

ЧАСТЬ V ВОПРОСЫ С МНОЖЕСТВЕННЫМ ВЫБОРОМ И ОТВЕТЫ

ВОПРОСЫ С МНОЖЕСТВЕННЫМ ВЫБОРОМ

1 Оценка

1.1 При психиатрической оценке ребенка:

- (а) Между сообщениями родителей и самоотчетами детей об эмоциональных симптомах низкий уровень согласия
- (б) Если психиатрические симптомы причиняют ребенку много страданий, но не вызывают социальных нарушений, не следует диагностировать расстройство
- (в) Обычно можно установить причину детских психических расстройств
- (г) При планировании лечения полезно выявить сильные стороны ребенка и семьи
- (д) Объяснения симптомов семьей и специалистами часто сильно различаются

1.2 Извлекая информацию у родителей:

- (а) Полностью структурированные интервью дают более детальную картину детских симптомов, чем структурированные интервью
- (б) Опросники могут быть полезным скрининговым устройством
- (в) При полуструктурированных интервью наличие симптомов обычно оценивают согласно критериям интервьюера, а не респондента
- (г) Обычно отца принимают отдельно, чтобы установить его точку зрения на проблему
- (д) История раннего детства не имеет значения при расстройствах подросткового возраста

1.3 Касательно индивидуальных интервью с детьми:

- (а) Совершенно необходимо немедленно сосредоточиться на эмоциональных или поведенческих проблемах, иначе дети потеряют интерес
- (б) В направленном расспрашивании детей в возрасте до 10 лет немного смысла
- (в) Дети редко сами делятся информацией о навязчивостях и компульсиях, пока их прямо об этом не спросят
- (г) Сведения о взаимоотношениях со сверстниками, полученные от детей, могут значительно отличаться от сведений родителей и учителей
- (д) Дети могут бояться, что им сделают укол или госпитализируют в отделение стационара

1.4 При психиатрической оценке ребенка:

- (а) Учителя - не очень надежные информанты по поводу деструктивного поведения
- (б) Учителя могут неправильно истолковать специфические проблемы с обучением как гиперактивность
- (в) Всем детям следует полный физический осмотр в т.ч. измерение роста, веса и аускультацию сердца
- (г) Большая часть синдромов дисморфизма будут просмотрены, если ребенка не осмотреть раздетым
- (д) Ребенку с регрессией и потерей установившихся навыков следует пройти неврологическое обследование

2 Классификация

2.1 Касательно классификации проблем с психическим здоровьем у детей и подростков:

- (а) Категориальный подход почти без исключений превосходит размерный подход
- (б) Проблемы, возникающие только дома или только в школе, менее вероятно отражают конституциональные факторы, чем проблемы, возникающие в обеих обстановках
- (в) Оппозиционно-вызывающее расстройство категоризируют как эмоциональное расстройство вследствие преобладающего настроения
- (г) Почти все подростковые расстройства соответствуют одной из трех группировок - эмоциональные, деструктивные или расстройства развития
- (д) Современные детские психиатрические схемы различают расстройства в значительной степени на том основании, что у них различные признаки и симптомы, а не на том основании, что у них различные причины

2.2 DSM-IV и МКБ-10 (исследовательская версия):

- (а) Различаются в некоторых деталях, но в общем подходе сходны
- (б) Включают только те диагностические категории, которые были обоснованы в эпидемиологических и многомерных исследованиях
- (в) Используют операциональные диагностические критерии
- (г) Включают категории для детей, не соответствующих операциональным критериям
- (д) Часто судят, присутствует ли расстройство или нет на основании уровня страданий или социальных нарушений, а также на основании профиля симптомов

2.3 В многоосевых схемах DSM-IV и МКБ-10:

- (а) Поведенческое или эмоциональное расстройство кодируют по первой оси каждой схемы
- (б) Расстройство чтения в МКБ-10 также кодируют по первой оси, а в DSM-IV - нет
- (в) Генерализованную недостаточную обучаемость и расстройство чтения в DSM-IV кодируют по разным осям
- (г) DSM-IV включает отдельную ось для наивысшего уровня преморбидного функционирования
- (д) В обеих схемах имеется ось для текущего уровня социальных нарушений/адаптивного функционирования

2.4 Факторный и кластерный анализ:

- (а) Факторный анализ выявляет размерности
- (б) Кластерный анализ классифицирует свойства
- (в) Число кластеров устанавливают по собственному значению
- (г) Элементы, вносящие вклад в одну размерность, плохо коррелируют друг с другом
- (д) Картина кластеров может зависеть от того, какие свойства принимают во внимание

3 Эпидемиология

3.1 Эпидемиологические исследования детей и подростков в целом показали, что:

- (а) У 25-40% - психическое расстройство
- (б) Одно из наиболее распространенных детских психических расстройств - аутистические расстройства

- (в) У детей с поведенческими проблемами очень редко бывают также и эмоциональные проблемы
- (г) Большинство детей с психическими расстройствами обращаются к специалистам по психическому здоровью
- (д) За последние десятилетия психосоциальные расстройства стали встречаться реже

3.2 *У девочек чаще, чем у мальчиков встречается ниже следующее:*

- (а) Дневной энурез
- (б) Гиперкинетический синдром
- (в) Задержка речи
- (г) Нервная анорексия
- (д) Завершенный суицид

3.3 *У мальчиков чаще, чем у девочек возникает ниже следующее:*

- (а) Фобия животных
- (б) Отказ от школы
- (в) Передозировки в возрасте тинейджеров (с 13 до 20)
- (г) Элективный мутизм
- (д) Расстройство поведения

3.4 *В подростковом возрасте более вероятно, чем в детском, имеются следующие расстройства:*

- (а) Энурез
- (б) Нервная анорексия
- (в) Депрессия
- (г) Аутизм
- (д) Элективный мутизм

3.5 *Социальному неблагополучию сопутствует гораздо более высокая частота следующего:*

- (а) Прогулы
- (б) Аутизм
- (в) Легкая генерализованная недостаточная обучаемость
- (г) Отказ от школы
- (д) Подростковая делинквентность

4 Аутистические расстройства

4.1 *Характерные признаки инфантильного аутизма включают:*

- (а) Повторяющееся и ритуалистическое поведение
- (б) Фобии
- (в) Самоповреждение
- (г) Плохие навыки общения
- (д) Недостаток социального интереса или социальных навыков

4.2 *Среди аутичных детей довольно распространены следующие признаки:*

- (а) Труднее сходиться с взрослыми, чем с другими детьми того же возраста
- (б) Эхолалия

- (в) Безразличие к изменениям обстановки
- (г) Окружность головы больше 97-го перцентиля
- (д) Избегание взгляда

4.3 Среди аутичных детей и подростков довольно распространены следующие признаки:

- (а) Галлюцинации
- (б) Махание руками
- (в) Склонность обращаться с людьми как с вещами
- (г) Начинающиеся в подростковом возрасте припадки
- (д) Чрезмерная активность и плохое внимание

4.4 Младенческий аутизм:

- (а) Известен также как синдром Аспергера
- (б) Никогда не затрагивает поведение до 6-месячного возраста
- (в) Долингвистическая шизофрения
- (г) Всегда начинается до 28 месяцев
- (д) После периода нормального развития может возникать потеря речи

4.5 При оценке предположительно аутичного ребенка, важно принять во внимание следующие дифференциальные диагнозы:

- (а) Тревога в связи с разлукой
- (б) Синдром Ретта
- (в) Генерализованная недостаточная обучаемость
- (г) Дислексия
- (д) Дисфазия развития (задержка речи)

4.6 Младенческий аутизм:

- (а) В равной степени поражает лиц мужского и женского пола
- (б) Поражает примерно 4-6 детей на 1000
- (в) Обычно у родителей высокое социально-экономическое положение
- (г) Часто вызван холодными матерями, которым не удается установить нормальные связи
- (д) Поражает 25% полных сиблингов.

4.7 Прогноз аутизма хуже, если:

- (а) IQ менее 60
- (б) Имеется неуклюжесть
- (в) Ребенок мужского пола
- (г) В 5 лет отсутствует полезная речь
- (д) Картина ритуалов со временем меняется

4.8 Примерно половина аутичных индивидуумов:

- (а) Никогда не приобретают полезную речь
- (б) Умирают до 30 лет
- (в) Теряют когнитивные навыки в позднем подростковом возрасте
- (г) Никогда не вступают в брак или не имеют оплачиваемой работы
- (д) Во взрослой жизни остаются заметно отчужденными

4.9 *Обычные когнитивные данные аутичных детей включают следующее:*

- (а) Вербальный IQ гораздо ниже, чем IQ деятельности
- (б) Потеря ранее приобретенных навыков между 3 и 10 годами
- (в) Низкие способности в большинстве сфер перемежаются островками нормальных или превосходных способностей
- (г) Избирательная агнозия звуков высокой частоты
- (д) Дефект в «Теории разума»

4.10 *При синдроме Аспергера обычно следующее:*

- (а) Ограниченные интересы
- (б) Грациозность
- (в) Высокопарная речь
- (г) Социальное понимание нарушено
- (д) Выраженная задержка речи в дошкольном возрасте

5 Гиперактивность (Гиперкинез/СДВГ)

5.1 *Гиперактивность:*

- (а) Обычная жалоба родителей на своих детей
- (б) Встречается главным образом у детей из среднего класса общества
- (в) Поражает одинаковое число мальчиков и девочек
- (г) В Соединенном Королевстве диагностируется чаще, чем в США
- (д) Обычно впервые диагностируется в возрастном промежутке от 5 до 11 лет

5.2 *Характерные признаки гиперактивности включают:*

- (а) Короткий интервал внимания
- (б) Махание руками и другие манерности
- (в) Ерзание
- (г) Приподнятое настроение
- (д) Недостаток избирательной привязанности к родителям

5.3 *Характерные признаки гиперактивности включают:*

- (а) Отвлекаемость
- (б) Импульсивность
- (в) Вставание и блуждание вокруг, когда требуется сидеть тихо
- (г) Внезапные, повторяющиеся, стереотипные, бесполезные движения
- (д) Выкрикивает в классе и не дожидается своей очереди в игре

5.4 *Следующие признаки подвергают диагноз гиперактивности серьезному сомнению:*

- (а) О симптомах сообщают родители, но не учитель ребенка
- (б) Начало в возрасте 12 лет
- (в) Хорошее поведение на протяжении 15-минутного обследования психического состояния
- (г) Ночью беспробудно спит
- (д) После того, как поест томаты, апельсины или некоторые другие естественные пищевые продукты, симптомы ухудшаются

5.5 *Гиперактивные дети вероятно:*

- (а) Выше среднего интеллекта
- (б) Непослушны дома и/или деструктивны в классе
- (в) Популярны у одноклассников
- (г) В школе учатся ниже своих возможностей
- (д) Фамильярны или расторможены с незнакомыми взрослыми

5.6 *Гиперактивность:*

- (а) Обычно связана с историей родительского пренебрежения
- (б) Обычно связана с доказуемым повреждением мозга
- (в) Чаше бывает у лиц с эпилепсией
- (г) Связана с другими расстройствами развития, например, с задержкой речи, неуклюжестью
- (д) Чаше встречается у детей, с младенчества выращенных в учреждениях

