

Contents

TEST - MEDICINĂ 1 - ROM - 2021	1
CU O SINGURĂ VARIANTĂ DE RĂSPUNS.....	1
CS - Tema 1 Introducere	1
CS - Tema 2 - Psihopatologia generală.	3
CS - Tema 3 - Metode de tratament în domeniul sănătății mintale. Psihofarmacologia. Psihoterapia. Reabilitarea psihosocială.....	6
CS - Tema 4 - Schizofrenia-TAB	8
CS - Tema 5 - Tulburări anxioase, de stres și somatoforme.....	11
CS - Tema 6 - Întrebări teme dependentă de SPA.....	13
CS - Tema 7 - Demențele. Tulburările mintale Organice; Datorate unei condiții medicale generale și Post-partum ..	16
CS - Tema 8 - Tulburările de personalitate. Tulburările parafilice. Disfuncțiile sexuale. Disforia de gen. Tulburările de control al impulsurilor. Tulburările de somn.	18
CS - Tema 9 - Tulburări de dezvoltare profunde. Tulburări neurotice, comportamentale, emoționale de funcționare socială cu debut de obicei în copilărie și adolescență	22
CS - Tema 10 - Retardarea mintală. Tulburări de ticuri. Tulburări de comportament alimentar	24
CU MAI MULTE VARIANTE DE RĂSPUNS.....	27
CM - Tema 1 Introducere.....	27
CM - Tema 2 - Psihopatologia generală.....	28
CM - Tema 3 - Metode de tratament în domeniul sănătății mintale. Psihofarmacologia. Psihoterapia. Reabilitarea psihosocială.....	30
CM - Tema 4 - Schizofrenia-TAB.....	33
CM - Tema 5 - Tulburări anxioase, de stres și somatoforme	39
CM - Tema 6 - Întrebări teme dependentă de SPA.....	41
CM - Tema 7 - Demențele. Tulburările mintale Organice; Datorate unei condiții medicale generale și Post-partum.	43
CM - Tema 8 - Tulburările de personalitate. Tulburările parafilice. Disfuncțiile sexuale. Disforia de gen. Tulburările de control al impulsurilor. Tulburările de somn.	46
CM - Tema 9 - Tulburări de dezvoltare profunde. Tulburări neurotice, comportamentale, emoționale de funcționare socială cu debut de obicei în copilărie și adolescență	50
CM - Tema 10 - Retardarea mintală. Tulburări de ticuri. Tulburări de comportament alimentar.-	52

CU O SINGURĂ VARIANTĂ DE RĂSPUNS

CS - Tema 1 Introducere

1. Sistemul principal actual de clasificare a tulburărilor mintale este:

- ICD-9
- DSM-IV-TR
- ICD-10
- DSM-III
- DSM-III-R

2. Sistemul principal actual de clasificare a tulburărilor mintale este:

- ICD-9
- DSM-IV-TR
- ICD-12
- DSM-5
- DSM-III-R

3. Pe câte axe se bazează clasificarea DSM?

- una
- două
- trei
- patru
- cinci

4. DSM-5 (2013) reprezintă instrumentul de diagnosticare al Asociației de Psihiatrie:

- Australiene
- Franceze

Americane
Germane
Elvețiene

5. Pentru evaluarea tulburărilor depresive se utilizează următoarele scale:

TAG 7
Hamilton
MMPI
PSYRATS
MMSE

6. Pentru evaluarea tulburărilor depresive se utilizează următoarele scale:

MMPI
MoCA
Scala Montgomery-Asberg
TAG 7
PSYRATS

7. Pentru evaluarea tulburărilor anxioase se utilizează următoarele scale:

PANSS
MoCA
Scala Montgomery-Asberg
TAG 7
PSYRATS

8. Pentru evaluarea demenței și tulburărilor cognitive se utilizează următoarele scale:

PANSS
MoCA
Scala Montgomery-Asberg
TAG 7
PSYRATS

9. Pentru evaluarea demenței și tulburărilor cognitive se utilizează următoarele scale:

PANSS
MMSE
Scala Montgomery-Asberg
TAG 7
PSYRATS

10. Pentru evaluarea tulburărilor de personalitate se utilizează următoarele scale:

PANSS
MMSE
Scala Montgomery-Asberg
MMPI
PSYRATS

11. Pentru evaluarea schizofreniei se utilizează următoarele scale:

MMSE
PANSS
Scala Montgomery-Asberg
MMPI
Hamilton

12. Pentru evaluarea schizofreniei se utilizează următoarele scale:

MMSE
PSYRATS
Scala Montgomery-Asberg
MMPI
Hamilton

13. Părintele psihanalizei este considerat:

Paul Eugen Bleuler
Adolf Meyer

Sigmund Freud
Kurt Schneider
Karl Bonhoeffer

14. Fondatorul psihiatriei științifice moderne și promotor de bază al concepției nozologice în psihiatrie este considerat:

Richard Freiherr von Krafft-Ebing
Karl Theodor Jaspers
Emil Kraepelin
Kurt Schneider
Karl Bonhoeffer

15. Fondatorul Catedrei de Psihiatrie a Universității de Medicină din Chișinău a fost:

Alexei Kornetov
Alexei Molohov
Juliy Rachalskiy
Anatol Koțovsky
Yakiv Popelyansky

CS - Tema 2 - Psihopatologia generală.

16. Hiperestezia este:

Absența capacității de integrare a elementelor senzoriale într-un complex corespunzător obiectului, fenomenului.

Perceperea obiectelor și fenomenelor ireale, inexistente.

Creșterea în intensitate a percepțiilor, caracterizată prin faptul că bolnavul percepe excitațiile externe mult mai viu, mai intens decât în mod obișnuit.

Perceperea obiectelor ca fiind mai alungite, răsucite sau mai îngroșate decât în realitate

Perceperea modificată a propriului corp sau a unor părți ale acestuia

17. Iluzia este:

Incapacitatea de a recunoaște imagini sau persoane după calitățile lor senzoriale.

Scăderea capacității perceptive, o decolorare, o atonie a percepțiilor.

Senzații corporale extrem de neplăcute, chinuitoare.

Percepția eronată, deformată a unui obiect real existent.

Senzație de realitate schimbată sau ireală.

18. Depersonalizarea este:

Convingeri și frici delirante privind prezența unui defect corporal.

Senzație de modificare a sinelui, a anumitor părți, particularități ale propriei persoane, asociate adeseori cu senzația de modificare a mediului înconjurător.

Tulburare cantitativă de conștiință.

Stare obișnuită și frecvent întâlnită în oboseală.

Senzația că, lumea exterioară este schimbată, străină, bizară, vagă, ireală

19. Din tulburările de percepție fac parte:

Halucinațiile.

Mania.

Starea crepusculară.

Pseudoreminiscențele.

Stupoarea.

20. Confabulațiile constau în:

Posibilitatea reproducerii unor amintiri pe care subiectul le crede de mult uitate.

Reproducerea unor evenimente reale trăite în trecut, ca și evenimente ce se desfășoară în prezent.

Impresia de recunoaștere a unor persoane pe care nu le-a cunoscut și, în nesiguranța recunoașterii unor persoane cunoscute anterior.

Incapacitatea persoanei de a diferenția evenimentele trăite de ea cu cele din vis, citite sau auzite.

Suplinirea "golurilor" din memorie cu evenimente imaginare, netrăite (care nu au existat).

21. Pseudoreminescențele constau în:

Posibilitatea reproducerii unor amintiri pe care subiectul le crede de mult uitate.

Reproducerea unor evenimente reale trăite în trecut, ca și evenimente ce se desfășoară în prezent.

Impresia de recunoaștere a unor persoane pe care nu le-a cunoscut și, în nesiguranța recunoașterii unor persoane cunoscute anterior.

Incapacitatea persoanei de a diferenția evenimentele trăite de ea cu cele din vis, citite sau auzite.

Pierderea totală a memoriei.

22. Amnezia retrogradă (de evocare) este:

Uitarea unui anumit conținut legat de o stare afectiva negativă intensă.

Incapacitatea persoanei de a diferenția evenimentele trăite de ea cu cele din vis, citite sau auzite.

Creșterea exagerată a evocărilor mai ales cu caracter involuntar, care nu au legătură cu tema principală.

Dispariția din memorie a evenimentelor nemijlocit premergătoare apariției stării de boală.

Reproducerea unor evenimente reale trăite în trecut, ca și evenimente ce se desfășoară în prezent.

23. Mentismul poate fi definit prin:

Expunere neclară, simbolică, tangențială la subiect.

Lipsa legăturii logice dintre ideile, frazele, expuse de pacient.

Diminuarea producției ideilor, precum și capacitatea de asociere a acestora.

Tendința patologică de a repeta un cuvânt sau o frază cu caracter stereotip, înlocuind răspunsul corect la întrebarea adresată.

Izbucnire bruscă a unei multitudini de idei și/sau reprezentări neordinare, amestecate, străine de preocupările de moment ale subiectului, pe care acesta le resimte penibil, dar nu le poate înlătura.

24. Ideea obsesivă este:

O idee centrală, de bază, hipervalorizată la un moment dat al gândirii/ conștientului, subiectul fiind în acord cu aceasta din urmă (egosintonă).

Convingerea că, cineva din exterior îi introduce gânduri străine.

Idee care, apare „automat” (fără implicarea voinței), domină conștiința subiectului, este repetitivă și persistentă.

Convingerea că, cineva din exterior îi controlează desfășurarea și conținutul gândurilor.

Idee falsă, în discordanță cu realitatea faptică, care nu poate fi contra-argumentată verbal.

25. Idei hipocondriace sunt:

Convingeri ireductibile ale subiectului că se află sub acțiunea de la distanță a unor forțe care dirijează cu anumite funcții ale sale.

Convingeri ireductibile legate de calitățile deosebite fizice și spirituale pe care subiectul le-ar avea sau de bunurile materiale și situația socială pe care acesta ar poseda-o.

Convingeri ireductibile că, lumea este ostilă că, el suferă prejudicii morale, materiale și/sau fizice.

Convingeri ireductibile ale bolnavului că anturajul și-a schimbat atitudinea față de el, că exercită asupra lui o influență defavorabilă, că face aprecieri negative asupra calităților sale, etc.

