се държи негативистично
 - в) да е добронамерен, толерантен, но на дистанция
49. Какви са основните болестни синдроми при пациенти с атрофични дегенеративни мозъчни процеси (болест на Алцхаймер и подобни)?
- a) от сферата на емоциите
 - б) от областта на мисленето
 - в) с нарушения на интелекта
50. Може ли интензивно психично преживяване да предизвика душевна болест?
- а) да, при съчетание на някои специфични условия - психична травма и нестабилен личностов терен
 - б) да, често се случва в живота на хората
 - в) не, по такъв механизъм не може да възникне душевна болест
51. Какви са основните патогенетични механизми при психогенните психични разстройства?
- a) изключително поради въздействието на психогенния фактор
 - б) изключително поради особения личностов терен
 - в) съчетаване на психогенен фактор, който има особено важно значение за индивида и въздейства върху нестабилен личностов терен
52. В коя сфера е основното нарушение при личностово разстройство?
- a) в интелекта и паметта (когнитивни нарушения)
 - б) в мисленето и речта (нарушение на оценъчно абстрактните възможности)
 - в) в емоциите и поведението (нарушение на адаптацията)
53. Уместно ли е медикаментозно коригиране на личностовото разстройство?
- a) не, личностовото разстройство е стабилно и некорегируемо състояние
 - б) да, с лечение то може да бъде преодоляно окончателно
 - в) да, лечението е подходящо за преодоляване на някои епизоди на декомпенсация
54. Коя е основната цел в рехабилитацията на психиатричния пациент?
- а) довеждане до максималното възможно за него ниво на възстановяване
 - б) възстановяване до предболестното ниво
 - в) провеждане на активно лечение
55. Коя е целта в медикаментозното лечение на психиатричния пациент?
- a) категорично преодоляване на болестните синдроми с риск от тежки странични явления от медикаментите
 - б) допускане на някои минимални остатъчни синдроми, с които пациентът може относително пълноценно да функционира социално
 - в) зачитане на правото на пациента на собствен избор да живее с манифестни прояви на болестта си
56. Какво е подходящото професионално поведение спрямо близките на психиатричния пациент?
- a) патернализъм (мониторинг на решенията им в съжителството с пациента)
 - б) просветителство (запознаване с особеностите на болестта)
 - в) партниране (обучение и тренинг за общуване с пациента и разбиране на болестта)
57. Как е уместно да се общува с пациент с халюцинации:
- a) стремим се да го убедим с логични аргументи в несъстоятелността им
 - б) приемаме безрезервно неговата болестна халюцинаторна реалност
 - в) деликатно се опитваме да подскажем, че вероятно има и друго обяснение

58. Как е уместно да се общува с пациент с налудности:
- стремим се да го убедим с логични аргументи в несъстоятелността им
 - приемаме безрезервно неговата болестна налудна реалност
 - деликатно се опитваме да подскажем, че вероятно има и друго обяснение
59. Как е уместно да се общува с пациент със свръхценностови идеи:
- стремим се да го убедим с логични аргументи в тяхната относителна едностранчивост
 - приемаме безрезервно неговата кататимна реалност
 - не предприемаме нищо, защото свръхценностовите мисли обичайно не са проява на заболяване
60. Кои налудни идеи имат по-непосредствена връзка със суицидния риск:
- налудностите за обедняване (пауперистичните)
 - налудностите за вина
 - хипохондричните налудности
61. Може ли да се прилага задължително лечение при риск от самоубийство:
- да, винаги
 - да, само когато тази тенденция е в рамките на душевна болест
 - не, животът е право на индивида
62. Психологът може ли по своя инициатива да отваря темата за суицид?
- да, винаги когато има интенция за това
 - да, само когато тези намерения на пациента са в рамките на душевна болест
 - не, това може да действа било травматично, било стимулиращо към акта
63. Какъв би бил ефекта от обсъждане на темата суицид по инициатива на психолога?
- негативен, ще се активират скритите намерения на пациента
 - негативен, пациентът ще се почувства обиден и злепоставен
 - позитивен, ще се уточни интензивността на суицидните намерения и ще се вентилира емоцията
65. Как се постига прецизна оценка на степента на олигофрения?
- като се извършат прецизни психологични изследвания
 - като се направи анализ на живота и уменията на пациента и се съпоставят с данните от психологичните изследвания
 - като се изучи подробно медицинската му документация
66. Какъв е базисния модел на работа с пациенти с лека олигофрения?
- патерналистичен (обучително - попечителски)
 - диагностично - аналитичен
 - партньорски, изграждане на автономност на пациента
67. При кой тип оглупяване е по-характерно относително запазване на предболестните нагласи и самооценки.
- съдовата
 - дегенеративната
 - няма разлика
68. В коя област са най-характерните шизофренни синдроми
- няма определена област, заболяването е с генерализирани прояви
 - в емоциите, мисленето, възприятно-представната област
 - в интелекта и паметта
69. В коя област са най-характерните афективни синдроми
- няма определена област, заболяването е с генерализирани прояви
 - водещи емоционални, понякога съпроводени с мисловни и волеви
 - интелект и памет
70. В коя област са най-изразените прояви на личностовото разстройство
- няма определена област, заболяването е с генерализирани прояви
 - водещи са емоционалните и поведенческите, съчетани с дезадаптираност
 - в мислене, интелект и памет