5.7 *Естественная история гиперактивности:*

- (а) Гиперактивные дети часто бывают чрезмерно активны и невнимательны, начиная с возраста ходунков-ползунков
- (б) Симптомы могут не вызывать озабоченности до поступления в школу
- (в) Чрезмерная активность и невнимательность обычно начинают причинять меньше неприятности в возрасте тинейджеров (с 13 до 20)
- (г) Значимое меньшинство остается беспокояными и невнимательными во взрослом возрасте
- (д) У гиперактивных детей повышен риск преступности и злоупотребления психоактивными веществами во взрослой жизни

5.8 *Лечение гиперактивности:*

- (а) Гиперактивность - хорошая мишень для психодинамической психотерапии
- (б) Гиперактивных детей лучше всего помещать в деятельную обстановку классной комнаты, потому что повышенное возбуждение улучшает внимание
- (в) Барбитураты противопоказаны
- (г) Обычно полезно исключение из диеты искусственных добавок
- (д) При лечении гиперактивности продемонстрирована ценность имипрамина

5.9 *Признанные побочные эффекты при лечении 6-10-летних детей стимуляторами включают:*

- (а) Пристрастие
- (б) Повторяющиеся действия или стереотипии
- (в) Замедление роста
- (г) Парадоксальное нарастание аппетита и сна
- (д) Тики

6 Расстройство поведения

6.1 *Расстройства поведения:*

- (а) До 7-летнего возраста чаще встречаются у девочек, чем у мальчиков
- (б) Чаше встречаются в старой части городов
- (в) Обычно ограничиваются одной ситуацией, например, в школе, но не дома, или наоборот

- (г) Одно из наиболее распространенных детских психических расстройств
- (д) Обычно более преходящи, чем эмоциональные расстройства

6.2 *Риск расстройства поведения увеличивают следующие факторы у ребенка:*

- (а) Гиперактивность
- (б) IQ менее 70
- (в) Специфическое расстройство чтения
- (г) Эпилепсия
- (д) «Трудный» темперамент в младенчестве

6.3 *Риск расстройства поведения увеличивают следующие семейные факторы:*

- (а) Супружеские разногласия или разрыв
- (б) Высокие родительские ожидания
- (в) Психическое заболевание родителя
- (г) Перенаселенность и бедность
- (д) Выход матери на работу

6.4 *Риск расстройства поведения увеличивают следующие семейные факторы:*

- (а) Чрезмерная материнская опека
- (б) Строгие домашние правила и плотный надзор
- (в) Родительская преступность
- (г) Большой размер семьи
- (д) Пожилые родители

6.5 *Характерные признаки оппозиционно-вызывающего расстройства:*

- (а) Повторные кражи из магазинов
- (б) Частый отказ подчиняться требованиям взрослых
- (в) Частые вспышки гнева
- (г) Часто нарочно досаждают другим
- (д) Устойчивые прогулы

6.6 *8-летний мальчик упорно крадет из дома. Правдоподобны следующие формулировки:*

- (а) Он пополняет недостаток карманных денег, так как получает меньше своих друзей
- (б) Кражи - составляющая реакции горя после недавней тяжелой утраты
- (в) Ему нужны наличные деньги, чтобы заплатить обидчикам в школе за «защиту»
- (г) Он чувствует жажду любви и крадет для утешения
- (д) У него SRMR (специфическая отсталость моральных рассуждений) и не различает, что хорошо, а что плохо.

6.7 *Прогноз расстройств поведения в детском возрасте ухудшают следующие признаки:*

- (а) Более разнообразные поведенческие симптомы
- (б) Плохие взаимоотношения со сверстниками
- (в) Сопутствующая гиперактивность
- (г) Проблема заметно только в одной обстановке, например, в школе
- (д) Позднее начало

6.8 *Расстройство поведения:*

- (а) Почти у всех молодых взрослых правонарушителей в детстве было расстройство поведения
- (б) Большинство детей с расстройством поведения становятся молодыми взрослыми правонарушителями
- (в) В детстве расстройство поведения чаще связано с тревогой, чем с депрессией
- (г) Дети с расстройством поведения с особенной вероятностью неверно интерпретируют действия других детей как враждебные
- (д) Расстройство поведения увеличивает риск депрессии во взрослой жизни, особенно у лиц женского пола

6.9 *Прогулы:*

- (а) Прогуливающие дети, вероятно, находятся дома, когда их нет в школе
- (б) Признанная причина - тяжелая депрессия
- (в) Прогулам сопутствует расстройство поведения и делинквентность
- (г) У большинства прогульщиков способности к учебе ниже среднего
- (д) Прогулы - самая распространенная причина отсутствия в школе во всех возрастах

7 Подростковая делинквентность

7.1 *Подростковая делинквентность:*

- (а) Насильственные преступления достигают пика в позднем отрочестве, а затем на протяжении взрослой жизни снижаются
- (б) Большая часть подростковой делинквентности включает преступления против собственности, а не против людей
- (в) Все типы преступлений несовершеннолетних чаще встречаются у лиц мужского пола
- (г) Молодые люди из среднего класса общества по данным судимостей менее делинквентны, но согласно самоотчетам это не так.
- (д) В равной степени обнищавшие районы по уровню делинквентности могут заметно различаться

7.2 *Подростковая делинквентность:*

- (а) Обычно ведет к преступности взрослых
- (б) Сопровождается преступностью родителей и сиблингов
- (в) Почти всегда связана с явным психическим расстройством
- (г) Высоко наследуема
- (д) Обычное последствие энцефалита

7.3 *Подростковой делинквентности сопутствует:*

- (а) Интеллект ниже среднего
- (б) Характерные аномалии ЭЭГ
- (в) Проблемное поведение в школу с раннего возраста
- (г) Черствость
- (д) Плохие взаимоотношения со сверстниками

7.4 *Подростковой делинквентности сопутствуют следующие семейные факторы:*

- (а) Бедность
- (б) Наличие старших братьев
- (в) Высокие родительские ожидания
- (г) Неустойчивая или непоследовательная дисциплина
- (д) Критическое и холодное воспитание

8 Отказ от школы

8.1 *Отказ от школы:*

- (а) Чаще встречается в 14 лет, чем в 10
- (б) Больше поражает девочек, чем мальчиков
- (в) Наиболее распространенное предъявление эмоционального расстройства в детском возрасте
- (г) Сопровождается низким социально-экономическим статусом
- (д) Связан с большим размером семьи

8.2 *Отказ от школы:*

- (а) Обычно начинается в конце мая (перед экзаменами)
- (б) Чаще встречаются у мальчиков
- (в) Часто может быть установлен кристаллизующий фактор
- (г) Обычно бывает неудача в учебе
- (д) Самая распространенная причина непосещения школы у подростков

8.3 *При отказе от школы:*

- (а) Школьные факторы неважны
- (б) В его основе редко лежит такая причина, как депрессия
- (в) Избыточно распространены жалобы на боли в животе
- (г) У ребенка часто страх покидать дом, а не идти в школу
- (д) Ребенок может бояться других детей

8.4 *Отказ от школы:*

- (а) Родители часто принимают чрезмерное эмоциональное участие в ребенке
- (б) Сопровождается строгой дисциплиной дома
- (в) У ребенка обычно гиперкинез
- (г) Часто связан с делинквентностью
- (д) Часто отражает мнение семьи, что школьное обучение неважно

8.5 *Отказ от школы:*

- (а) У 8-летнего может быть проявлением тревоги в связи с разлукой
- (б) У 15-летнего может быть проявлением депрессии
- (в) Может предъявляться как головная боль
- (г) У 10-летнего вероятно связан с кражей у матери
- (д) У 14-летнего обычно предвестник агорафобии во взрослой жизни

8.6 *При лечении отказа от школы:*

- (а) Как правило, противопоказано быстрое возвращение в школу
- (б) В некоторых случаях требуется стационарное лечение
- (в) Часто необходима смена школы
- (г) Трициклические антидепрессанты часто ускоряют возвращение в школу
- (д) Обычно полезная промежуточная мера - домашнее обучение

8.7 *Отказ от школы:*

- (а) При лечении более половины возвращаются к полному посещению школы
- (б) Возвращение в школу более вероятно у младших детей
- (в) Без лечения часто превращается в прогулы
- (г) Во взрослой жизни за ним обычно следует устойчивое невротическое расстройство
- (д) Часто ведет к отказу от работы на протяжении жизни

9 Тревожные расстройства

9.1 *Тревожные расстройства в детстве:*

- (а) Среди наиболее распространенных видов детских психических расстройств
- (б) Обычно возникают вместе с депрессивными расстройствами
- (в) Обычно возникают вместе с расстройствами привязанности
- (г) Обычно возникают вместе с расстройствами чтения
- (д) Возникают чаще, если у родителей тревожные расстройства

9.2 *Тревожное расстройство в связи с разлукой:*

- (а) Главным образом расстройство дошкольников
- (б) Обычная причина отказа от школы
- (в) Как правило, включает нежелание говорить кроме как дома
- (г) Могут помочь трициклические антидепрессанты
- (д) Часто приводит к агорафобии во взрослой жизни

9.3 *Генерализованное тревожное расстройство:*

- (а) После полового созревания встречается реже
- (б) Включает широкий круг беспокойств о прошлом, настоящем и будущем
- (в) Часто приводит к соматическим жалобам
- (г) Обычно возникает вместе с другими тревожными или депрессивными расстройствами
- (д) Целесообразно лечить когнитивной терапией

9.4 *Специфические фобии:*

- (а) Могут быть диагностированы, только если ребенок признает, что страх иррациональный
- (б) Могут быть диагностированы, только если пугающий стимул либо избегают, либо выдерживают с интенсивными страданиями
- (в) В равной степени распространены у мальчиков и у девочек
- (г) Целесообразно лечить поведенческими или когнитивными методами
- (д) Обычно следуют за травмирующим событием и разрешаются в пределах шесть месяцев

10 Депрессия и мания

10.1 Депрессивные расстройства в детском и подростковом возрасте:

- (а) Более вероятно, чем их взрослые аналоги включают нарушения сна и аппетита
- (б) Менее вероятно, чем их взрослые аналоги включают чувство вины и безнадежности
- (в) Обычная причина отказа от школы
- (г) Обычная причина энуреза
- (д) Более тесно связаны со школьными переходами, чем с уровнем полового созревания

10.2 Депрессивные расстройства в детском и подростковом возрасте:

- (а) Присутствуют примерно у 8% 10-летних
- (б) Присутствуют примерно у 20% 15-летних
- (в) Продемонстрирована роль психологической терапии
- (г) Продемонстрирована роль трициклических антидепрессантов
- (д) Обычно прекращается в течение 6 месяцев и редко повторяется

10.3 Мания в детском и подростковом возрасте:

- (а) После полового созревания становится гораздо более распространенной
- (б) У детей до пубертатного возраста обычно хроническая, а не эпизодическая
- (в) Редко бывает в начале биполярного расстройства - обычно первой идет депрессия
- (г) Часто сопровождается галлюцинациями или бредом «первого ранга»
- (д) Ее не следует лечить нейролептиками

11 Суицид и умышленное самоповреждение

11.1 Завершенный суицид у детей и подростков:

- (а) Почти неизвестно до 10 лет
- (б) Чаше встречается у лиц женского пола
- (в) Самоотравление более типично для мужских суицидов, чем для женских
- (г) Чаше встречается в странах, где легко доступно огнестрельное оружие
- (д) Частота систематически падала на протяжении десятилетий, а теперь снова растет

11.2 Риск завершенного суицида в детском и подростковом возрасте повышен, если:

- (а) У индивидуума деструктивное поведенческое расстройство
- (б) У членов семьи депрессия и другие эмоциональные проблемы
- (в) У членов семьи проблемы с алкоголем или злоупотреблением наркотиками
- (г) Был дисциплинарный кризис
- (д) Индивидуум говорил о самоубийстве

11.3 Умышленное самоповреждение (суицидальная попытка) у детей и подростков:

- (а) Встречается примерно в 14 раз чаще, чем завершенный суицид
- (б) Теперь встречается гораздо чаще, чем 50 лет назад
- (в) У большинства текущее или недавнее психическое расстройство
- (г) Менее чем у 5% предшествующая история самоповреждения
- (д) Обычно планируется между 6 и 24 часами

11.4 *Вероятность умышленного самоповреждения (суицидальной попытки) у детей и подростков увеличивают:*

- (а) История физического или сексуального насилия
- (б) Помещение в детский дом
- (в) Легкий доступ к лекарственным препаратам
- (г) Проблемы в школе или на работе
- (д) Недавние сообщения о суицидальных попытках в средствах информации

11.5 *Прогноз умышленного самоповреждения (суицидальной попытки) у детей и подростков:*

- (а) Примерно 10% повредят себя снова в течение года
- (б) Обширная психопатология в семье увеличивает вероятность повторения
- (в) Психическое расстройство увеличивает вероятность повторения
- (г) Повторение более вероятно у лиц женского пола
- (д) Примерно 5%, в конечном счете, убьют себя

12 Реакции на стресс

12.1 *Горе в детстве:*

- (а) Первоначальная кризисная реакция часто включает не явные страдания, а эмоциональное оцепенение
- (б) Могут быть выражены гнев и обида
- (в) Чувства безнадежности, никчемности и вины редки, если только тяжелая утрата не спровоцировала депрессивное расстройство
- (г) Дети очень быстро образуют новые привязанности, чтобы возместить потерю ключевых фигур привязанности
- (д) Продвижение через стадии горя не является необратимым - дети могут двигаться как вперед, так и назад

12.2 *Посттравматическое стрессовое расстройство может быть инициировано:*

- (а) Медицинскими процедурами
- (б) Сексуальным насилием
- (в) Угрожающими жизни травмами или заболеваниями
- (г) Отверганием друзьями
- (д) Свидетельствованием, как один родитель атакует другого

12.3 *Характерные признаки посттравматического стрессового расстройства:*

- (а) Плохая концентрация внимания
- (б) Потеря аппетита
- (в) Повторяющееся проигрывание травмы в игре
- (г) Неспособность вспомнить важный аспект травмы
- (д) Неразборчивое дружелюбие

12.4 *Характерные признаки посттравматического стрессового расстройства:*

- (а) Чрезмерная стартл-реакция
- (б) Стрдание при напоминании
- (в) Энурез

- (г) Деструктивность
- (д) Навязчивые образы

13 Обсессивно-компульсивное расстройство

13.1 Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) детского возраста:

- (а) Поражает лиц женского пола, больше, чем мужского
- (б) Включает симптомы, очень сходные с ОКР у взрослых
- (в) Может не включать сопротивление обсессиям и компульсиям
- (г) Часто сопровождается тревожными или депрессивными расстройствами
- (д) Имелось у 70% взрослых с ОКР

13.2 Причинность обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) детского возраста:

- (а) ОКР может быть частью врожденного кокаинового синдрома
- (б) Семейные исследования позволяют полагать, что ОКР генетически связано с синдромом Туретта
- (в) Исследования цереброспинальной жидкости позволяют полагать, что ОКР сопутствует гиперсекреция мелатонина
- (г) Сканирующие исследования позволяют полагать, что ОКР включает патологию теменной доли
- (д) ОКР может последовать за острой стрептококковой инфекцией

13.3 При обсессивно-компульсивном расстройстве детского возраста обычно полезно следующее лечение:

- (а) Психодинамическая психотерапия
- (б) Парадоксальное предписание
- (в) Предотвращение реакции
- (г) Кломипрамин
- (д) Фенфлюрамин

14 Синдром Туретта и другие тиковые расстройства

14.1 Тики:

- (а) Внезапные, частые, стереотипные и бесполезные
- (б) Им может предшествовать предваряющий позыв
- (в) Могут принимать форму сложных моторных действий
- (г) Во сне редуцированы или отсутствуют
- (д) Поражают более 1% детей в какое-либо время жизни

14.2 Тики:

- (а) Могут принимать форму сопения, хрюканья или слов
- (б) Обычно начинаются к 4 годам
- (в) Обычно могут быть временно подавлены усилием воли
- (г) Как правило, ухудшаются при стрессе
- (д) Редко присутствуют когда индивидуум один и расслаблен

14.3 При синдроме Туретта:

- (а) Распространенность менее 1 на 10 000
- (б) Лица мужского пола сильно превосходят численностью лиц женского пола
- (в) Голосовые тики обычно появляются перед моторными тиками
- (г) Более чем у 80% встречается копролалия
- (д) Часто встречается эпилепсия

14.4 При синдроме Туретта:

- (а) Примерно у 30% пораженных индивидуумов генерализованная недостаточная обучаемость
- (б) Часто встречаются невнимательность и гиперактивность
- (в) У большинства имеются очаговые неврологические симптомы
- (г) Часто встречаются обсессивно-компульсивные симптомы
- (д) Обычно симптомы прогрессивно ухудшаются на протяжении взрослой жизни

14.5 При синдроме Туретта:

- (а) Семейная история шизофрении встречается чаще, чем ожидается случайно
- (б) Семейная история обсессивно-компульсивного расстройства встречается чаще, чем ожидается случайно
- (в) Признанное лечение тиков - нейролептики
- (г) Признанное лечение тиков - стимуляторы
- (д) Признанное лечение тиков - имипрамин

15 Элективный мутизм

15.1 Элективный мутизм чаще встречается у:

- (а) Лиц мужского пола
- (б) Единственных детей
- (в) Детей с интеллектом ниже среднего
- (г) Детей из хаотичных или социально неблагополучных семей
- (д) Детей с артикуляционными трудностями

15.2 Элективный мутизм:

- (а) Поражает менее 0,1% 6-10-летних.
- (б) Ребенок может говорить в школе, но не дома
- (в) Дети часто также соответствуют диагностическим критериям тревожных расстройств
- (г) Обычно начинается внезапно, часто после явного стресса
- (д) Если не разрешится в пределах 12 месяцев, часто длится более 5 лет

16 Расстройства привязанности

16.1 Расстройства привязанности:

- (а) Одно из немногих расстройств, которые могут быть диагностированы у младенца 6 месяцев
- (б) Может начаться в позднем детстве, если ребенок осиротел
- (в) Обычно включают отсутствие воображаемой игры

- (г) Могут быть ограничены серьезно испорченными взаимоотношениями с ключевым воспитателем
- (д) Распространенные последствия длительных разлук матери с младенцем в неонатальном периоде

16.2 *Дети с реактивным расстройством привязанности (ингибированного типа) обычно проявляют:*

- (а) Прилипчивость в младенчестве
- (б) Недостаток эмоциональной отзывчивости
- (в) Амбивалентность к воспитателям
- (г) Печаль
- (д) Готовность обращаться к относительно незнакомым взрослым за утешением, когда расстроены

16.3 *Дети с расторможенным расстройством привязанности обычно проявляют:*

- (а) Стремление привлечь внимание
- (б) Сверхбдительность
- (в) Сниженная потребность во сне
- (г) Неразборчивое дружелюбие
- (д) Агрессию в ответ на страдания другого человека

17 Энурез

17.1 *Эпидемиология энуреза:*

- (а) Ночной энурез в возрасте 5 лет встречается примерно одинаково часто у лиц мужского пола и женского пола
- (б) Ночной энурез в возрасте 7 лет чаще встречается у лиц мужского пола, чем у лиц женского пола
- (в) Дневной энурез в возрасте 9 лет чаще встречается у лиц мужского пола, чем у лиц женского пола
- (г) Мочатся в постель, по меньшей мере, раз в неделю около 10% 5-летних или более
- (д) У большинства детей, которые мочатся в постель, к 9 годам, бывает, по меньшей мере, одна длительная ремиссия, когда они остаются сухими каждую ночь

17.2 *У школьников с ночным энурезом:*

- (а) Вероятна семейная история: энурез у родственника первой степени
- (б) Часто структурные аномалии мочевых путей
- (в) Всегда задержка созревания
- (г) Риск бессимптомных инфекций мочевых путей существенно выше, чем у других детей
- (д) Обычно эпилепсия или эпилептиформные разряды на ЭЭГ

17.3 *Ночной энурез более вероятен:*

- (а) У детей, которые подверглись стрессу в возрасте до 4 лет
- (б) Во время БДГ сна
- (в) У детей, испытавших жесткое приучение к туалету
- (г) У детей, которые особенно глубоко спят
- (д) Когда приучение к туалету было начато после 24 месяцев

17.4 *Психиатрические корреляты энуреза:*

- (а) Энурез обычно входит в состав более широкого психиатрического синдрома
- (б) Энурез обычно связан с эмоциональными симптомами, а не с поведенческими проблемами
- (в) Психиатрические симптомы более вероятны, если ребенок мочится днем, а не только ночью
- (г) Психиатрические симптомы встречаются чаще, если энурез первичный, а не вторичный
- (д) Дети, у которых энурез разрешился, больше не подвержены повышенному психиатрическому риску

17.5 *Оценка 9-летней девочки с ночным энурезом должна включать:*

- (а) Гинекологическое обследование
- (б) ЭЭГ
- (в) Цистометрию
- (г) Анализ мочи
- (д) Цистограмму во время мочеиспускания

17.6 *Какое из следующих видов лечения снижает частоту обмачивания постели:*

- (а) Трициклические антидепрессанты
- (б) Медикаментозное лечение стимуляторами
- (в) Десмопрессин
- (г) Антихолинергическое медикаментозное лечение
- (д) Карбамазепин

17.7 *Что из следующего при правильном применении в течение трех месяцев, обычно приводит к длительному излечению от обмачивания постели:*

- (а) Амитриптилин
- (б) Ограничение жидкости по вечерам
- (в) Будильник от энуреза
- (г) Бужение ребенка, чтобы сходить в туалет, после пары часов сна
- (д) Синтетический антидиуретический гормон

17.8 *Ночной энурез более вероятно будет продолжаться у детей:*

- (а) Женского пола
- (б) Которые раньше никогда не были сухими, по меньшей мере, шесть месяцев
- (в) С положительной семейной историей энуреза
- (г) Растущих в бедности
- (д) Которые мочатся в постель каждую ночь, а не несколько ночей в неделю

18 Фекальное загрязнение

18.1 *Фекальное удержание:*

- (а) Надежный контроль над кишечником в норме – к возрасту 18 месяцев
- (б) Загрязнение один раз в месяц и более поражает примерно 5% 4-летних
- (в) Загрязнение один раз в месяц и более поражает примерно 5% 7-летних
- (г) Загрязнение один раз в месяц и более поражает более 1% 11-летних
- (д) Загрязнение гораздо чаще поражает мальчиков, чем девочек

18.2 *Признанные причины фекального загрязнения включают:*

- (а) Несоответствующее приучение к туалету
- (б) Диета с высоким содержанием клетчатки
- (в) Генерализованная недостаточная обучаемость
- (г) Сексуальное насилие
- (д) Скрытая агрессия по отношению к семье