Convingeri ireductibile privind existența unei boli incurabile, deosebit de grave, de care subiectul ar suferi, în dezacord cu starea sa de sănătate bună sau puțin modificată precum și lipsa modificărilor la investigațiile paraclinice efectuate, care ar confirma prezența maladiei.

26. Sindromul paranoial include:

Pseudohalucinații sau halucinații "adevărate" verbale.

Un delir sistematizat, de regulă monotematic.

Delir pluritematic, nesistematizat, stupid la maximum ca și conținut.

Fenomene de schizofazie.

Comportament dezorganizat.

27. Anxietatea generalizată (angoasa) este:

Criză de anxietate severă, de durată scurtă, care nu este limitată nici la o situație, fenomen, eveniment.

O frică patologică cu obiect, marcată și persistentă, excesivă și nejustificată.

Durerea morală a persoanei care a pierdut capacitatea de a rezona afectiv la evenimentele de viață.

O stare de înaltă tensiune afectivă, care îngustează câmpul conștiinței.

O stare de neliniște, îngrijorare generalizată, persistentă, excesivă și incontrollabilă privind evenimente de viață cotidiene, chiar dacă nu există sau există doar puține motive pentru îngrijorare.

28. Anhedonia o putem defini prin afirmația:

O tulburare psihosenzorială caracteristică psihozelor.

Pierderea interesului și plăcerii de la activitățile anterior plăcute.

Apariția interesului sporit față de activitățile sociale.

Un semn caracteristic pentru tulburările de personalitate.

Capacitatea de a soluționa conflictele.

29. Ambivalența afectivă este:

Reacție emoțională exagerată comparativ cu stimulul ce a provocat-o, manifestată prin irascibilitate marcată, agresivitate, mânie, ură, furie.

Reducerea semnificativă a intensității trăirilor afective și a expresivității acestora, datorată pierderii receptivității afective.

Dispariția celor mai fine și mai subtile emoții.

Coexistența, în aceeași dimensiune de timp, a două stări afective contrare, opuse calitativ față de aceeași persoană.

O trăire afectivă cu conținut (sens) opus celui scontat.

30. Disabulia constă în:

Creștere extremă a impulsivității asociată cu reducerea considerabilă a voinței defensive.

Exagerarea forței voliționale.

Dificultatea de a iniția și finaliza o acțiune, dar și în dificultatea de a trece de la o acțiune la alta.

Lipsa totală a inițiativei și incapacitatea de a acționa.

Incapacitatea de a stopa o acțiune în curs de desfășurare.

31. Stupoarea se manifestă prin:

O stare în care activitatea psihomotorie pare suspendată, pacientul este imobil, perplex, confuz, cu răspunsuri senzoriale întârziate sau non-responsiv.

stare de beatitudine în care pacientul răspunde adecvat dar cu întârziere

Accelerarea involuntară a mișcărilor.

Tendință irezistibilă de a se mișca, de a alerga.

Stare manifestată prin mimică exagerată și mobilă, pantomimică continuă și rapidă, mișcări multiple, lipsite de scop, asociate cu accelerarea gândirii, accelerarea vorbirii și dezorganizarea comportamentului.

32. Apraxiile constau în:

Mișcări intempestive, rapide, repetitive, fără control voluntar, localizate mai ales în regiunea superioară a corpului și la nivelul capului, sesizate de pacient.

Tendințe impulsive paroxistice generate de trăiri emoționale atât de intense încât persoana acționează exploziv, comițând acțiuni sociale periculoase cu consecințe medico-legale (suicid, omucidere).

Mișcări repetitive, bizare, fără scop, întotdeauna aceleași.

Nevoi imperioase și brutale de a îndeplini acțiuni antisociale agresive sau absurde.

Incapacitatea subiectului de a planifica și îndeplini o acțiune dirijată voluntar.

33. Starea crepusculară se caracterizează prin:

Hipermnemie.

Abulie.

Manie.
Dezorientare auto-și allopsihică.
Criptomnezie.

34. Deliriumul se caracterizează prin :

Criză de anxietate severă, de durată scurtă, care nu este limitată nici la o situație, fenomen, eveniment.

Dezorientare în spațiu și timp, cu păstrarea orientării în propria persoană.
O stare ca în vis, în care pacientul percepe totul ca un spectator pasiv, de la persoana a treia.
Confabulații și pseudoreminiscente.
Lipsa totală a inițiativei și incapacitatea de a acționa.

35. Starea de amnezie este:

Tulburare cantitativă de conștiință cu idei delirante și pseudohalucinații vizuale.
Dezorientare în spațiu și timp, cu păstrarea orientării în propria persoană.
Agițatie psihomotorie marcată pe fondal de euforie.
Tulburare profundă a conștiinței cu dezorientare auto-și allopsihică.
Tulburare de percepție cu multiple manifestări psihosenzoriale.

CS - Tema 3 - Metode de tratament în domeniul sănătății mintale. Psihofarmacologia. Psihoterapia. Reabilitarea psihosocială.

36. Indicații tipice la antipsihotice sunt:

Tulburarea de panică
Anxietate generalizată
Schizofrenia
Tulburarea de personalitate
Depresia

37. Care din următoarele sunt timostabilizatoare:

Derivați ai Acidulum Valproicum
Chlorpromazinum
Zaleplonum
Sertralinum
Haloperidolum

38. Care din următoarele sunt timostabilizatoare:

Sertindolum
Carbamazepinum
Trihexifenidilum
Sertralinum
Haloperidolum

39. Remedii pro-cognitive și neuroprotective (preparate utilizate în tratamentul demențelor) sunt:

Donepezilum, Galantaminum, Rivastigminum, Memantinum
Haloperidolum, Chlorpromazinum, Diazepamum, Gingko biloba
Piracetamum, Vinpocetinum, Zopiclonum, Hidroxychlorochinum
Risperidonum, Clozapinum, Ibuprofenum, Trihexifenidilum
Acetaminofenum, Tocopherolum acetatum, Levomepromazinum

40. Remedii utile în tratamentul farmacologic al adicțiilor sunt:

Acamprosatum, Buprenorphinum, Disulfiramum, Metadonum
Haloperidolum, Chlorpromazinum, Diazepamum, Acetaminofenum
Zopiclonum, Hidroxychlorochinum, Haloperidolum, Chlorpromazinum
Risperidonum, Clozapinum, Piracetamum, Vinpocetinum
Risperidonum, Clozapinum, Zopiclonum, Hidroxychlorochinum

41. Inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei și noradrenalinei (ISRSNA/SNRI) sunt:

Venlafaxinum, Duloxetinum
Clomipraminum, Milipraminum
Sertralinum, Paroxetinum

Amitriptilinum, Milipraminum
Clozapinum, Clomipraminum

42. Care din următoarele antidepresive ar efect sedativ marcat:

Trazodonum
Setralinum
Fluoxetinum
Fluvoxaminum
Clozapinum

43. Efectul clinic predominant Timostabilizator îl are următorul medicament benzodiazepinic:

Clonazepamum
Midazolamum
Phenazepamum
Alprazolamum
Nitrazepamum

44. Efectul advers extrapiramidal ce poate apărea după 6-12 luni de tratament și este persistent, indus de medicația antipsihotică de durată:

Diskinezia tardivă
Akatisie
Distonie
Aknizie
Priapism

45. Pentru care antipsihotic este mai caracteristic Adaos ponderal:

Clozapinum, Olanzapinum
Ziprasidonum, Amisulpridum
Aripiprazolum, Amisulpridum
Amisulpridum, Haloperidolum
Chlorpromazinum, Haloperidolum

46. Ținta reabilitării sunt toate în AFARĂ DE:

concentrarea puterilor asupra persoanei integre nu asupra simptomului
restabilirea abilităților primare și secundare de autodeservire a persoanei
reînvățarea vechilor deprinderi sau învățarea altor noi,
axarea asupra potențialului și vocațiilor personale;
îngrijirea sănătății somatice.

47. Etape în dezvoltarea psihicului uman sunt toate cu EXCEPȚIA:

Etapa complexelor (1-7 ani)
Etapa orală (0-1,5 ani)
Etapa anală (1,5-3 ani)
Etapa falică / Oedipiană (3-7 ani)
Etapa latenței sexualității infantile (8-11 ani)

48. Recuperarea are 3 domenii:

domeniul sănătății, funcționalității și identității
domeniul sănătății, ocupațional și familial
domeniul sănătății, ergoterapeutic și profesional
domeniul ergoterapeutic, profesional și identității
domeniul ocupațional, funcțional și al sănătății

49. Contraindicații / pacienți care NU BENEFICIAZĂ de avantajele psihoterapiei sunt cei cu:

tulburare de personalitate
depresie
tulburarea afectivă bipolară în intermisie
tulburare somatoformă
schizofrenie catatonă cu sindrom oneiroid

50. Contraindicații / pacienți care NU BENEFICIAZĂ de avantajele psihoterapiei sunt cei cu:

tulburare de personalitate

anorexie
tulburare psihosomatică
tulburare somatoformă
demență

51. Contraindicații / pacienți care NU BENEFICIAZĂ de avantajele psihoterapiei sunt cei cu:

tulburare hipocondrică
anorexie
tulburare
tulburare somatoformă
delirium

52. Psihoterapia cognitiv-comportamentală:

caută prin diverse metode să identifice și să modifice cognițiile maladaptative, credințele și comportamentele cu scopul de a influența emoțiile negative distructive și comportamentele disfuncționale problematice.

a fost prima formă de psihoterapie cunoscută.

se concentrează pe relevarea conținutului inconștient al psihismului clientului cu scopul de ameliorare a tensiunii psihice.

se bazează pe credința existențială că ființele umane sunt singure în lume.

a apărut ca reacție la behaviorism și psihanaliză și este ca urmare cunoscută sub numele de A Treia Forță în dezvoltarea psihologiei.

53. Psihoterapia umanistă:

caută prin diverse metode să identifice și să modifice cognițiile maladaptative, credințele și comportamentele cu scopul de a influența emoțiile negative distructive și comportamentele disfuncționale problematice.

a fost prima formă de psihoterapie cunoscută.

se concentrează pe relevarea conținutului inconștient al psihismului clientului cu scopul de ameliorare a tensiunii psihice.

se bazează pe credința existențială că ființele umane sunt singure în lume.

a apărut ca reacție la behaviorism și psihanaliză și este ca urmare cunoscută sub numele de A Treia Forță în dezvoltarea psihologiei.