18.3 *Признанные причины фекального загрязнения включают:*

- (а) Запор
- (б) Страх туалета
- (в) Семейная фиксация на привычках опорожнения кишечника
- (г) Заболевания центральной нервной системы
- (д) Глистная инвазия кишечника

18.4 *Детям с фекальным загрязнением часто требуется:*

- (а) Слабительные
- (б) Промывания кишечника
- (в) Имипрамин
- (г) Поведенческие программы
- (д) Стационарное лечение

18.5 *Прогноз хуже, когда фекальное загрязнение:*

- (а) Встречается у девочек
- (б) Сопровождается гиперактивностью
- (в) Встречается в течение дня, а не во сне
- (г) Сопровождается другими проблемами развития
- (д) Сопровождается социальными или школьными проблемами

19 Расстройства сна

19.1 *Расстройство суточного цикла сна-бодрствования.*

- (а) Синдром опережения фазы сна (засыпать рано, просыпаться рано) часто обусловлен тем, что детей слишком рано посылают в постель
- (б) Синдром опережения фазы сна обычно меняется на противоположный с помощью 5-дневного курса мелатонина по вечерам
- (в) Синдром задержки фазы сна (засыпать поздно, просыпаться поздно) часто предьявляется ухудшением школьных показателей
- (г) Если фаза сна задержана на 2 часа, лечение включает позволение индивидуумам несколько дней спать так долго, как им нужно, перед постепенным сдвиганием времени подъема на более раннее
- (д) Если фаза сна задержана на 6 часов, часто легче задержать цикл еще на 18 часов, чем сдвинуть его вперед на 6 часов

19.2 *Обструктивное апноэ во сне*

- (а) Поражает около 15% детей
- (б) Может приводить к дневной гиперактивности

- (в) Чаще встречается при синдроме Дауна
- (г) Более 80% пораженных детей тучные
- (д) Обычно обусловлено увеличенными миндалинами и аденоидами

19.3 Следующее увеличивает вероятность того, что ребенок переживает не ночные кошмары, а повторяющиеся ночные ужасы:

- (а) Приступы возникают в течение БДГ (с быстрыми движениями глаз) сна
- (б) Приступы обычно возникают в пределах часа или двух после первого засыпания
- (в) После приступа ребенок укладывается снова спать без пробуждения
- (г) В течение приступа ребенок вылезает из постели и носится повсюду в ажитированном состоянии
- (д) Ободрение и утешение родителя помогает

19.4 Нарколепсия:

- (а) Поражает, по меньшей мере, 1 из 1000 детей
- (б) Включает элементы не-БДГ сна, внедряющиеся в бодрствование
- (в) Классически включает тетраду: приступы сна, катаплексия, снохождение и галлюцинации
- (г) При лечении приступов сна может быть полезен метилфенидат
- (д) При лечении катаплексии могут быть полезны трициклические антидепрессанты

20 Психосоматика

20.1 Психосоматические проблемы у детей более вероятны:

- (а) В семьях, которые приписывают симптомы средовым или психологическим факторам
- (б) Среди добросовестных, чувствительных и неуверенных детей
- (в) Когда дети подвергались издевательствам
- (г) Когда у родственников соматические симптомы
- (д) После органического заболевания

20.2 Рецидивирующие боли в животе в детстве:

- (а) Поражают около 3-5% детей
- (б) Достигают пика в возрасте 10-12 лет
- (в) Примерно в 40% случаев имеют идентифицируемую органическую причину
- (г) Обычно сохраняются во взрослой жизни
- (д) Обычно вторичны по отношению к нераскрытому сексуальному насилию

20.3 У детей с синдромом хронической усталости:

- (а) Усталость обычно длится между 2 и 6 месяцами
- (б) Часто встречается сниженное настроение
- (в) Часто встречаются самообвинение и чувство неполноценности
- (г) Лечение зависит от принятия семьей того, что проблемы - не органические
- (д) Обычное лечение выбора - ступенчатая реабилитация

20.4 Конверсионное расстройство в детстве:

- (а) Главным образом расстройство 5-10-летних
- (б) Поражает мальчиков больше, чем девочек

- (в) Обычно моделируется по образцу заболевания, которое наблюдал ребенок
- (г) Обычно возникает вместе с депрессивным расстройством или другим психиатрическим диагнозом
- (д) По большей части поражает дети из нормальных по-видимости семей

21 Дошкольные проблемы

21.1 *Распространенные проблемы 3-леток включают:*

- (а) Беспокойства
- (б) Пробуждение ночью
- (в) Аутизм
- (г) Чрезмерная активность
- (д) Страхи

21.2 *Факторы, предсказывающие большие поведенческих проблем у 3-леток:*

- (а) Мать на оплачиваемой работе
- (б) Мужской пол
- (в) Специфическая задержка речи
- (г) Материнская депрессия
- (д) Супружеский разлад

21.3 *Касательно 3-леток с умеренными или тяжелыми поведенческими проблемами:*

- (а) Более чем у 75% детей проблемы разрешаются в течение 5 лет
- (б) Разрешение проблем чаще встречается у мальчиков
- (в) Хорошие предикторы хронического течения установленных проблем - семейные факторы
- (г) Ранняя чрезмерная активность - предиктор расстройства поведения в среднем детстве
- (д) Ранняя боязливость - предиктор эмоционального расстройства в среднем детстве

22 Расстройства в подростковом возрасте

22.1 *В репрезентативной выборке подростков с психическими расстройствами:*

- (а) Примерно у половины - длительно существующие расстройства, продолжающиеся со среднего детства, а у другой половины – вновь начавшиеся расстройства
- (б) Длительно существующие расстройства по большей части поведенческие и эмоциональные
- (в) Вновь начавшиеся расстройства по большей части расстройства приема пищи и психотические
- (г) Неблагоприятные семейные факторы чаще связаны с вновь начавшимися, чем с длительно существующими расстройствами
- (д) Образовательные трудности чаще связаны с вновь начавшимися, чем с длительно существующими расстройствами

22.2 *Касательно подросткового употребления наркотиков:*

- (а) Экстази – наиболее употребляемый подростками наркотик
- (б) 60% тинейджеров, экспериментирующих с наркотиками, продолжают регулярно их употреблять

- (в) Большинство молодых взрослых наркоманов впервые начали употреблять наркотики в школе
- (г) Расстройство поведения в истории болезни связано с повышенной частотой употребления наркотиков в подростковом возрасте
- (д) Отказ от школы в истории болезни связан с повышенной частотой употребления наркотиков в подростковом возрасте

22.3 *Обычные побочные эффекты злоупотребления летучими психоактивными веществами («нюханья клея») включают:*

- (а) Астму
- (б) Тошноту и рвоту
- (в) Головную боль или боли в животе
- (г) Эрозию зубной эмали
- (д) Сыпь вокруг носа или рта

22.4 *Смерть от злоупотребления летучими психоактивными веществами («нюханья клея»):*

- (а) Обычно наступает в результате спазма гортани
- (б) Обычно наступает в результате эпилептического статуса
- (в) По большей части наступает у лиц мужского пола
- (г) Только редко наступает у тех, кто употребляет впервые
- (д) Объясняет около 25% смертей в детстве

22.5 *Шизофрения в детском и подростковом возрасте:*

- (а) До семилетнего возраста очень редка
- (б) Во всех возрастах чаще встречаются у лиц мужского пола
- (в) Менее генетическая, чем шизофрения, начинающаяся во взрослом возрасте
- (г) Обычно ей предшествуют трудности социального приспособления
- (д) Сопровождается худшим прогнозом, чем шизофрения, начинающаяся во взрослом возрасте

22.6 *Признанные симптомы шизофрении в детском и подростковом возрасте:*

- (а) Аффективная тупость
- (б) Слуховые галлюцинации - других людей, делающих критические замечания
- (в) Настойчивое требование одинаковости
- (г) Инверсия местоимений
- (д) Расстройство мышления

22.7 *Первые психотические эпизоды в детском и подростковом возрасте:*

- (а) Характерно острое начало
- (б) Эпизод обычно продолжается от одной до шести недель
- (в) Апатия и социальное избегание обычно разрешаются быстрее, чем бред
- (г) Если первоначальный эпизод своевременно лечат, у большинства не бывает дальнейших эпизодов
- (д) Психосоциальное функционирование до эпизода - один из лучших предикторов долгосрочного исхода

22.8 *Нервная анорексия у детей и подростков:*

- (a) Соотношение женского и мужского пола около 3:1
- (б) Примерно одинаковая распространенность по всему миру
- (в) Поражает около 2-4% 15-летних
- (г) Редко встречается до полового созревания
- (д) Раннее начало может приводить к задержке или остановке полового созревания

22.9 *Нервная анорексия у детей и подростков:*

- (a) Начало может быть спровоцировано негативными событиями жизни
- (б) Продемонстрирована ценность семейной терапии
- (в) Без госпитализации редко можно достичь соответствующей прибавки в весе
- (г) В течение пяти лет, 90% полностью выздоравливает
- (д) Большая первоначальная потеря веса предсказывает худший долгосрочный исход

22.10 *Нервная булимия:*

- (a) Обычно связана с депрессией
- (б) Как правило, лечение выбора - когнитивно-поведенческая терапия
- (в) Обычно превышение веса тела над ожидаемым для соответствующего возраста и роста более 25%
- (г) Часто эпизодическая, с ремиссиями и рецидивами
- (д) Более вероятно, чем нервная анорексия, привлекает внимание специалистов

23 **Плохое обращение с детьми**

23.1 *Относительно плохого обращения и насилия:*

- (a) Плохое обращение особенно распространено в первый год жизни
- (б) Частота плохого обращения заметно падает после 10-летнего возраста
- (в) В США около 450 смертей в год - от признанного насилия и пренебрежения
- (г) Распространенное предъявление синдрома Мюнхаузена по доверенности - остановка дыхания
- (д) Большинство случаев синдрома Мюнхаузена по доверенности совершаются отчимом ребенка

23.2 *Когда родители приводят травмированных детей в травмпункт, подозрение на физическое насилие должны усилить следующие составляющие:*

- (a) Задержка при обращении за медицинской помощью
- (б) Родители описывают, как была получена травма, с множеством несущественных деталей
- (в) Ребенок готов расплакаться и боится больничного персонала
- (г) Родители не проявляют большой озабоченности или тревоги
- (д) Родители пытаются покинуть больницу до того, как будет завершено обследование

23.3 *Признанные факторы риска физического насилия включают:*

- (a) Недостаток социальной поддержки у матери
- (б) Тяжелая недееспособность ребенка
- (в) Отец выпивает 4 дозы (40 мл) алкоголя¹⁸ в неделю
- (г) Преждевременное рождение ребенка

(д) Отец безработный

23.4 *Признанные факторы риска физического насилия включают:*

- (а) Мать, работающая полный рабочий день
- (б) Чрезмерно плотный надзор за ребенком
- (в) Возраст ребенка менее одного года
- (г) У родителя расстройство личности
- (д) Прародители живут в том же самом доме

23.5 *Неорганическое нарушение физического развития (ННФР):*

- (а) Не может быть обнаружена медицинская причина низкого веса
- (б) Во время еды часто встречаются отклоняющиеся взаимодействия родитель-ребенок
- (в) Сопровождается значительно повышенным риском последующего пренебрежения и насилия
- (г) Наверстывание прибавки в весе при госпитализации ребенка решительно предполагает ННФР
- (д) Встречается реже, чем психосоциальная низкорослость

23.6 *Относительно эмоционального насилия:*

- (а) Поражает около 30% детей, которые также подвергаются физическому или сексуальному насилию
- (б) Менее повреждающее, чем большинство других форм насилия
- (в) Связано с аутистическими проблемами
- (г) Угрозы оставления могут приводить к тревожным образцам привязанности
- (д) Чрезмерная враждебность и критика родителей увеличивает вероятность того, что дети сами будут обидчиками

23.7 *Относительно сексуального насилия в отношении детей и подростков:*

- (а) О проникающем насилии ретроспективно сообщают примерно 1 из 200 женщин
- (б) Поражает мальчиков меньше, чем девочек
- (в) Наиболее распространенное предьявление у девочек - инфекция мочевых путей
- (г) Единственными предьявляемыми симптомами могут быть раздражительность и агрессия
- (д) Исследования в сообществах показывают, что в высших социально-экономических группах оно гораздо реже

23.8 *Относительно сексуального насилия в отношении детей и подростков:*

- (а) Более 5% зарегистрированных случаев совершается лицами женского пола
- (б) Отчимы - непропорционально часто встречающиеся преступники
- (в) Биологические отцы редко бывают преступниками
- (г) Когда возникает вне дома, преступник обычно незнакомый
- (д) Доказательств существования «сексуальных шаек» мало

23.9 *Относительно сексуального насилия:*

- (а) Примерно одной трети девочек, подвергшихся серьезному насилию, их матери не верят
- (б) Совершенно необходимо, чтобы специалист по психическому здоровью, первый узнавший о насилии, провел физический осмотр до того, как признаки исчезнут
- (в) Отрицательный физический осмотр не исключает возможность сексуального насилия

- (г) Рефлекторное расширение заднего прохода патогномично
- (д) Отрицание преступником вины – обычное дело, и не влияет на вероятность успешной реабилитации

23.10 *Относительно воздействия насилия в отношении ребенка:*

- (а) Признанное последствие - посттравматическое стрессовое расстройство
- (б) У подвергшихся насилию детей больше вероятность быть отвергнутыми группой своих сверстников
- (в) Большинство подвергшихся насилию детей, когда становятся родителями, продолжают осуществлять насилие в отношении своих собственных детей
- (г) Признаком сексуального насилия может быть нанесение себе порезов
- (д) Мальчики, подвергшиеся сексуальному насилию, с большей вероятностью сами становятся сексуальными насильниками

23.11 *Вмешательства при насилии в отношении ребенка более вероятно будут успешными, когда:*

- (а) У ребенка - неорганическое нарушение физического развития
- (б) Ребенок предьявляет синдром Мюнхаузена по доверенности
- (в) Родители сами подвергались насилию в детстве
- (г) Имеется доступ к хорошим местным детским учреждениям
- (д) Родители способны поставить потребности ребенка прежде своих

24 Генерализованная недостаточная обучаемость

24.1 *Касательно генерализованной недостаточной обучаемости (ГНО):*

- (а) Для юридических и административных целей, ГНО определяется сочетанием низкого интеллекта и образовательной неспособностью
- (б) Медицинские, образовательные и социальные службы никогда не выявляют примерно половину всех детей с IQ менее 50.
- (в) Легкая ГНО определяется IQ между 50 и 79
- (г) Распространенность легкой ГНО гораздо больше, чем можно было бы ожидать, если бы IQ был распределен нормально (второй «горб»)
- (д) Тяжелая ГНО поражает около 0,4 индивидуумов на 1000

24.2 *При тяжелой генерализованной недостаточной обучаемости:*

- (а) Вероятность идентифицируемой органической причины больше, чем при легкой ГНО
- (б) Этиологическое значение полигенных эффектов больше, чем при легкой ГНО
- (в) Лица мужского пола существенно превосходят численностью лиц женского пола
- (г) Ребенку нужно посещать не школу, а подготовительное учреждение
- (д) Заметно нарушена способность обучаться новым навыкам

24.3 *При нормальном варианте (субкультурной) генерализованной недостаточной обучаемости:*

- (а) Окружность головы ребенка обычно ниже третьего перцентиля
- (б) У сиблингов часто пограничный интеллект
- (в) Обычно имеется идентифицируемый ферментный дефект
- (г) Крутой социально-экономический градиент
- (д) Модальный IQ в пределах 35-45

24.4 *Касательно синдрома Дауна:*

- (а) Имеется примерно у 1 из 600 новорожденных, при возрасте матери 45 лет и старше
- (б) 95% - следствие транслокаций 21-й хромосомы
- (в) Объясняет более 20% всей генерализованной недостаточной обучаемости (IQ менее 70)
- (г) Связан с дефектом межпредсердной перегородки
- (д) Связан с врожденной дуоденальной атрезией

24.5 *Распространенные признаки синдрома Дауна включают:*

- (а) Высокий рост
- (б) Одна ладонная складка
- (в) Низко посаженные простые уши
- (г) Гипертонию
- (д) Складки эпикантуса

24.6 *Синдром ломкой X-хромосомы:*

- (а) Поражает около 1 на 170 новорожденных
- (б) Включает избыточные повторы трипептидов
- (в) Снижает IQ у пораженных лиц мужского, но не женского пола
- (г) До полового созревания редко заметно увеличение яичек
- (д) Для лабораторного диагноза требуется культура клеток в среде с дефицитом фолатов

24.7 *Фетальный алкогольный синдром:*

- (а) Рост, вес и окружность головы обычно малы, с рождения и далее
- (б) Объясняет примерно 20% тяжелой генерализованной недостаточной обучаемости
- (в) Обычно включает выдающиеся уши
- (г) Обычно включает короткие глазные щели
- (д) Верхняя губа обычно образует выраженную «дугу Купидона»

24.8 *Следующие синдромы наследуются как аутосомные рецессивные:*

- (а) Нейрофиброматоз
- (б) Галактоземия
- (в) Харлера
- (г) Тея-Сакса
- (д) Хантера

24.9 *Следующие синдромы наследуются как аутосомные рецессивные:*

- (а) Стерджа-Вебера
- (б) Гомоцистинурия
- (в) Фенилкетонурия
- (г) Леша-Найхана
- (д) Туберозный склероз

24.10 *Туберозный склероз:*

- (а) Кожные и подкожные узелки по ходу кожных нервов появляются в позднем детстве
- (б) Adenoma sebaceum – сыпь на лице в виде бабочки - обычно заметна к 2 летнему возрасту
- (в) Гипопигментированные пятна редко заметны до школьного возраста

- (г) Сопровождается веснушками под мышками
- (д) Наиболее распространенный тип сопутствующих припадков - petit mal

24.11 *Следующие материнские инфекции в течение беременности могут сопровождаться последующей генерализованной неспособностью к обучению у ребенка:*

- (а) Краснуха
- (б) Корь
- (в) Токсоплазмоз
- (г) Цитомегаловирус
- (д) Гонококк

24.12 *В предупреждении генерализованной недостаточной обучаемости играет роль следующее:*

- (а) Добавка фолиевой кислоты примерно во время зачатия
- (б) Скрининг новорожденных на гипотиреозидизм
- (в) Скрининг новорожденных на галактоземию
- (г) Иммунизация против полиомиелита
- (д) Утихомирить движение транспорта в жилых районах

24.13 *Генерализованная недостаточная обучаемость сопровождается повышенным риском следующих расстройств:*

- (а) Расстройства поведения
- (б) Гиперактивные расстройства
- (в) Эмоциональные расстройства
- (г) Аутистические расстройства
- (д) Расстройства сна

24.14 *Самоповреждающее поведение у детей с генерализованной недостаточной обучаемостью(ГНО):*

- (а) Чаще встречается, когда ГНО не легкая, а тяжелая
- (б) Чаще встречается, когда дети скучают или изолированы
- (в) Подкрепляется всякий раз, когда воспитатели отвечают дополнительным вниманием
- (г) Лучше всего лечить поведенческими подходами
- (д) Обычно помогает медикаментозное лечение стимуляторами

24.15 *Следующие пары физических синдромов и поведенческих фенотипов правильны:*

- (а) Синдром Прадера–Уилли (Prader-Willi) и речь «вечеринки с коктейлями»
- (б) Синдром Леша-Найхана и тяжелое самоповреждение
- (в) Синдром ломкой X-хромосомы и социальная тревога с избеганием взгляда
- (г) Внутритрунная краснуха и ненасытное переедание
- (д) Фетальный алкогольный синдром и аутизм

25 Мозговые нарушения

25.1 *Психиатрические проблемы у детей с эпилепсией или церебральным параличом:*

- (а) Встречаются гораздо чаще, чем среди детей с сопоставимыми ограничениями, но нецеребральными расстройствами

- (б) Главным образом поведенческие и эмоциональные проблемы
- (в) Часто включают намеренную агрессию или антисоциальное поведение, например, издевательство или вандализм
- (г) Эпизодические вспышки ярости обычно эпилептического происхождения
- (д) Особенно избыточно представлены гиперактивность и аутистические расстройства

25.2 *В детстве:*

- (а) Инфекции, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) могут предъявляться потерей установившихся навыков и дополнительными эмоциональными или поведенческими проблемами
- (б) Сексуальное насилие может предъявляться потерей установившихся навыков и дополнительными эмоциональными или поведенческими проблемами
- (в) Роландические припадки особенно часто неправильно диагностируют как истерические псевдоприпадки
- (г) Тяжелая закрытая травма головы может приводить к длительной социальной расторможенности
- (д) Повреждения левого полушария существенно более вероятно приводят к депрессии, чем повреждения правого полушария

26 Расстройства речи

26.1 *Различные аспекты речи:*

- (а) Просодия имеет отношение к образованию звуков речи
- (б) Синтаксис имеет отношение к образованию и пониманию грамматически правильных предложений
- (в) Фонология имеет отношение к общению посредством тона голоса и интонации
- (г) Прагматика имеет отношение к общению посредством знаков
- (д) Семантика имеет отношение к кодированию и декодированию значения в словах

26.2 *Касательно расстройств речи детского возраста:*

- (а) Менее чем у 1% детей с нормальным интеллектом расстройства речи тяжелые, устойчивые и вызывающие социальные нарушения
- (б) Мальчики поражаются гораздо чаще, чем девочки
- (в) Главные аномалии при семантически-прагматическом расстройстве – в использовании речи и ее содержании, а не в форме
- (г) Расстройство экспрессивной речи встречается реже, чем расстройство рецептивной речи
- (д) У детей, с возрастом полностью освобождающихся от своих проблем с речью, остается существенно повышенный риск специфических трудностей в чтении и правописании

26.3 *Психиатрические проблемы у детей с расстройствами речи:*

- (а) По большей части проблемы с поведением
- (б) Встречаются не чаще, чем ожидается, стоит только учесть низкий IQ
- (в) У старших детей часто более заметны, чем у младших
- (г) При проблемах с артикуляцией встречаются чаще, чем при трудностях в рецептивной речи
- (д) Может включать проблемы в социальных отношениях, подобные аутистическим

27 Трудности в чтении

27.1 *Специфическое расстройство чтения (дислексия развития):*

- (а) Присутствует у 15-25% детей
- (б) У девочек чаще, чем у мальчиков
- (в) Чаще встречается у единственных детей
- (г) Особенно распространено в бедных районах старой части городов
- (д) Более чем в 50% случаев сопровождается леворукостью