54. Psihoterapia psihodinamică:

caută prin diverse metode să identifice și să modifice cognițiile maladaptative, credințele și comportamentele cu scopul de a influența emoțiile negative distructive și comportamentele disfuncționale problematice.

a fost prima formă de psihoterapie cunoscută.

se concentrează pe relevarea conținutului inconștient al psihismului clientului cu scopul de ameliorare a tensiunii psihice.

se bazează pe credința existențială că ființele umane sunt singure în lume.

a apărut ca reacție la behaviorism și psihanaliză și este ca urmare cunoscută sub numele de A Treia Forță în dezvoltarea psihologiei.

55. Psihoterapia sistemică:

se adresează oamenilor în relație, respectiv are de-a face cu interacțiunile de grup. Include terapia familială și consilierea maritală.

a fost prima formă de psihoterapie cunoscută.

se concentrează pe relevarea conținutului inconștient al psihismului clientului cu scopul de ameliorare a tensiunii psihice.

se bazează pe credința existențială că ființele umane sunt singure în lume.

a apărut ca reacție la behaviorism și psihanaliză și este ca urmare cunoscută sub numele de A Treia Forță în dezvoltarea psihologiei.

CS - Tema 4 – Schizofrenia-TAB

56. Ce sindrom este caracteristic pentru Schizofrenia Simplă:

Automatism motor
Apato-Abulic

Paranoid
Ipohondric
Depresiv

57. Sindromul Kandinski-Clerambault e caracteristic pentru următoarea formă a Schizofreniei

Catatonica
Hebefrenica
Paranoida
Simpla
Febrila

58. În tabloul clinic al schizofreniei simple este prezent :

Sindromul Korsakov
Sindromul Kandinski -Clerambault
Sindromul Munchausen
Sindromul intoxicației metafizice
Sindromul Dupre

59. Din neurolepticele atipice fac parte ,cu EXCEPȚIA:

Risperidon
Aripiprazol
Olanzepina
Quetiapin
Haloperidol

60. Afectarea cărei funcții psihice NU este caracteristica schizofreniei:

memoria
gândirea
percepția
afectivitatea
conștiința

61. Caracteristic pentru schizofrenie patomorfoloic este

Nu sunt prezente modificări specifice
Cortexul este complet atrofiat
Se determină hematom al ventricolului lateral
Leziuni aterosclerotice vasculare de proporție
Ictus ischemic

62. În patogeneza schizofreniei se presupune că un rol însemnat îl are:

Excesul de Aluminiu, fiindcă la acești bolnavi silicatul de aluminiu a fost găsit în plăcile din creier

Ateroscleroză importantă, fiind urmată de accidente vasculo-cerebrale tranzitorii frecvente
Involuția senilă a cortexului
Dezechilibru al activității sistemelor dopaminergice cerebrale
Atrofia lobilor temporo-parietali

63. Cel mai frecvent întâlnite tulburări de percepție în schizofrenie sunt:

Halucinații auditive veritabile
Halucinațiile vizuale
Pseudohalucinații auditive
Oneiroidul
Delirul

64. Schizofrenia hebefrenă se poate instala mai frecvent la vârsta de :

35-50 ani
după 70 ani
60-70 ani
16-18 ani
8-9 ani

65. Schizofrenia hebefrenă :

Are 3 etape de evoluție (paranoială ,paranoidă ,parafrenică)

Se manifestă prin flexibilitate ceroasă, negativism, mutism

Se manifestă prin "Intoxicație metafizică"

are 2 etape de evoluție (tonică, clonică)

Se manifesta prin reacții impulsive, manierism, irascibilitate, excitații psihomotorii cu expresii patetice, veselie neadecvată, puerelism

66.Schizofrenia catatonică:

este o formă malignă a schizofreniei

duce la deces în curs de 5- ani

apare ca urmare a accidentelor cerebrovasculare frecvente

are debut brusc sub formă de excitație sau stupor catatonic

accesul debutează cu prodrom și aură

67.Etiologia schizofreniei cuprinde mai multe aspecte printre care NU se enumeră :

aspecte genetice

aspecte infecțioase

aspecte endocrine

aspecte organice

aspecte prionice

68.Epizodul depresiv major include toate dereglările enumerate mai jos în AFARĂ DE

Dispoziție depresivă - sentimentul subiectiv de tristețe pentru o perioadă prelungită de timp

Anhedonie - incapacitatea de a resimți plăcere.

Retragere socială

Lipsa motivației, toleranță la frustrare redusă

Tulburare crepusculară a conștiinței

69.Epizodul depresiv major include toate dereglările enumerate mai jos ÎN AFARĂ DE

Pierderea libidoului

Scădere în greutate și anorexie.

Creștere în greutate și hiperfagie.

Prezența paramneziilor

Nivel scăzut al energiei; fatigabilitate

70.Criteriile de diagnostic al epizodului maniacal sunt toate ÎN AFARĂ DE:

stimă de sine excesivă sau grandiozitate

nevoie descrescută de somn

fugă de idei sau senzația subiectivă că gândurile aleargă.

ideație suicidară

presiunea de a vorbi continuu

71.Tulburarea bipolară de tip I este

Pacientul a îndeplinit criteriile pentru un episod maniacal sau mixt complet, de obicei suficient de sever pentru a necesita spitalizarea

Pacientul a avut cel puțin un episod depresiv major și cel puțin un episod maniacal

Patru sau mai multe episoade depresive, maniacale sau mixte în decurs de 12 luni.

Tulburare mai puțin severă, cu perioade alternante de hipomanie și moderată depresie

[Debutul este insidios. Simptomele tind să se accentueze în a doua parte a zilei

72.Tulburarea bipolară de tip II este

Pacientul a îndeplinit criteriile pentru un episod maniacal sau mixt complet, de obicei suficient de sever pentru a necesita spitalizarea.

Pacientul a avut cel puțin un episod depresiv major și cel puțin un episod hipomaniacal

Patru sau mai multe episoade depresive, maniacale sau mixte în decurs de 12 luni

Tulburare mai puțin severă, cu perioade alternante de hipomanie și moderată depresie.

Mai puțin severă decât tulburarea depresivă majoră. Mai frecventă și mai cronică la femei decât la bărbați. Debutul este insidios. Simptomele tind să se accentueze în a doua parte a zilei

73.Tulburarea bipolară cu ciclare rapidă este

Pacientul a îndeplinit criteriile pentru un episod maniacal sau mixt complet, de obicei suficient de sever pentru a necesita spitalizarea.

Pacientul a avut cel puțin un episod depresiv major și cel puțin un episod hipomaniacal Patru sau mai multe episoade depresive, maniacale sau mixte în decurs de 12 luni
Tulburare mai puțin severă, cu perioade alternante de hipomanie și moderată depresie.
Mai puțin severă decât tulburarea depresivă majoră. Mai frecventă și mai cronică la femei decât la bărbați. Debutul este insidios. Simptomele tind să se accentueze în a doua parte a zilei.

74. Tulburarea ciclotimică se poate defini ca

Pacientul a îndeplinit criteriile pentru un episod maniacal sau mixt complet, de obicei suficient de sever pentru a necesita spitalizarea.

Pacientul a avut cel puțin un episod depresiv major și cel puțin un episod hipomaniacal Patru sau mai multe episoade depresive, maniacale sau mixte în decurs de 12 luni.
Tulburare mai puțin severă, cu perioade alternante de hipomanie și depresie moderată
Mai puțin severă decât tulburarea depresivă majoră. Mai frecventă și mai cronică la femei decât la bărbați. Debutul este insidios. Simptomele tind să se accentueze în a doua parte a zilei.

75. Tulburarea distimică poate fi definită ca

Pacientul a îndeplinit criteriile pentru un episod maniacal sau mixt complet, de obicei suficient de sever pentru a necesita spitalizarea.

Pacientul a avut cel puțin un episod depresiv major și cel puțin un episod hipomaniacal Patru sau mai multe episoade depresive, maniacale sau mixte în decurs de 12 luni.
Tulburare mai puțin severă, cu perioade alternante de hipomanie și moderată depresie.
Mai puțin severă decât tulburarea depresivă majoră. Mai frecventă și mai cronică la femei decât la bărbați. Trăiri depresive permanente pe parcursul vieții.

76. Echivalent psihic a crizelor epileptice este

Grand mal și Petit mal
Automatism ambulator
Diskinezia tardivă
Automatism mental
Crize convulsive în serie

77. Tulburare afectivă specifică epilepsiei, prezenta ca prodrom, ca stare post-ictală sau chiar ca echivalent psihic al crizei epileptice:

disforia
delirium tremens
criptomnezie
stare oneiroidă
stupor catatonice

78. Depresia ușoară permanentă, ne-psihotică cu anxietate predominantă se numește:

Ciclotimie
Tulburare bipolară
Depresie cronică
Distimie
Tulburare de anxietate

CS - Tema 5 - Tulburări anxioase, de stres și somatoforme

79. Fobia este:

Frica persistentă, patologică, nerealistă, imaginară și intensă de un obiect sau de o situație.
Frica persistentă, fiziologică intensă de un pericol real existent.
Frica persistentă, fiziologică, realistă de un obiect sau de o situație.
Frica realistă de un obiect sau de o situație, care ar pute să se desfășoare cândva.
Frica aparentă, doar în unele cazuri severă de un obiect sau de o situație repetitivă.

80. Tulburările anxios-fobice se manifestă prin:

Idei de supraevaluare.
Mentism.
Ritualuri.
Atacuri de panică.

Idei delirante.

81. Atacurile neașteptate de panică sunt necesare pentru a diagnostica:

Tulburarea de anxietate generalizată.

Tulburarea de panică.

Fobia socială.

Fobia specifică.

Tulburarea obsesiv-compulsivă

82. Tulburarea de conversie, mai frecvent include manifestări :

Obsesive.

Astenice.

Hipocondriace.

Senzoriale.

Paranoice.

83. Tulburările motorii de conversie includ :

Surditatea.

Cenestopatia.

Astazia- abazia.

Parestezia.

Cecitatea.