27.2 *Специфическое расстройство чтения (дислексия развития):*

- (а) Обычно не следует диагностировать без тестирования интеллекта ребенка
- (б) Обычно включает наряду с проблемами в чтении и тяжелые проблемы с правописанием
- (в) Не может присутствовать, если возраст ребенка по чтению меньше, чем на год ниже его (или ее) хронологического возраста
- (г) Обычно не связано с какими-либо арифметическими трудностями
- (д) Связано со стрессосимболией (зеркальным письмом)

27.3 *Стандартное обследование ребенка с проблемами в чтении должно включать:*

- (а) Компьютерную томографию (срез КТ)
- (б) Аудиометрию
- (в) ЭЭГ
- (г) Психометрию
- (д) Хромосомы

27.4 *Специфическому расстройству чтения (дислексии развития) сопутствует:*

- (а) Интеллект выше среднего
- (б) Эпилепсия или церебральный паралич
- (в) Невербальный интеллект ниже, чем вербальный
- (г) Расстройства поведения и делинквентность
- (д) Большое родительское давление, направленное на учебные успехи

27.5 *Специфическое расстройство чтения (дислексия развития) более вероятно при:*

- (а) Семейной истории проблем с чтением
- (б) Родителях из среднего класса общества
- (в) Гиперактивности
- (г) Нарушенном фонологическом осознании
- (д) Склонности путать левое и правое

27.6 *Специфическому расстройству чтения (дислексии развития) сопутствует:*

- (а) Отказ от школы
- (б) Плохая координация
- (в) Семейная история леворукости
- (г) Миопия
- (д) Музыкальные или художественные таланты

27.7 Дети со специфическим расстройством чтения (дислексией развития):

- (а) Проблемы с чтением или правописанием обычно продолжаются, несмотря на коррекционное обучение
- (б) Если в среднем детстве свободны от психиатрических проблем, то маловероятно, что в подростковом возрасте разовьются новые психиатрические проблемы
- (в) Вследствие своей склонности к гиперкомпенсации обычно заканчивают с образовательной квалификацией выше среднего
- (г) Подвержены высокому риску депрессии взрослых
- (д) Непропорционально высокая вероятность заниматься физическим трудом во взрослой жизни

28 Ненадежная Привязанность

28.1 Относительно привязанности детей к воспитателям:

- (а) Вначале дети становятся привязанными к своим родителям, потому что они связывают родителей с пищей и игрой
- (б) Улыбки, плач и сердитые вспышки ярости – все это может функционировать как поведение привязанности
- (в) Близость фигуры привязанности сдерживает исследовательское поведение маленького ребенка
- (г) Избирательные привязанности до 11-месячного возраста обычно не заметны
- (д) Поведение привязанности имеет тенденцию нарастать, если ребенок болен

28.2 Процедура «Незнакомая ситуация»:

- (а) Разработана Джоном Боулби
- (б) Обычно привлекаются дети в возрасте 24-30 месяцев
- (в) Включает незнакомого взрослого, остающегося на протяжении этой процедуры в одной комнате с ребенком
- (г) Включает две разлуки с родителем (или другим воспитателем) и два воссоединения
- (д) Обычно проводится дома у ребенка

28.3 Оценивая надежность привязанности по процедуре «Незнакомая ситуация»:

- (а) Когда оценивают надежность привязанности, степень страдания при разлуке не столь хороший ориентир, как реакция ребенка на воссоединение
- (б) Когда родители надежно привязанных детей покидают комнату и снова входят, их дети, как правило, продолжают играть, как будто ничего не случилось
- (в) Дети с сопротивляющейся-амбивалентной привязанностью очень расстроены разлукой и с трудом успокаиваются при воссоединении
- (г) Дети с дезорганизованной привязанностью ведут себя таким образом, который позволяет предполагать страх или замешательство в присутствии воспитателя
- (д) Избегающе привязанные дети рады разлуке и реагируют на воссоединение гневом и слезами

28.4 Относительно надежности привязанности:

- (а) Надежно привязаны менее половины всех детей в выборках из сообщества
- (б) Большинство детей из семей, где с ними плохо обращаются, проявляют образцы дезорганизованной привязанности

- (в) Материнской депрессии сопутствует повышенная частота ненадежной привязанности
- (г) Очень необычно, чтобы ребенок, надежно привязанный к одному родителю, был ненадежно привязан к другому
- (д) В выборках из сообщества относительная доля различных категорий привязанности в различных культурах почти постоянна

28.5 *Интервью привязанности взрослых (ИПВ):*

- (а) Разработано Мэри Эйнсуорт
- (б) Применяет дискурсивный анализ, чтобы установить текущее умонастроение респондента по отношению к привязанности
- (в) Критерии автономной привязанности требуют убедительных повествовательных доказательств того, что индивидуум имел опыт эмоционально поддерживающих взаимоотношений в детстве
- (г) Отклоненная привязанность обычно включает много аффективно нагруженных воспоминаний об отвергании в детстве, так что респонденты остаются очень критичны к тому воспитанию, которое они получили от родителей
- (д) ИПВ классификация беременной женщины - хороший предиктор классификации привязанности еще нерожденного ребенка в будущем

28.6 *Касательно предсказательной ценности классификации ранней привязанности:*

- (а) Надежность привязанности лучше предсказывает качество социальных нарушений с незнакомыми взрослыми, чем качество близких взаимоотношений
- (б) При раннем и обширном воспитании в яслях будущее развитие ребенка лучше предсказывается качеством привязанности к персоналу яслей, чем качеством привязанности к родителям
- (в) Надежная привязанность к родителям предсказывает также лучшие взаимоотношения с сиблингами, учителями и одноклассниками
- (г) Младшие дети с сопротивляющейся-амбивалентной привязанностью в детском саду существенно более вероятно будут агрессивны по отношению к другим детям
- (д) У большинства взрослых с психическими заболеваниями или расстройствами личности - неразрешившиеся-дезорганизованные привязанности

29 **Природа и воспитание**

29.1 *Когда семейная характеристика (С) сопровождается детским психическим расстройством (Д):*

- (а) Если один и тот же ген является причиной и С и Д, это случай третьего фактора
- (б) Если Д является причиной С, это случай смешения
- (в) С может быть безвредным маркером какой-либо другой семейной характеристики, которая действительно причиной Д
- (г) С может быть безвредным маркером какой-либо характеристики школы ребенка, которая действительно является причиной Д
- (д) Один из наиболее сильных методов проверки того, является ли С причиной Д - изучить, что происходит с Д после вмешательства с целью изменить С

29.2 *Относительно генов, разделенной среды и неразделенной среды:*

- (а) Если на черту влияет разделенная среда, это приведет к тому, что монозиготные (однойяйцовые) близнецы будут похожи больше, чем дизиготные (двуйайцовые) близнецы

- (б) Сходство между приемными детьми и их приемными родственниками - показатель силы воздействия разделенной среды
- (в) Если генетические факторы важны, приемные дети будут походить на своих биологических родственников
- (г) Если на черту особенно сильно влияет неразделенная среда, корреляция между монозиготными (однойцовыми) близнецами будет низкой
- (д) Разнообразие, не объясняемое генами или разделенной средой, может быть следствием ошибки измерения или игрой случая в развитии мозга

29.3 *Относительно генов, разделенной среды и неразделенной среды:*

- (а) Для большинства психологических признаков наследуемость около 50%
- (б) У подверженности аутизму исключительно низкая наследуемость
- (в) Разделенная среда объясняет около 30% разнообразия большинства психологических признаков
- (г) Современные данные говорят о том, что проблемы с поведением распространяются в семьях почти полностью по генетическим, а не по средовым причинам
- (д) Если положение «любимчика» влияет на развитие ребенка, это случай воздействия неразделенной среды

30 Совладание с неблагополучием

30.1 *Госпитализации:*

- (а) Ребенок, госпитализированный один на долгий срок, вероятно, пройдет через стадии протеста, отчаяния и оторванности
- (б) Госпитализация особенно расстраивает младенцев младше 6-месячного возраста
- (в) Повышенной частотой расстройства поведения и делинквентности в последующем сопровождаются многократные госпитализации, но не единичные
- (г) Долгосрочное воздействие госпитализаций особенно выражено у детей, вышедших из дисгармоничных семей
- (д) Пагубное воздействие госпитализаций уменьшается, если родителей удастся убедить реже навещать ребенка, и тем самым уменьшить число болезненных воссоединений и разлук

30.2 *Когда ребенок теряет родителя вследствие смерти:*

- (а) Это часто приводит к тяжелому депрессивному избеганию
- (б) Это может привести к устойчивому отсутствию интереса к школе
- (в) Нередко страдание ребенка проявляется в агрессивном, деструктивном или вызывающем поведении
- (г) Индивидуум подвержен значительно более высокому риску депрессии в дальнейшей взрослой жизни
- (д) Индивидуум меньше подвержен долгосрочным психиатрическим проблемам, чем после потери родителя вследствие развода

30.3 *Когда ребенок теряет родителя вследствие разделения или развода:*

- (а) Матери впоследствии часто более непоследовательны, особенно с сыновьями
- (б) Ребенок обычно реагирует тем, что более положительно относится к учителям и другим взрослым
- (в) От первоначального разделения девочка обычно страдает больше, чем мальчик
- (г) От того, что мать вступает в новый брак, девочка обычно страдает больше, чем мальчик

- (д) Чем младше ребенок, тем больше вероятность хороших взаимоотношений с отчимом

30.4 *Психиатрические проблемы детей психически больных родителей:*

- (а) Чаще эмоциональные расстройства, чем расстройства поведения
- (б) В значительной степени можно приписать воздействию враждебности родителя и супружескому разладу
- (в) Более вероятны, когда у родителей психотические расстройства, чем когда у родителей расстройства личности
- (г) Более вероятны, когда у ребенка трудный темперамент
- (д) Среди девочек встречаются чаще, чем у мальчиков

30.5 *Касательно размера семьи и порядка рождения:*

- (а) У единственных детей психиатрические проблемы гораздо более вероятны, чем у детей из семей с двумя детьми
- (б) У детей из больших семей повышен риск аутизма
- (в) Риск подростковой делинквентности больше связан с числом братьев, чем с числом сестер
- (г) На групповом уровне «средние» дети выходят из семей большего размера, чем дети, родившиеся последними
- (д) Отказ от школы чаще встречается у первенцев, чем у детей, родившихся последними

31 Факторы школы и сверстников

31.1 *Относительно обидчиков и их жертв:*

- (а) Большинство обидчиков - мальчики
- (б) Большинство жертв - девочки
- (в) Применение социального исключения или кампаний перешептывания более характерно для обидчиков женского пола, чем для обидчиков мужского пола
- (г) Обидчики и их жертвы обычно учатся на разных параллелях
- (д) Хорошо спланированные вмешательства могут снизить частоту издевательств в школах до 50%

31.2 *Относительно жертв издевательств:*

- (а) Дети - чувствительные нервные личности более вероятно бывают жертвами
- (б) У физически слабых мальчиков выше вероятность стать жертвой
- (в) У гиперактивных детей вероятность стать жертвой особенно высокая
- (г) Некоторые дети становятся жертвой потому, что они провоцируют других, дразня их или создавая им неприятности
- (д) У большинства жертв нормальные дружеские отношения

31.3 *Обидчики:*

- (а) Обычно послушны и хорошо себя ведут с родителями и учителями
- (б) Более вероятно, чем другие дети испытали враждебное и критическое воспитание
- (в) Обычно тревожные и неуверенные дети
- (г) Как правило, отвергаются своими одноклассниками
- (д) Подвержены повышенному риску преступности и злоупотребления алкоголем во взрослом возрасте