84. Atacul de panică atinge intensitatea maximă în aproximativ :

2 ore.

45 minute.

12 ore.

24 ore.

10-20 minute.

85. Claustrofobia este teama de:

Spații deschise.

A nu roși în public.

Spații închise.

A rămâne singur.

Insecte.

86. Agorafobia este frica de:

Oameni.

Spații deschise.

Murdărie.

A nu fi singur.

Spații închise.

87. Ideile obsesive sunt:

Paranoice.

Intruzive și involuntare.

Prevalente.

Delirante.

Parafrenice.

88. Definiția tulburărilor neurotice

sunt dereglări funcționale, ce nu implică schimbări cerebrale organice și nu reprezintă psihoze.

o stare de nedezvoltare psihică

o schimbare durabilă de personalitate.

o dereglare intelectuală stabilă a memoriei și simțului critic.

o stare gravă de tulburare a atenției.

89. Tulburări Disociative (de Conversie) sunt următoarele ÎN AFARĂ DE:

Amnezie disociativă.

Fuga disociativă.

Stupoarea disociativă.

Tulburările de transă și posesiune.

Tulburările factice.

90. Tulburarea Disociativă (de Conversie) este:

este o tulburare organică legată de traumatismele cranio-cerebrale.

este o tulburare cu debut lent, neobservabil.

este o tulburare cu prevalență mică de până la 1%.

este o tulburare cu debut și încetare de stare disociativă bruscă, și este legată de un factor psihotraumatizant.

este o endogenie și afectează mai frecvent copiii.

91. Tulburarea de anxietate generalizată:

Este cel mai puțin probabil să coexiste cu o altă tulburare psihică.

Are o proporție femei/bărbați de 1:2.

Este o stare ușoară.

Are o șansă de peste 50% de recurență după recuperare.

Are o prevalență joasă în instituțiile de asistență medicală primară.

92. Activitatea fiziologică asociată cu TSPT (tulburarea de stres posttraumatic) include toate cele menționate mai jos, CU EXCEPȚIA:

Ton parasimpatic scăzut.

Valoare inițială a ritmului cardiac ridicată.

Transpirare excesivă.

Secreția circadiană de Tiroxină scăzută.

Tensiune arterială ridicată.

93. Toate tulburările psihice de mai jos sunt frecvent întâlnite la pacienții cu tulburare de somatizare (în rândul populației generale), cu EXCEPȚIA:

Tulburarea afectivă bipolară I.

Tulburarea de anxietate generalizată.

Tulburarea depresivă majoră.

Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă.

Schizofrenia.

94. Semnele caracteristice pentru tulburarea de conversie sunt toate cele menționate mai jos, CU EXCEPȚIA:

Astazia-Abazia.

Rigiditatea Cogwheel - roata dințată.

Hemianestezia corpului, care începe exact la linia mediană.

Reflexe osteo-tendinoase, foto-pupilar - normale.

Anestezia în "șosetă și mănușă".

95. Cea mai frecventă formă de tulburări nevrotice este :

Tulburarea de conversie.

Tulburarea afectivă bipolară.

Tulburarea somatoformă.

Neurastenia.

Distimia.

CS - Tema 6 - Întrebări teme dependentă de SPA

96. Doza standard de alcool se echivalează cu

5mg alcool pur

10 mg alcool pur

15 mg alcool pur

20 mg alcool pur

13 mg alcool pur

97. Care dintre simptomele enumerate nu face parte din criteriul de dependență de substanță psihoactivă

Dorința compulsivă de a folosi substanța

Dificultăți de control a comportamentului legat de consumul de substanță

Creșterea toleranței la alcool

Apariția polinevritei

Neglijare progresivă a plăcerilor și intereselor datorită consumului de substanță psihoactivă

98. Apariția solitară a unor stări discomportamentale psihotice în contextul utilizării unei doze neînsemnate de alcool se referă la

ebrietatea simplă

encefalopatia Gayet-Wernicke

ebrietatea patologică

intoxicația cronică

delirium tremens

99. Stare care apare la întreruperea absolută sau relativă a consumului unei substanțe psihoactive, după un consum repetat și prelungit și ca regulă în doze mari se numește

Dependență

sevraj

intoxicație cronică

intoxicație acută

toleranță

100. Enumerați simptomele care nu sunt specifice pentru alcoolism gradul II

creșterea toleranței de 5-8 ori

aparitia stărilor pseudodipsomanice

sindrom de sevraj cu simptome vegetative, psihice și neurologice.

Apariția stării de delirium tremens

toleranța nemodificată

101. Găsiți noțiunea potrivită pentru următoarea definiție : „Este un complex psihopatologic constatat cu preponderență în cazurile de alcoolism cronic sau în demența alcoolică și manifestat clinic în special cu dezorientare temporo-spațială, amnezie de fixare și confabulații (pseudoreminescențe)”

halucinoza etilică

sindrom Korsakov

psihoza Korsakov

intoxicația alcoolică acută

intoxicația cu benzodiazepine

102. Psihoza Korsakov se referă la

encefalopatiile etilice

schizofrenie

tulburarea de spectru autist

retardarea mintală

reacția adversă în tratamentul cu antipsihotice

103. Atribuiți noțiunea „ Este o stare psihopatologică cu predominanța halucinațiilor auditive cu conștiința clară” uneia din următoarele maladii:

anorexia nervoasă

halucinoza etilică

starea euforică

tulburarea de personalitate paranoidă

delirium tremens

104. Selectați care este răspunsul INCORECT: „ În tratamentul dependenței de alcool se folosesc medicamente și terapii cu următoarele mecanisme de acțiune”

agoniști de receptori GABA

antagoniști de receptori opioizi

inhibitori de aldehydhidrogenază

psihoterapie

antiinflamatoare nesteroidiene

- 105. Selectați răspunsul CORECT: Testul screening de evaluare a consumului de alcool se numește**
Hamilton
Beck
Zung
AUDIT
PANSS
- 106. Antidot pentru intoxicarea cu benzodiazepine este:**
soluția de ser fiziologic
flumazenil
metadone
clonidine
amitriptilina
- 107. Găsiți varianta INCORECTĂ: În supradozarea cu benzodiazepine se pot constata următoarele simptome:**
ataxie
somniațență
depresie respiratorie
hipotensiune arterială
stări de stupeoare
- 108. Găsiți varianta INCORECTĂ. „ Acțiunea de bază a opiaceelor are loc asupra următorilor receptori”**
 μ - miu
 κ - kappa
 σ - delta
NOR (nociceptin receptor).
receptorii acetilcolinici
- 109. Selectați unica variantă CORECTĂ. În intoxicarea cu opiacee se utilizează**
clonidine
naloxone
benzodiazepine
flumazenil
antipsihotice
- 110. Selectați varianta INCORECTĂ. Substanțele volatile au următoarele proprietăți**
proprietăți lipofile și absorbție rapidă în timpul inhalării
intoxicarea acută apare peste 3-5 minute (10-15 inhalări)
concentrație plasmatică maximă peste 15-30 de minute
se acumulează în organe cu conținut mare de lipide (ficat, creier)
au un sindrom de dependență foarte pronunțat
- 111. Găsiți varianta INCORECTĂ a efectelor fiziologice în intoxicarea cu cocaina**
tahicardie
creșterea frecvenței respirației
vasoconstricție
midriază
scădere tensiune arterială
- 112. Găsiți varianta INCORECTĂ a efectelor psihice în intoxicarea cu cocaina**
euforie
creșterea performanței intelectuale
durata somnului redusă
depresie
halucinații
- 113. Găsiți varianta INCORECTĂ a efectelor psihice în intoxicarea cu halucinogene**
tahicardie
hipertensiune arterială

- tulburări de vedere
- midriază
- lipsă tulburări de gândire sau atacuri de panică
- 114. Găsiți varianta INCORECTĂ a efectelor psihice în starea de sevraj cu halucinogene**
- euforie
- disconfort
- somnolență
- fatigabilitate
- mioclonii
- 115. Găsiți varianta INCORECTĂ a simptomelor de sevraj nicotinic**
- iritabilitate
- stupoare
- accese de furie
- slaba capacitate de concentrare
- creșterea apetitului sau insomnie

CS - Tema 7 - Demențele. Tulburările mintale Organice; Datorate unei condiții medicale generale și Post-partum

- 116. Tulburările cognitive și non-cognitive la persoanele de vârstă a treia sunt datorate:**
- Doar modificărilor neurodegenerative cerebrale.
- Doar modificărilor neurochimice cerebrale.
- Doar stresului oxidative și modificărilor vasculare cerebrale.
- Doar modificărilor activității colinesterazelor și echilibrului GABA/Glutamat.
- Tuturor modificărilor menționate anterior.
- 117. În DSM-5 termenul de demență a fost înlocuit cu noțiunea de:**
- Declin cognitiv precoce.
- Declin cognitiv tardiv.
- Tulburare neurocognitivă majoră.
- Tulburare neurocognitivă și neurodegenerativă.
- Tulburare neurocognitivă senilă.
- 118. Cel mai răspândit tip etiopatogenic de demență este:**
- Demența Huntington.
- Demența Alzheimer.
- Demența Parkinson.
- Demența Creutzfeldt-Jacob.
- Demența Binswanger.
- 119. Sindromul orbito-frontal este mai frecvent asociat cu:**
- Demența Alzheimer.
- Demența Huntington.
- Demența fronto-temporală (Pick).
- Demența Parkinson.
- Demența Creutzfeldt-Jacob.
- 120. Sindromul afazo-apracto-agnozic este mai frecvent asociat cu:**
- Demența Huntington.
- Demența fronto-temporală (Pick).
- Demența Parkinson.
- Demența Alzheimer.
- Demența Creutzfeldt-Jacob.
- 121. Cel mai tipic model de demență datorat modificării transmisiei dopaminergice cerebrale este:**
- Demența Huntington.
- Demența Alzheimer.

- Demența Parkinson.
Demența Creutzfeldt-Jacob.
Demența Binswanger.
- 122. Cel mai tipic model de demență datorat afectării prionice cerebrale este:**
Demența Huntington.
Demența Alzheimer.
Demența Parkinson.
Demența Creutzfeldt-Jacob.
Demența Binswanger.
- 123. Cel mai tipic model de demență vasculară este:**
Demența Huntington.
Demența Alzheimer.
Demența Parkinson.
Demența Creutzfeldt-Jacob.
Demența Binswanger.
- 124. Care dintre tipurile de demență menționate mai jos, se transmite pe cale autozomal dominantă:**
Demența Huntington.
Demența Pick.
Demența posttraumatică.
Demența Creutzfeldt-Jacob.
Demența Binswanger.
- 125. Modificarea procesării ApoE4, metabolizării proteinei Tau și sintezei de amiloid sunt mai specifice pentru:**
Demența Creutzfeldt-Jacob.
Demența Binswanger.
Demența Huntington.
Demența Alzheimer.
Demența Parkinson.
- 126. Care dintre tipurile de demență ce urmează sunt mai răspândite în practica medicală ?**
Demența Alzheimer asociată cu demența vasculară.
Demența Alzheimer asociată cu demența Creutzfeldt-Jacob.
Demența Alzheimer asociată cu demența Pick.
Demența Alzheimer asociată cu demența Huntington.
Demența Alzheimer asociată cu demența Parkinson.
- 127. Inhibitori centrali de acetilcolinesterază sunt:**
Brexipirazolum.
Aripirazolum.
Donepezilum.
Rivastigminum.
Cariprazinum.
- 128. Inhibitori centrali de acetyl- și butirilcolinesterază sunt:**
Donepezilum.
Modafinilum.
Gabapentinum.
Memantinum.
Rivastigminum.
- 129. Modulatori ai echilibrului GABA/Glutamat sunt:**
Asenapinum.
Acatinolum.
Gabapentinum.
Memantinum.
Bupropionum.

- 130. Scorul MMSE permite cu o veridicitate de 82% evidențierea:**
 Episodului depresiv sever cu simptome psihotice.
 Episodului de psihoză acută.
 Severității declinului neurocognitiv și a demenței.
 Episodului depresiv sever fără simptome psihotice.
 Episodului maniacal cu simptome psihotice
- 131. Tratamentul pacienților cu demență, necesită a fi efectuat:**
 În mediul obișnuit pacientului, în condiții de ambulator.
 Obligator în secțiile de terapie intensivă.
 Obligator în secțiile de geriatrie.
 Obligator în condițiile unui apartament protejat.
 Obligator într-o instituție de tip rezidențial (azil de bătrâni).
- 132. În cadrul Sclerozei multiple sunt posibile tulburări psihice, care necesită a fi diferențiate cu :**
 Autismul.
 Tulburarea afectivă bipolară.
 Sindromul Rett.
 Sindromul intestinului iritabil.
 Sindromul de rebound.
- 133. Tardive, sunt considerate consecințele psihice ale traumatismului cranio-cerebral, care s-au dezvoltat timp de :**
 1 lună după traumatismul cranio-cerebral.
 2 luni după traumatismul cranio-cerebral.
 6 săptămâni după traumatismul cranio-cerebral.
 4 luni după traumatismul cranio-cerebral.
 6 luni după traumatismul cranio-cerebral.
- 134. În perioada postoperatorie, la persoanele de vârstă înaintată, sunt posibile complicații psihice de tip :**
 Delirium.
 Tulburare afectivă bipolară.
 Schizofrenie.
 Tulburare schizotipală.
 Tulburare Asperger.

CS - Tema 8 - Tulburările de personalitate. Tulburările parafilice. Disfuncțiile sexuale. Disforia de gen. Tulburările de control al impulsurilor. Tulburările de somn.

- 135. Conform DSM 5 , o tulburare de personalitate presupune:**
 manifestarea printr-un pattern durabil de experiență internă și de comportament care deviază considerabil de la expectațiile culturii individului.
 manifestarea printr-un pattern instabil de comportament care deviază considerabil de la expectațiile culturii individului.
 manifestarea printr-un pattern instabil de experiență internă care deviază considerabil de la expectațiile culturii individului.
 manifestarea printr-un pattern instabil de experiență internă și de comportament care deviază considerabil de la expectațiile culturii individului.
 manifestarea prin episoade paroxistice de experiență internă patologică și de comportament exploziv care deviază considerabil de la expectațiile culturii individului.
- 136. Tratamentul de primă linie al unei tulburări de personalitate va fi:**
 Psihoterapia
 Antidepresivele
 TEC
 Antipsihoticele
 Anxioliticele (în special benzodiazepinele)

- 137. Pacienții cu tulburări de personalitate, care doresc ameliorarea simptomelor intense sau temporare, cum ar fi panica sau depersonalizarea, pot lua în considerare:**
 Aplicarea de gheață sau apă rece ca gheața pe față (reflex de scufundare la mamifere).
 Administrarea rapidă intramusculară a antipsihoticelor
 Administrarea rapidă intramusculară a anxioliticelor
 Administrarea rapidă intramusculară a antidepresivelor
 Administrarea rapidă intramusculară a fenobarbitalului
- 138. Pacienții cu tulburări de personalitate, care doresc ameliorarea simptomelor intense sau temporare, cum ar fi panica sau depersonalizarea, pot lua în considerare:**
 Tehnici de respirație „ritmată” - Faza de expirație este cu cel puțin două până la patru ori mai lungă decât faza de inhalare (de exemplu, inhalați în timp ce numărați până la patru și expirați în timp ce numărați până la opt)
 Administrarea rapidă intramusculară a antipsihoticelor
 Administrarea rapidă intramusculară a anxioliticelor
 Administrarea rapidă intramusculară a antidepresivelor
 Administrarea rapidă intramusculară a fenobarbitalului
- 139. Fetișismul implică:**
 utilizarea unor obiecte neumane ca principală metodă pentru a produce excitație sexuală
 utilizarea unei terțe persoane pentru a produce excitație sexuală în cuplu
 dragostea față de obiect ce nu implică sexualitatea subiectului și nu interferează cu capacitatea de excitare
 dragostea față de o persoană ce nu implică sexualitatea subiectului și nu interferează cu capacitatea de excitare
 excitarea sexuală produsă prin expunerea organelor genitale în fața unei persoane necunoscute
- 140. Fetișismul transvestic implică:**
 îmbrăcarea în haine ale sexului opus cu scopul de a obține excitație sexuală și variază de la purtarea ocazională a câtorva articole de îmbrăcăminte până la schimbarea totală a îmbrăcăminteii cu cea a sexului opus.
 utilizarea unei terțe persoane pentru a produce excitație sexuală în cuplu
 dragostea față de obiect ce nu implică sexualitatea subiectului și nu interferează cu capacitatea de excitare
 dragostea față de o persoană ce nu implică sexualitatea subiectului și nu interferează cu capacitatea de excitare
 excitarea sexuală produsă prin expunerea organelor genitale în fața unei persoane necunoscute
- 141. Exhițiționismul implică:**
 excitarea sexuală produsă prin expunerea organelor genitale în fața unei persoane necunoscute.
 utilizarea unei terțe persoane pentru a produce excitație sexuală în cuplu
 îmbrăcarea în haine ale sexului opus cu scopul de a obține excitație sexuală și variază de la purtarea ocazională a câtorva articole de îmbrăcăminte până la schimbarea totală a îmbrăcăminteii cu cea a sexului opus.
 dragostea față de o persoană ce nu implică sexualitatea subiectului și nu interferează cu capacitatea de excitare
 utilizarea unor obiecte neumane ca principală metodă pentru a produce excitație sexuală
- 142. Voyeurismul implică:**
 plăcerea sexuală de a privi nuduri, oameni dezbrăcându-se sau fiind implicați în acte sexuale.
 utilizarea unei terțe persoane pentru a produce excitație sexuală în cuplu
 îmbrăcarea în haine ale sexului opus cu scopul de a obține excitație sexuală și variază de la purtarea ocazională a câtorva articole de îmbrăcăminte până la schimbarea totală a îmbrăcăminteii cu cea a sexului opus.
 utilizarea unor obiecte neumane ca principală metodă pentru a produce excitație sexuală

excitarea sexuală produsă prin expunerea organelor genitale în fața unei persoane necunoscute

143. Frotteurismul implică:

excitația sexuală produsă de contactul fizic (de obicei prin frecare sau atingere) cu alte persoane în spații publice.

utilizarea unei terțe persoane pentru a produce excitație sexuală în cuplu
dragostea față de obiect ce nu implică sexualitatea subiectului și nu interferează cu capacitatea de excitare

plăcerea sexuală de a privi nuduri, oameni dezbrăcându-se sau fiind implicați în acte sexuale.

excitarea sexuală produsă prin expunerea organelor genitale în fața unei persoane necunoscute

144. Masochismul implică:

participarea intenționată în acte care presupun umilință, abuz fizic, legare sau orice altă formă de abuz, adresată propriei persoane pentru experimentarea plăcerii sexuale.

utilizarea unei terțe persoane pentru a produce excitație sexuală în cuplu
dragostea față de obiect ce nu implică sexualitatea subiectului și nu interferează cu capacitatea de excitare

plăcerea sexuală de a privi nuduri, oameni dezbrăcându-se sau fiind implicați în acte sexuale.

excitarea sexuală produsă prin expunerea organelor genitale în fața unei persoane necunoscute

145. Sadismul implică:

dorința de a induce suferința fizică sau psihologică unei alte persoane pentru excitare deplină sau pentru atingerea orgasmului.

plăcerea sexuală de a privi nuduri, oameni dezbrăcându-se sau fiind implicați în acte sexuale.
dragostea față de obiect ce nu implică sexualitatea subiectului și nu interferează cu capacitatea de excitare

excitația sexuală produsă de contactul fizic (de obicei prin frecare sau atingere) cu alte persoane în spații publice.

excitarea sexuală produsă prin expunerea organelor genitale în fața unei persoane necunoscute

146. Pedofilia implică:

direcționarea unor fantezii, nevoi sau comportamente sexuale spre adolescenți sau pre-adolescenți (vârstă mai mică de 13 ani).

plăcerea sexuală de a privi nuduri, oameni dezbrăcându-se sau fiind implicați în acte sexuale.
dragostea față de obiect ce nu implică sexualitatea subiectului și nu interferează cu capacitatea de excitare

excitația sexuală produsă de contactul fizic (de obicei prin frecare sau atingere) cu alte persoane în spații publice.

excitarea sexuală produsă prin expunerea organelor genitale în fața unei persoane necunoscute

147. Transsexual (TS) este termenul ce implică:

persoana care simte că trupul său nu corespunde cu identitatea sa de gen
îmbrăcarea în haine ale sexului opus cu scopul de a obține excitație sexuală și variază de la purtarea ocazională a câtorva articole de îmbrăcăminte până la schimbarea totală a îmbrăcămintei cu cea a sexului opus.

dragostea față de obiect ce nu implică sexualitatea subiectului și nu interferează cu capacitatea de excitare

utilizarea unei terțe persoane pentru a produce excitație sexuală în cuplu

excitarea sexuală produsă prin expunerea organelor genitale în fața unei persoane necunoscute

148. Dispareunia presupune:

durerea genitală recurentă sau persistentă, care se manifestă înaintea, în timpul sau după actul sexual.

durerea abdominală recurentă sau persistentă, care se manifestă înaintea ciclului menstrual.

utilizarea unei terțe persoane pentru a produce excitație sexuală în cuplu
excitarea sexuală produsă prin expunerea organelor genitale în fața unei persoane necunoscute

contractură musculară involuntară a unei părți a vaginului, care afectează actul sexual.