31.4 *Относительно популярности и непопулярности среди сверстников:*

- (а) Методика опроса всех детей в классе, чтобы они сказали, с кем бы они хотели играть больше всего («положительные номинации») и с кем они хотели бы играть меньше всего («отрицательные номинации»), известна как антропометрия
- (б) Некоторые дети привлекают большое количество и положительных и отрицательных номинаций
- (в) У отвергаемых детей много отрицательных номинаций и мало положительных номинаций, тогда как у пренебрегаемых детей мало номинаций и того и другого вида
- (г) Физические факторы, такие как ожирение или ношение очков, самая распространенная идентифицируемая причина отвергания сверстниками
- (д) У пренебрегаемых и у отвергаемых детей почти одинаково вероятны долгосрочные проблемы с психическим здоровьем

31.5 *Относительно влияния школы на поведение:*

- (а) Большая часть различий между школами по частоте делинквентности и прогулов объясняется различиями в районе охвата и в приеме
- (б) Поведенческие проблемы чаще встречаются в школах большего размера
- (в) Поведенческие проблемы реже встречаются в школах, где детей часто хвалят и доверяют им ответственность
- (г) Поведенческие проблемы встречаются чаще, когда школа расположена в старом здании с тесной игровой площадкой
- (д) Поведенческие проблемы реже встречаются в школах, где установлены высокие стандарты

32 Вмешательство: первые принципы

32.1 *Диагностическое обозначение:*

- (а) Может подпитывать чувство неадекватности и отчаяния у семьи
- (б) Может облегчить страх неизвестного у семьи
- (в) Следует давать только когда доступно специфическое лечение этого заболевания
- (г) Должно идти вместе или сопровождаться информацией о соответствующей родительской группе при этом заболевании
- (д) Часто ускоряет доступ к подходящим службам

32.2 *Относительно лечения:*

- (а) Плохая практика одновременно приступать к двум и более подходам к лечению
- (б) «Мастерское бездействие» может быть наиболее целесообразным подходом при расстройствах с хорошим прогнозом
- (в) При условии, что симптомы лечат соответственно, можно надеяться, что исчезнут и социальные нарушения, являющиеся следствием этих симптомов
- (г) Биологические расстройства требуют биологического лечения; психосоциальные расстройства требуют психосоциального лечения
- (д) Помощь родителям, учителям и детям в понимании этиологии заболевания может сама по себе оказаться мощным вмешательством

32.3 *Имеются обширные и обоснованные доказательства эффективности:*

- (а) Трициклических антидепрессантов при депрессии детского возраста
- (б) Поведенческой терапии при загрязнении и энурезе

- (в) Тренинга родителей при расстройстве поведения детского возраста
- (г) Семейной терапии при нервной анорексии
- (д) Социальной работы при делинквентности

32.4 Касательно эффективности лечения:

- (а) Некоторые интуитивно привлекательные виды психосоциального лечения могут быть значительно более пагубными, чем вообще никакого лечения
- (б) Оценивая испытания лечения или мета-анализы, важно помнить, что статистически достоверные результаты не обязательно достоверны клинически
- (в) Если испытание показывает, что величина эффекта при лечении 1,0, это лечение переместило среднего пациента в испытании ближе к популяционному среднему на одно стандартное отклонение
- (г) При успешных видах психологической терапии величина эффектов обычно около 1,3 – 1,5 - когда их проводят в исследовательской обстановке
- (д) При психологической терапии в обычной клинической обстановке средняя величина эффекта около 0,6 – 0,8

32.5 Вероятно следующие факторы объясняют то, что психологическая терапия для детей в обычной клинической практике менее эффективна, чем в исследовательских испытаниях:

- (а) Клиники меньше используют семейную терапию
- (б) Клиникам приходится лечить много случаев с множественными расстройствами и семьи, трудные для привлечения
- (в) Клиники меньше используют структурированную терапию с руководствами по лечению
- (г) Клиницисты менее эффективны, чем психотерапевты-исследователи
- (д) Исследовательские испытания с большей вероятностью включают смешанные и эклектические методы терапии

32.6 Касательно ограниченности рекомендаций современного лечения, основанного на доказательствах:

- (а) Они часто налагают неэтичные ограничения на клиническую свободу
- (б) У многих клинических случаев смешанные или частичные синдромы, которые никогда не подвергались формальным испытаниям
- (в) Имеющиеся доказательства эффективности в основном получены в выборках белых американцев из среднего класса, показано, что они не относятся к другим группам
- (г) В силу обстоятельств ребенка или семьи стандартные протоколы могут оказаться неприменимыми
- (д) Исследовательские испытания часто устанавливают наилучшее лечение первого выбора, не изучая того, что делать дальше, если это неосуществимо или не поможет

33 Предупреждение

33.1 Относительно программы предупреждения:

- (а) Универсальные программы избегают необходимости скрининговых тестов
- (б) Предписанные программы обращены к индивидуумам с высоким риском возникновения симптомов
- (в) Направленные программы обращены к индивидуумам, у которых уже развились некоторые симптомы

- (г) При расстройствах с сильной генетической нагруженностью маловероятно, что предупреждение будет очень эффективно
- (д) Содействие факторам защиты - хорошая идея в теории, но почти никогда не действует на практике

33.2 *Относительно терминологии скрининговых тестов:*

- (а) Чувствительность имеет отношение к доле индивидуумов с заболеванием, правильно установленных скрининговым тестом
- (б) Положительная предсказательная ценность (ППЦ) имеет отношение к доле ложно положительных среди тех индивидуумов, у которых скрининговый тест предсказывает заболевание
- (в) Специфичность имеет отношение к доле скрин-отрицательных предсказаний, у которых не оказывается заболевания
- (г) Отрицательная предсказательная ценность (ОПЦ) имеет отношение к доле скрин-отрицательных предсказаний, которые оказываются ложно отрицательными
- (д) Снижение пограничного значения для того, чтобы увеличить чувствительность, обычно снижает ППЦ данного скринингового теста

34 **Медикаментозное лечение и диета**

34.1 *Касательно фармакокинетических различий между детьми и взрослыми:*

- (а) У детей ниже кислотность желудка, и это ускоряет всасывание кислотных препаратов, таких, как трициклические
- (б) С учетом размера тела, печень у детей менее активна метаболически, и это снижает клиренс «первого прохода» у препаратов, метаболизируемых печенью
- (в) У детей относительно высокая доля внеклеточной жидкости, что увеличивает объем распределения
- (г) У детей более проницаемые гематоэнцефалические барьеры
- (д) Учитывая фармакокинетические различия, дозы психотропных препаратов на единицу веса для детей часто на 25-50% ниже, чем для взрослых

34.2 *Касательно лекарственных препаратов стимуляторов:*

- (а) Наиболее эффективные стимуляторы оказывают смешанное серотонинергическое и антихолинергическое действие
- (б) Когда стимуляторы применяют для лечения гиперактивности, величина эффекта редко превышает 0,6
- (в) Когда гиперактивный ребенок реагирует на стимуляторы, маловероятно, что эффект продлится больше 4-6 месяцев
- (г) При гиперактивности аутичных детей могут помочь стимуляторы, но иногда ценой ухудшения повторяющегося поведения
- (д) Очень маловероятно, что стимуляторы уменьшат беспокойность или невнимательность, если у ребенка к тому же и тикозное расстройство

34.3 *У детей и подростков признана роль нейролептиков при:*

- (а) Неотложном лечении рецидивов шизофрении
- (б) Неотложном лечении нервной анорексии
- (в) Длительном лечении синдрома Туретта

- (г) Длительном лечении агрессивного поведения у индивидуумов с генерализованной недостаточной обучаемостью
- (д) Длительном лечении гиперактивности или стереотипий у индивидуумов с генерализованной недостаточной обучаемостью

34.4 Касательно побочных эффектов нейролептиков:

- (а) Седативный эффект может мешать обучению
- (б) Сульпирид и рисперидон с большей вероятностью, чем галоперидол, вызывают ранние дистонические реакции
- (в) Прием антимускариновых препаратов от паркинсонических побочных эффектов обычно можно прекратить примерно через шесть недель
- (г) Пимозид может запускать потенциально фатальные сердечные аритмии
- (д) Вероятность поздно появляющейся дискинезии имеет отношение к пожизненному приему нейролептиков

34.5 Относительно злокачественного нейролептического синдрома:

- (а) Температура тела прогрессивно падает и по мере этого индивидуум становится все более неподвижным
- (б) Признаки вегетативной дисфункции включают бледность, выделение пота и дрожь
- (в) Анализы крови могут показать повышенную креатинин фосфокиназу и высокий лейкоцитоз
- (г) Обычно синдром менее чем за 12 часов прогрессирует от ранних симптомов до циркуляторного коллапса и множественной органной недостаточности
- (д) Как только синдром развился, необходимо прекращать прием нейролептиков не резко, а постепенно

34.6 Касательно трициклических антидепрессантов для детей и подростков:

- (а) Доказана ценность имипрамина при лечении гиперактивности
- (б) Доказана ценность кломипрамина при лечении обсессивно-компульсивного расстройства
- (в) Имипрамин может снизить частоту обмачивания постели
- (г) Дезипрамин особенно сильно связан с сердечными аритмиями и внезапной смертью
- (д) Предупреждающие признаки кардиотоксического действия трициклических препаратов включают удлинение P-R и Q-T интервалов

34.7 Клонидин:

- (а) Оказывает смешанное адренергическое и дофаминергическое действие
- (б) Даже при постоянной дозе терапевтический эффект может продолжительно нарастать в течение нескольких месяцев
- (в) Используется при лечении гиперактивности
- (г) Используется при лечении депрессии
- (д) Возбуждает детей и мешает им засыпать

34.8 Относительно применения лития у детей и подростков:

- (а) Литий широко применяется при лечении и профилактике биполярного аффективного расстройства
- (б) Литий можно применять для регуляции оппозиционного поведения, которое не поддается психологическим подходам

- (в) Пользы от контроля уровня лития в плазме у детей и подростков очень мало или почти никакой
- (г) Жажда и мелкий тремор - предупреждающие признаки надвигающейся интоксикации литием
- (д) Вследствие риска вызванного литием гипотиреоза, нужно регулярно проверять тиреоидную функцию

34.9 Относительно медикаментозного лечения детей и подростков:

- (а) Для лечения проблем со сном у детей обычно достаточно коротких курсов бензодиазепинов или других снотворных
- (б) Испытанное лечение обсессивно-компульсивного расстройства - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)
- (в) Обычные побочные эффекты СИОЗС включают желудочно-кишечные нарушения и беспокойность
- (г) Контролируемые испытания с плацебо позволяют полагать, что СИОЗС могут увеличивать риск суицида и самоповреждения
- (д) Селективные ИМАО, такие как моклобемид, необходимо применять с особой осторожностью, поскольку они с большей вероятностью, чем неселективные ИМАО плохо взаимодействуют с пищевыми аминами

34.10 Когда на поведенческие проблемы детей влияет пища, за это обычно отвечают следующие, пищевые ингредиенты:

- (а) Искусственные красители, вкусовые добавки и консерванты
- (б) Сахара
- (в) Молочные продукты
- (г) Цитрусы
- (д) Пищевые продукты, к которым у ребенка особенная тяга