149. Vaginismul presupune:

durerea genitală recurentă sau persistentă, care se manifestă înaintea, în timpul sau după actul sexual.

durerea abdominală recurentă sau persistentă, care se manifestă înaintea ciclului menstrual.

utilizarea unei terțe persoane pentru a produce excitație sexuală în cuplu

excitarea sexuală produsă prin expunerea organelor genitale în fața unei persoane necunoscute

contractură musculară involuntară a unei părți a vaginului, care afectează actul sexual.

150. Tricotilomania este o tulburare caracterizată prin:

lipsă notabilă a părului datorată unor dorințe repetate irezistibile de a smulge fire de păr.

lipsă notabilă a părului datorată stilului de viață și coafurii dorite.

mania de a crește părul cât mai lung pentru a fi în centrul atenției.

mania de a scurta părul pentru a fi incapabil de a avea careva paraziți

lipsa notabilă a părului și scurtarea acestuia datorită gândului că părul ar fi sursa de boli infecțioase.

151. Ludomania este o tulburare caracterizată prin:

a risca ceva de valoare în speranța de a obține ceva cu o valoare și mai mare. Jocul de noroc patologic.

comportament în care pacientul se joacă online fără limite fără a paria careva bani. Jocul de noroc.

comportament în care pacientul se joacă în cărți pariind, rar, fără consecințe negative asupra vieții personale, familiale, etc. Jocul de noroc patologic.

incapacitatea repetată de a rezista impulsurilor de a fura obiecte, chiar dacă acestea NU sunt necesare pentru uzul personal sau pentru valoarea lor financiară. Furtul patologic.

incapacitatea repetată de a rezista impulsurilor de a fura obiecte, acestea fiind necesare pentru uzul personal sau pentru valoarea lor financiară. Furtul patologic.

152. Cleptomania este o tulburare caracterizată prin:

a risca ceva de valoare în speranța de a obține ceva cu o valoare și mai mare. Jocul de noroc patologic.

comportament în care pacientul se joacă online fără limite fără a paria careva bani.

comportament în care pacientul se joacă în cărți pariind, rar, fără consecințe negative asupra vieții personale, familiale, etc.

incapacitatea repetată de a rezista impulsurilor de a fura obiecte, chiar dacă acestea NU sunt necesare pentru uzul personal sau pentru valoarea lor financiară. Furtul patologic.

incapacitatea repetată de a rezista impulsurilor de a fura obiecte, acestea fiind necesare pentru uzul personal sau având o valoare financiară importantă cunoscută. Furtul patologic.

153. Piromania este o tulburare caracterizată prin:

a risca ceva de valoare în speranța de a obține ceva cu o valoare și mai mare. Jocul de noroc patologic.

prezența mai multor episoade de incendiere deliberată și intenționată. Indivizii cu această tulburare resimt o stare de tensiune sau excitare emoțională înainte de a pune foc (incendierea patologică)

prezența mai multor episoade de incendiere accidentală și ne-intenționată (incendierea patologică)

incapacitatea repetată de a rezista impulsurilor de a fura obiecte, chiar dacă acestea NU sunt necesare pentru uzul personal sau pentru valoarea lor financiară. Furtul patologic.

incapacitatea repetată de a rezista impulsurilor de a fura obiecte, acestea fiind necesare pentru uzul personal sau având o valoare financiară importantă cunoscută. Furtul patologic.

154. Conform DSM 5, trăsăturile esențiale ale somnolenței în narcolepsie sunt:

ațipirile diurne recurente sau adormirile bruște, de obicei cu cataplexie. Somnolența este prezentă de obicei zilnic, dar trebuie să apară de minimum trei ori pe săptămână, cel puțin 3 luni

ațipirile diurne rare sau adormirile bruște, cu somn adânc de lungă durată. Somnolența este prezentă de obicei zilnic, dar trebuie să apară de minimum trei ori pe săptămână, cel puțin 3 luni

pacientul nu prezintă hipotonie nici cataplexie

pacientul dezvoltă pe parcursul nopții mișcări automate sau semi-automate

ațipirile diurne recurente de obicei fără cataplexie, în special post-prandiale. Somnolența este prezentă de obicei zilnic, dar trebuie să apară de minimum trei ori pe săptămână, cel puțin 3 luni

CS - Tema 9 - Tulburări de dezvoltare profunde. Tulburări neurotice, comportamentale, emoționale de funcționare socială cu debut de obicei în copilărie și adolescență

- 155. Diagnosticul diferențial al Sindromul Rett se face cu toate tulburările ce urmează, ÎN AFARĂ DE :**
- scleroza tuberoasă.
 - paralizia cerebrală.
 - sdr. Angelman.
 - Autismul atipic.
 - sdr. Prader-Willi.
- 156. Criteriile de diagnostic pentru tulburare autistă sunt următoarele ÎN AFARĂ DE:**
- modificare calitativă a interacțiunii sociale.
 - alterarea marcată a utilizării, pentru reglarea interacțiunii sociale, a unor multiple comportamente nonverbale, cum ar fi privirea în ochi, expresia facială, posturile corpului și gesturile.
 - nedezvoltarea relațiilor cu cei de aceeași vârstă, adecvate cu nivelul de dezvoltare.
 - lipsa căutării spontane de a împărtăși cu alte persoane bucuria, interesele sau realizările.
 - reciprocitatea socială sau emoțională suficient dezvoltate.
- 157. Criteriile de diagnostic pentru tulburare autistă sunt următoarele ÎN AFARĂ DE:**
- alterări calitative ale comunicării.
 - întârzierea sau absența totală a dezvoltării limbajului vorbit.
 - alterarea marcată a capacității de a iniția sau de a susține o conversație cu alții.
 - utilizarea stereotipă și repetitivă a limbajului sau limbaj idiosincronic.
 - prezența imaginației sau a jocurilor imitative social variate, spontane, adecvate nivelului de dezvoltare.
- 158. Criteriile de diagnostic pentru tulburare prin deficit atențional/hiperactivitate sunt următoarele ÎN AFARĂ DE:**
- adesea nu dă destulă atenție amănuntelor sau greșește din neglijență în activitatea școlară, muncă, sau alte activități.
 - adesea are dificultăți de susținere a atenției în cursul unor sarcini sau în activități de joc.
 - adesea pare să nu asculte atunci când i se vorbește direct.
 - adesea nu dă curs instrucțiunilor și nu își termină temele, sarcinile casnice sau obligațiunile de muncă (nu se datorează comportamentului opozițional sau neînțelegerii instrucțiunilor).
 - adesea nu are dificultăți în organizarea sarcinilor și activităților.
- 159. Criteriile de diagnostic pentru tulburare prin deficit atențional/hiperactivitate sunt următoarele ÎN AFARĂ DE:**
- adesea își mișcă mâinile sau picioarele sau se frământă pe scaun.
 - adesea își părăsește locul, în clasă sau în alte situații, în care este de așteptat să rămână la locul său.
 - adesea fuge sau se cațără excesiv, în situații, în care acest lucru este nepotrivit.
 - adesea are dificultăți să se joace sau să se angajeze în activități de timp liber fără să facă zgomot.
 - adesea este inițiator al activităților cu caracter social și util.

- 160. Criteriile de diagnostic pentru tulburarea prin deficit atențional/hiperactivitate sunt următoarele ÎN AFARĂ DE:**
 adesea răspunde înainte ca întrebarea să se fi terminat.
 adesea are dificultăți să își aștepte rândul.
 adesea întrerupe sau inoportunează pe alții.
 adesea este un exemplu bun la învățătura la școală.
 adesea își părăsește locul, în clasă sau în alte situații, în care este de așteptat să rămână la locul său.
- 161. La care tulburare sau sindrom creșterea craniului începe să se reducă între vârsta de 6 luni și 1 an?**
 Sindromul X fragil.
 Tulburare autistă.
 Sindromul Rett.
 Tulburarea de învățare.
 Tulburarea Asperger.
- 162. Care din cele de mai jos sunt puncte forte relative ale copiilor cu autism la testarea psihologică?**
 Raționamentul abstract.
 Abilități de integrare.
 Cuburi (block design) și memorarea cifrelor,
 Formularea verbală a conceptului.
 Similarități și comprehensiune .
- 163. Debutul tulburării dezintegrative a copilăriei începe în intervalul de vârstă?**
 De la 1 la 2 ani.
 De la 2 la 3 ani.
 De la 3 la 4 ani.
 De la 4 la 5 ani.
 De la 5 la 6 ani.
- 164. Sindromul Rett :**
 Se întâlnește doar la băieți.
 Nu implică anomalii motorii.
 Este asociat cu inteligența normală.
 Nu manifestă pierderea abilităților sociale.
 Nici un răspuns anterior nu este corect.
- 165. Ce reprezintă Testul M-CHAT?**
 Are rolul de a depista autismul la copiii cu vârsta între 30 luni și 3 ani.
 Permite evaluarea inteligenței la copii.
 Are rolul de a depista autismul la copiii cu vârsta între 16 și 30 luni.
 Se aplică pentru screening-ul ADHD.
 Permite evaluarea anxietății la copii.
- 166. Responsabil de Sdr. Rett sunt:**
 mutații în crs.15 (15q11-q13).
 mutația completă a genei FMR1 (Xq27.3).
 mutațiile în gena MECP2.
 mutațiile în gena SMC1A.
 mutațiile în crs.5 (5p).
- 167. Conform FDA în calitate de medicament de elecție pentru copiii cu TSA care au probleme de comportament și agresivitate se va administra :**
 clozapinum.
 olanzapinum.
 risperidonum.
 paroxetinum.
 alprazolamum.

- 168. Criteriile de diagnostic. Enurezisul este o micțiune involuntară la o vârstă la care trebuie să fie stabilit controlul asupra vezicii urinare, după:**
2 ani
5 ani
6 ani
1 an
7 ani
- 169. Criteriile de diagnostic. Enurezisul nonorganic:**
este provocat de anomalii neurologice sau structurale ale sistemului urinar
este provocat de crize epileptice
este provocat de cistită sau de poliuria diabetică
se constată, cel puțin, de 2 ori pe săptămână pe parcursul a 3 luni consecutive
apare la copil la vârsta sub vârsta de 6 ani (sau cu un nivel de dezvoltare echivalent)
- 170. Criteriile de diagnostic. Pica perioadei infantile și a copilăriei prezintă:**
mâncatul persistent al substanțelor nutritive
mâncatul persistent al substanțelor nenutritive
tulburarea de somn
boala organică
nutriția adecvată
- 171. Criteriile de diagnostic. Pica perioadei infantile și a copilăriei:**
poate fi asociată cu rumegarea
nu este tulburare de alimentație
este o tulburare de conduită
este o tulburare reactivă față de anturaj
este o tulburare de activitate socială dezinhibată
- 172. Criteriile de diagnostic. Pica perioadei infantile și a copilăriei:**
trebuie să persiste mai mult de o lună la o vârstă în care consumul acestor obiecte este considerat inadecvat din punct de vedere al dezvoltării
trebuie să persiste mai mult de 2 luni la o vârstă în care consumul acestor obiecte este considerat inadecvat din punct de vedere al dezvoltării
presupune prezența unei boli organice
nu prezintă risc pentru afectarea dezvoltării fizice și mintale
nu poate provoca stări de urgență chirurgicală
- 173. Criteriile de diagnostic. Tulburarea de rumație reprezintă:**
anorexie
bulimie
boala crizelor de bulimie
regurgitarea repetată și persistentă după masă
o senzație de greață
- 174. Criteriile de diagnostic. Anorexia nervoasă este:**
restricția alimentară persistentă
prevalează pe viață la bărbați
este o boală ușoară
se asociază cu hiperglicemie
are indicii de masă corporală IMC > 85 % față de norma
- 175. În anorexia nervoasă primul pas constă în:**
reabilitatea nutrițională
creșterea ponderală în jur de 700 grame/zi
psihoterapia psihodinamică care este suficientă
terapia familială, care este suficientă
terapia cognitiv-comportamentală, care este suficientă

- 176. Criteriile de diagnostic. Bulimia nervoasă se caracterizează prin:**
 mâncatul compulsiv și metode compensatorii inadecvate de a preveni creșterea în greutate
 confort fizic
 confort emoțional
 raportul bărbați:femei 10:1
 vârsta la debut este de obicei de la 26 până la 46 ani.
- 177. Criteriile de diagnostic. Dacă medicul suspectează prezența bulimiei nervoase, primul pas este:**
 inițiază o discuție despre obiceiurile alimentare, metode de pierdere în greutate și simptome fizice
 face tomografia computerizată -CT
 face rezonanța magnetică nucleară -RMN
 face electroencefalograma -EEG
 face fibrogastroduodenoscopia - FGDS
- 178. Criteriile de diagnostic. Există următoarele tipuri de anorexie nervoasă:**
 tipul restrictiv
 tipul endocrin
 tipul cerebral
 tipul depresiv
 tipul anxios
- 179. Criteriile de diagnostic. Există următoarele tipuri de anorexie nervoasă:**
 tipul exagerat/eliminare forțată
 tipul endocrin
 tipul cerebral
 tipul depresiv
 tipul anxios
- 180. Anorexia nervoasă:**
 prevalența pe viața la femei este de 30 %
 debutul are loc de obicei între 50-60 ani
 raportul bărbați: femei este de 30:1
 apare cel mai frecvent la categoriile de persoane cu ocupații care necesită o siluetă zveltă
 ortorexia nu se asociază cu anorexia nervoasă
- 181. Tratamentul anorexiei nervoase. Necesită colaborarea cu:**
 medicul de familie
 endocrinolog
 psiholog
 nutriționist
 medicul de familie - endocrinolog-psiholog-psihiatru-nutriționist
- 182. Criteriile de diagnostic. Pentru tulburare de activitate socială dezinhibată sunt specifice următoarele simptome:**
 scăderea sau lipsa de legătură inversă cu adulții care îl îngrijesc
 respectarea distanței cu adulții
 frică de persoane necunoscute
 refuzul de a comunica cu persoane necunoscute
 refuzul de contact fizic cu persoane necunoscute
- 183. Copilul cu retardarea mintală (dizabilitatea intelectuală) prezintă:**
 dereglări cognitive la copii care pot varia de la dereglări intelectuale profunde cu funcționare minimă până la dereglări ușoare cu funcționare maxim posibilă
 lipsa de deficit intelectual
 lipsa de deficit adaptativ funcțional
 IQ mai sus de 70 de puncte
 nu are tulburări de limbaj
- 184. Criteriile de diagnostic (CIM-X) utilizează una din următoarele noțiuni :**
 retard mintal ușor

retard mintal complicat
retard mintal concomitent
retard mintal cronic
retard mintal acut

185. Criteriile de diagnostic (CIM-X) utilizează una din următoarele noțiuni :

retard mintal moderat
retard mintal complicat
retard mintal concomitent
retard mintal cronic
retard mintal acut

186. Criteriile de diagnostic (CIM-X) utilizează una din următoarele noțiuni :

retard mintal sever
retard mintal complicat
retard mintal concomitent
retard mintal cronic
retard mintal acut

CM - Tema 1 Introducere

- 187. Sistemele principale actuale de clasificare a tulburărilor mintale sunt:**
ICD-9
DSM-IV-TR
ICD-10
DSM-III-R
DSM-5
- 188. Pentru evaluarea tulburărilor depresive se utilizează următoarele scale:**
TAG 7
Hamilton
MMPI
Scala Montgomery-Asberg
MMSE
- 189. Pentru evaluarea tulburărilor depresive se utilizează următoarele scale:**
MMPI
Hamilton
Scala Montgomery-Asberg
TAG 7
Chestionarul Beck
- 190. Pentru evaluarea tulburărilor depresive se utilizează următoarele scale:**
PANSS
Chestionarul Beck
Scala Montgomery-Asberg
TAG 7
PSYRATS
- 191. Pentru evaluarea tulburărilor depresive se utilizează următoarele scale:**
PANSS
Chestionarul Beck
Hamilton
TAG 7
MMPI
- 192. Pentru evaluarea tulburărilor anxioase se utilizează următoarele scale:**
PANSS
MoCA
HAM-A
TAG 7
PSYRATS
- 193. Pentru evaluarea tulburărilor anxioase se utilizează următoarele scale:**
PANSS
Scala Montgomery-Asberg
HAM-A
TAG 7
BAI
- 194. Pentru evaluarea demenței și tulburărilor cognitive se utilizează următoarele scale:**
PANSS
MoCA
Scala Montgomery-Asberg
MMSE
PSYRATS
- 195. Pentru evaluarea schizofreniei se utilizează următoarele scale:**
MMSE

PANSS
Scala Montgomery-Asberg
MMPI
PSYRATS

196. Pentru evaluarea dependenței față de alcool se utilizează următoarele scale:

MMSE
AUDIT
Scala Montgomery-Asberg
MMPI
MAST

197. Pentru evaluarea dependenței față de alcool se utilizează următoarele scale:

PSYRATS
AUDIT
Scala Montgomery-Asberg
MMPI
CAGE

198. Pentru evaluarea dependenței față de alcool se utilizează următoarele scale:

PSYRATS
MAST
MMPI
MAST
CAGE

CM - Tema 2 - Psihopatologia generală.

199. Simptome pozitive sunt:

Halucinațiile
Apatia
Ideile delirante
Comportamentul dezorganizat
Abulia

200. Simptome negative sunt:

Vorbire dezorganizată
Anhedonie
Asociabilitate
Alogie
Iluzie

201. Către tulburările de percepție calitative se referă:

Hiperestezia
Agnozii
Iluzii
Halucinații
Deregări de sinteză senzorială (psihosenzoriale)

202. Pseudohalucinațiile sunt:

Proiectate în interiorul corpului pacientului.
Bizare, neclare, fragmentate, neobișnuite, interiorizate.
Adeseori cu caracter de „impus”, „făcut de cineva”.

Prezente mai frecvent în tulburările de sănătate mintală exogen-organice (intoxicații, stări de sevraj în adicții, neuroinfecții, traumatisme cranio-cerebrale).

Reprezentări mintale proiectate în exterior.

203. Către dismneziile calitative sau paramneziile se referă:

Amnezia.
Confabulația (halucinația de memorie).
Criptomnezia

Pseudoreminescenta

Ecmnezia

204. Caracteristic pentru Sindromul amnestic Korsakoff este:

Amnezia „de fixare”.

Dezorientare amnezică în timp și spațiu.

Prezența confabulațiilor polimorfe.

Agitație psihomotorie.

Explozivitatea afectivă.

205. Tulburări semantice sau tulburări de conținut al gândirii sunt:

Gândire circumstanțială.

Ideea delirantă.

Incoerența gândirii.

Ideea obsesivă.

Ideea dominantă.

206. Sindromul Kandinsky-Clerambault include:

Delir pluritematic de influență.

Pseudohalucinațiile auditive.

Trei tipuri de automatisme: ideativ, senzorial, kinestezic.

Idei obsesive.

Gândire circumstanțială.

207. Automatismul mintal are următoarele variante:

Anxios.

Confabulator.

Ideativ.

Senzitiv.