34.11 Когда на поведенческие проблемы детей влияет пища:

- (а) Кожные аллергические пробы обычно могут правильно установить, какой пищевой ингредиент за это отвечает
- (б) Анализы крови (IgE) обычно могут правильно установить, какой пищевой ингредиент за это отвечает
- (в) Методика «немногих пищевых продуктов» выявляет пищевую непереносимость, исключая большинство пищевых продуктов, а затем постепенно вводя их снова
- (г) В контролируемых испытаниях систематически продемонстрирована эффективность диеты Фейнгольда без добавок и естественных салицилатов
- (д) Маловероятно, что диета исключения, уменьшающая гиперактивность, приведет к заметному снижению всякой сопутствующей раздражительности или оппозиционности

35 Лечение, основанное на поведении

35.1 Относительно инструментального обусловливания:

- (а) Принципы были впервые описаны Уотсоном
- (б) «Положительное подкрепление» имеет отношение к поощрению желательного поведения
- (в) «Отрицательное подкрепление» имеет отношение к отмене вознаграждения после нежелательного поведения

- (г) «Угашение» имеет отношение к тому, что поведение становится менее частым, когда прекращаются прежние поощряющие последствия
- (д) Инструментальное обусловливание можно применять, чтобы увеличить желательное поведение и уменьшить нежелательное поведение

35.2 При поведенческой терапии:

- (а) «АВС» анализ имеет отношение к аффекту (**A**ffect), поведению (**B**ehaviour) и познанию (**C**ognition)
- (б) «Таймаут» имеет отношение к вознаграждению за хорошее поведение, когда ребенку позволяют получить краткий перерыв в занятиях, навязанных взрослыми
- (в) «Цена реакции» может включать и то, чтобы ребенок после нежелательного поведения возвращал назад карманные деньги
- (г) Вознаграждения следует давать как можно скорее после того, как появилось желательное поведение
- (д) Если нежелательное поведение не устранено полностью, оно обычно возобновляется в среднесрочной перспективе

35.3 При поведенческой терапии:

- (а) Вознаграждения не следует менять через каждые несколько дней
- (б) Использование предпочитаемых ребенком занятий в свободное время в качестве вознаграждения известно как принцип Премака
- (в) Подросткам не следует разрешать договариваться о домашних правилах
- (г) Эффективность повышается, если воздействуют на убеждения и настроение родителей и детей
- (д) Классическое обусловливание включает связывание физиологической реакции с новым стимулом

35.4 Лечение, основанное на поведении:

- (а) Особенно полезно при расстройствах приема пищи, сна и элиминации у младших детей
- (б) При гиперактивности более эффективно, чем при антисоциальном поведении
- (в) Родительское внимание – не подходящее вознаграждение для антисоциальных детей, поскольку они отказываются обращать внимание на своих родителей
- (г) Когда применяют угашение, нежелательное поведение вначале может ухудшаться, пока ребенок пытается восстановить предшествующий статус-кво («вспышка угашения»)
- (д) Обосновано многими исследованиями отдельных случаев, но немногими рандомизированными контролируруемыми испытаниями

36 Когнитивная и межличностная терапия

36.1 Когнитивная терапия:

- (а) Ее не следует применять в сочетании с терапией поведения
- (б) Воздействует на специфические искажения в содержании мышления
- (в) Не влияет на поведение
- (г) Занимается когнитивным сопровождением эмоций, а не эмоциями per se
- (д) Как правило, более полезна у подростков, чем у маленьких детей

36.2 Когнитивная терапия:

- (а) При депрессии у подростков гораздо менее эффективна, чем трициклические антидепрессанты
- (б) Приводит к убедительному результату только примерно у половины депрессивных подростков, у многих из которых возникают рецидивы
- (в) Помогает менее трети детей с симптомами тревоги
- (г) При гиперактивности менее эффективна, чем медикаментозное лечение
- (д) При гиперактивности более эффективна, чем управление поведением

36.3 Программы социальных навыков решения проблем:

- (а) Были впервые разработаны Мирной Шуэ и Джорджем Спиваком
- (б) Всегда проводятся в обстановке один-на-один
- (в) От ребенка требуется выработать несколько альтернативных решений проблемы
- (г) Учат детей игнорировать свой собственный гнев в конфликтной ситуации
- (д) Помогают детям обратить внимание на точное поведение других, а не на их мотивы

36.4 Межличностная психотерапия:

- (а) Разработана на основе трудов Мелани Клейн
- (б) Сосредоточена на роли прошлого воспитания, влияющего на текущие взаимоотношения
- (в) Может включать прием родителей вместе с пациентом во время сеанса
- (г) Специфически воздействует на проблемы, относящиеся к тем, кто растет в семьях с одним родителем
- (д) Психотерапевт прогнозирует, что сразу после окончания лечения депрессивные чувства ухудшатся

36.5 При психодинамической психотерапии с детьми:

- (а) Перед тем, как начать, обычно получают письменное согласие ребенка
- (б) Совет не дается
- (в) Главная цель - облегчение симптомов
- (г) Интерпретация может главным образом сосредотачиваться на рисунках или игре ребенка, а не на том, что ребенок говорит
- (д) Как только терапия успешно сосредоточится на внутренних реалиях ребенка, ни психотерапевт, ни какой другой член команды не должен работать с ребенком или семьей, изменяя внешние реалии

37 Системная и семейная терапия

37.1 При семейной терапии:

- (а) Считают, что поведение в значительной степени обусловлено контекстом взаимодействий, в котором оно происходит
- (б) По определению, семейные правила явные и известны всем членам
- (в) Некоторые представления взяты из кибернетики и общая теория систем
- (г) Процессы, управляющие тем, как члены семьи общаются, часто более важны, чем содержание того, что они говорят друг другу
- (д) Часто используют модели, основанные на принципе неопределенности Гейзенберга

37.2 При семейной терапии важные стадии в жизненном цикле семьи включают:

- (а) Уход из дома
- (б) Выстраивание взаимоотношений с расширенной семьей после бракосочетания
- (в) Переезд из одного дома в другой
- (г) Предоставлять подросткам все большую автономность, чтобы они могли входить и выходить из системы
- (д) Приспособить супружеские взаимоотношения после ухода на пенсию

37.3 При структурной семейной терапии:

- (а) Особое значение придается власти родителей над детьми
- (б) Недифференцированная граница может приводить к спутанности
- (в) Непроницаемая граница может приводить к разобщению
- (г) Альянс между двумя членами семьи вреден
- (д) Желательна триангуляция ребенка со своими родителями

37.4 При структурной семейной терапии:

- (а) Ключевая часть оценки - круговое расспрашивание
- (б) Психотерапевт направляет
- (в) Психотерапевт приспосабливается к семейному стилю, так чтобы почувствовать, что он собой представляет
- (г) Психотерапевт может пытаться намеренно разбалансировать систему семьи, выставляя то, как она дисфункциональна
- (д) Границу между подсистемами сиблингов и родителей можно укрепить, побуждая сиблингов выполнить совместное задание

37.5 При стратегической семейной терапии:

- (а) Все поведение может рассматриваться как общение
- (б) Часто сосредотачиваются на случаях, когда проблемное поведение отсутствовало
- (в) Важно установить, как проблема возникла
- (г) Психотерапевт может поощрять члена семьи с проблемным поведением проявлять его чаще
- (д) Важно проявлять уважение к семье и ее озабоченности, избегая юмора и беспечных замечаний

37.6 При Миланской системной семейной терапии:

- (а) Сосредотачиваются на поведении, а не на убеждениях
- (б) Круговое расспрашивание раскрывает взаимоотношения между членами семьи
- (в) Психотерапевт предлагает решения
- (г) Симптомы могут быть переоформлены на попытку ребенка помочь сохранить семью в равновесии
- (д) Построение гипотез проводится перед тем, как принимать семью

37.7 Относительно методов семейной терапии:

- (а) Иногда экстернализовать проблему - полезный способ объединить семью в «борьбе» против проблемы

- (б) Нарративная (повествовательная) терапия признает силу историй, которые рассказывают люди, чтобы объяснить свою жизнь
- (в) Сальвадор Минухин связан со структурной семейной терапией
- (г) В главных школах семейной терапии ожидается, что перед тем, как начнется работа с семьей, ребенка, по меньшей мере, один раз примут одного
- (д) Имеется несколько рандомизированных контролируемых испытаний, демонстрирующих эффективность семейной терапии при проблемах в среднем детстве

38 Воспитание в приемной семье и усыновление

38.1 В Соединенном Королевстве:

- (а) Более 1% детей и подростков воспитываются в приемной семье
- (б) Более половины помещений в приемную семью – меньше, чем на 6 месяцев
- (в) Большинство детей в приемных семьях воспитываются биологическими родственниками («родственная» приемная семья), а не посторонними людьми
- (г) Профессиональным приемным воспитателям могут платить хорошую зарплату за то, что они берут только одного трудного ребенка в качестве работы на полный день
- (д) Родные родители сохраняют некоторую ответственность за ребенка, даже когда местные власти приобретают ответственность родителя

38.2 Сравнение детей и подростков в приемных семьях с теми, кто живет с родными родителями:

- (а) Общая частота психических расстройств более чем вдвое выше
- (б) Особенно повышена распространенность расстройств аутистического спектра
- (в) Особенно повышена распространенность обсессивно-компульсивного расстройства
- (г) Особенно повышена распространенность расстройств привязанности
- (д) Частота преступности на протяжении жизни, по меньшей мере, в пять раз выше

38.3 Показано, что следующие факторы предсказывают, какие приемные родители и усыновители начнут чувствовать, что они не могут продолжать присматривать за ребенком:

- (а) Ребенку при соединении с семьей меньше 2 лет
- (б) Усыновителям/приемным родителям недостает уверенности в том, как обращаться с ребенком
- (в) У ребенка поведенческие проблемы
- (г) Усыновители/приемные родители не чувствуют, что ребенок хорошо им подходит
- (д) Родные родители выделяли этого ребенка и обращались с ним хуже, чем с сиблингами

39 Организация служб

39.1 Если полностью предоставить обеспечение служб психического здоровья детей силам свободного рынка, это может привести к недостаточно оптимальному обеспечению, потому что:

- (а) Большинство семей не являются хорошо информированными потребителями
- (б) Общественные службы обычно работают более рационально
- (в) Бедные семьи выпадут
- (г) Монопольные поставщики могут завышать цену
- (д) Нельзя будет снизить стоимость для семей, отразив непрямую пользу для общества в целом

39.2 Относительно современного обеспечения психического здоровья детей в развитых странах:

- (a) Бюджет психического здоровья на тысячу детей в общей популяции существенно ниже, чем эквивалентный бюджет на тысячу взрослых в общей популяции
- (б) Большинство детей с психические расстройства не бывают приняты в службах психического здоровья детей
- (в) Показано, что увеличение расходов на службы улучшает результат
- (г) Всесторонние службы до 18-летнего возраста стоят значительно больше, чем эквивалентные службы до 16-летнего возраста
- (д) Ответственность за лечение поведенческих расстройств четко распределена между здравоохранением, социальными службами и образованием

39.3 Рентабельности служб детского психического здоровья, вероятно, способствует следующее:

- (a) Полностью укомплектована старшими психологами и психиатрами
- (б) Сосредоточенность на практике, основанной на доказательствах
- (в) Использование компьютеризированной оценки
- (г) Предоставление психологического, а не фармакологического лечения
- (д) Мониторинг результатов как общепринятая практика