Kinestezic

208. Care din afirmațiile enumerate se referă la Atacul de panică: – criză de

O stare care apare brusc, crește în intensitate atingând apogeul în aproximativ 10 -15 minute.

Anxietate severă, de durată scurtă, care se asociază diverse simptome somatice de tipul: tremur, încordare musculară, transpirații, amețeli, palpitații, disconfort epigastric, cardiac, cefalee, ș.a.

O stare de permanentă și intensă veselie, optimism exagerat.

Dispoziție expansivă, asociată cu dezinhibiție psihomotorie și stimă de sine crescută.

Reducerea semnificativă a intensității trăirilor afective și a expresivității acestora, datorată pierderii receptivității afective.

209. Care sindroame psihopatologice se referă la tulburările afective:

Halucinator-paranoid.

Catatonic.

Anxios-depresiv.

Maniacal.

Delirios -amentiv.

210. Disforia se caracterizează prin următoarele:

Stare de permanentă și intensă veselie, optimism exagerat.

Dispoziție depresiv-anxioasă, irascibilitate.

Dispoziție expansivă asociată cu stimă de sine crescută.

Excitabilitate crescută și impulsivitate.

Comportament pueril, tendința de a face glume de prost gust.

211. Care sunt manifestările clinice în cadrul depresiei:

Lentoare ideativă.

Criză de anxietate severă, de durată scurtă, care nu este limitată nici la o situație, fenomen, eveniment.

Sentiment subiectiv de tristețe pentru o perioadă prelungită de timp.

Tulburare de conștiință de tip crepuscular.

Inhibiție psihomotorie.

212. Din parakinezii fac parte:

Hipokinezia.

Stereotipiile.

Manierismele.

Ticurile.

Amimia.

213. Care din afirmațiile ce urmează se referă la Catalepsie:

Rigiditate musculară, cu fixare posturală pe perioade diferite de timp în care, pacientul poate menține poziții incomode impuse de examinator.

Este mai frecventă în schizofrenie, mai ales forma catatonă.

Accelerarea involuntară a mișcărilor pe fondal de intoxicație alcoolică.

Tendință irezistibilă de a se mișca, de a alerga.

Stare manifestată prin mimică exagerată și mobilă, pantomimică continuă și rapidă, mișcări multiple, lipsite de scop, asociate cu accelerarea gândirii, accelerarea vorbirii și dezorganizarea comportamentului.

214. Criterii de apreciere a clarității conștiinței:

Gradul de orientare temporo-spațială.

Posibilitatea de a realiza un contact cu bolnavul.

Starea afectivă eutimică.

Comportamentul pacientului în timpul convorbirii.

Starea proceselor de gândire mai ales cea abstractă.

215. Către tulburările de conștiință calitative se referă:

Starea de obnubilare.

Starea de amnezie.

Starea oneroidă.

Starea crepusculară.

Deliriumul.

216. Oneiroidul poate fi:

Expansiv.

Astenic.

Depresiv.

Mixt

Lucid (dublă orientare).

217. Deliriumul poate fi:

Catatonic.

Maniacal.

Abortiv.

Profesional.

Musitant.

218. Pe fondul stării crepusculare pot fi manifestări de tipul :

Automatismul ambulator.

Fuga și transa.

Flexibilitate ceroasă.

Verbigerații.

Somnambulismul.

CM - Tema 3 - Metode de tratament în domeniul sănătății mintale. Psihofarmacologia. Psihoterapia. Reabilitarea psihosocială.

219. Indicații tipice la antipsihotice sunt:

Schizofrenie

Tulburarea bipolară

Tulburarea de panică
Tulburarea schizoafectivă
Tulburarea delirantă persistentă

220. Efectele terapeutice/clinice principale ale remediilor antipsihotice sunt:

efectul sedativ
efect antipsihotic
efect dezinhibitor
ameliorarea simptomelor “negative”, discognitive, motivaționale și afective
efect antidepresiv

221. Contraindicații absolute pentru utilizarea remediilor antipsihotice sunt:

Glaucom cu unghi închis (cresc presiunea intraoculară)
Adenom de prostată
Intoxicații acute (în special cu deprimante ale SNC – barbiturice, alcool)
Sarcina (mai ales primul trimestru).
Hepatita virală

222. Efectele adverse ale remediilor antipsihotice sunt:

Efectele anticolinergice
Efectele discognitive
Efectele extrapiramidale
Efectele endocrine
scurtarea intervalului QTc

223. Remedii antipsihotice clasice (convenționale, tipice) sunt:

Chlorpromazinum
Triflupromazinum
Fluphenazinum
Haloperidolum
Amisulpridum

224. Remedii antipsihotice atipice (din generația a treia) sunt:

Aripiprazolum
Brexpiprazolum
Cariprazinum
Paliperidonum
Fluphenazinum

225. Remedii cu efect anxiolitic sunt:

benzodiazepinele
antidepresivele
antipsihoticele
agoniști colinergici
inhibitori ai colinesterazei

226. Antidepresive cu efect hipnotic sunt:

Trazodonum
Mirtazapinum
Mianserinum
Fluoxetinum
Clomipraminum

227. Antidepresive din prima generație sunt:

Imipraminum
Clomipraminum
Amitriptylinum
Mianserinum
Paroxetinum

228. Antidepresive din a doua generație sunt:

Fluoxetinum
Fluvoxaminum

Paroxetinum
Sertralinum
Clomipraminum

229. Indicații tipice la antidepresive sunt:

Depresie
Tulburări anxioase
Tulburarea obsesiv-compulsivă
Patologia psihosomatică
sindromul Rett

230. Care din următoarele sunt timostabilizatoare:

Derivați ai Acidulum Valproicum
Carbamazepinum
Lithium
Sertralinum
Haloperidolum

231. Ce se află la baza psihoterapiei?

convingerea conform căreia persoanele cu probleme psihologice prezintă schimbări de personalitate profunde
convingerea conform căreia persoanele cu probleme psihologice au capacitatea de a se modifica, învățând noi strategii
convingerea conform căreia persoanele cu probleme psihologice necesită o asistență permanentă calificată
convingerea conform căreia persoanele cu probleme psihologice trebuie să se învețe a percepe și evalua realitatea și de a se comporta nonconflictual
convingerea conform căreia persoanele cu probleme psihologice pot transforma o convingere despre viață într-o realitate

232. După ce criterii se apreciază succesul psihoterapiei?

trăirea subiectivă a pacientului (dispariția simptoamelor; se simte mai bine, e mai mulțumit, mai fericit, mai împăcat cu sine)
recunoașterea socială (progresele realizate de pacient în profesie, familie, la învățătură etc.)
concluziile investigațiilor clinice și paraclinic
schimbările obiective la RMN
materializarea expectațiilor psihoterapeutului în ceea ce privește modificările realizate în sfera personalității și în comportamentul subiectului

233. Mecanismele de apărare a Ego-ului conform teoriei psihanalitice:

Refularea
Proiecția
Sublimarea
Raționalizarea
Retroflexia

234. Care sunt părțile componente a Eu-lui descrise de analiza tranzacțională?

Eu-Integral
Eu-Colectiv
Eu-Părinte
Eu-Adult
Eu-Copil

235. Metode de intervenție utilizate în sănătatea mintală sunt următoarele:

Psihofarmacologia
Psihoterapia
Reabilitarea psihosocială
Asistența judiciară
Acupunctura

236. Reabilitarea psihosocială include în sine:

reabilitarea psihiatrică

reabilitarea socială
reabilitarea profesională
reabilitarea psihologică
reabilitarea comunicațională

237. Care sunt componentele ABC-ului în tehnica cognitiv-comportamentală:

A – evenimentul activator
B – convingerile
C – consecințele
A – activarea comportamentală
B-C – bitendența prezentă ca consecință

238. Tratamente fizice în psihiatrie actuale și în secolul XXI:

Terapia electroconvulsivantă (TEC)
Stimularea magnetică transcraniană
Stimularea nervului vag
Insulinoterapia
Lobotomia

CM - Tema 4 – Schizofrenia-TAB

239. În cazul Tulburării delirante persistente diagnosticul diferențial se face cu următoarele patologii:

Tulburări delirante secundare abuzului de substanțe, boli infecțioase, metabolice, demențe
Schizofrenia
Tulburarea de personalitate paranoidă
Tulburarea Afectiva Bipolara.
Distimie

240. În clinica schizofreniei paranoide predomina:

Tulburări ale gândirii, tulburări de percepție
Manifestări a rigidității musculare și tremor
Cașexie, exoftalmie, excitație psihomotorie
Crize convulsive și echivalente psihice paroxistice
Tulburări delirante

241. Formele schizofreniei sunt:

Hebefrenă
Melancolică
Paranoida
Catatonică
Simptomatică

242. Ce obiective include managementul terapeutic al bolnavilor de schizofrenie :

Scăderea severității și frecvenței episoadelor psihotice
obținerea unei perioade de remisiune terapeutică de lungă durată
îmbunătățirea funcțiilor cognitive
reintegrarea psihosocială.
oferirea încrederii că fabula delirantă e veridică

243. Catatonie este caracterizată prin:

Agitație, impulsivitate și comportament agresiv, de mare intensitate.
Stare apato-abulică permanentă cu tulburări de gândire
Asumarea voluntară a unei posturi nepotrivite sau bizare, menținute în general pentru perioade îndelungate de timp.
Poziție motorie fixă și susținută, care este rezistentă la modificare.
Tulburări afective și de memorie progresive.

244. Pentru excitația catatonică este caracteristic, cu EXCEPȚIA:

ecolalie, ecomimie
catalepsie

- ecopraxie
- inhibiția motorie
- excitație motorie
- 245. Forma Hebefrenica are o evoluție**
 - Relativ favorabila
 - Maligna
 - Epizodica, cu deficit progresiv
 - Epizodic remitenta
 - Continua
- 246. Din grupa simptomelor pozitive a Schizofreniei fac parte**
 - Autism
 - Tulburarea conștiinței
 - Tulburări de percepție
 - Tulburări de gândire
 - excitație psihomotorie
- 247. Etapele schizofreniei paranoide sunt, cu EXCEPȚIA:**
 - Paranoiala
 - Euforica
 - Paranoida
 - Parafrena
 - Hebefrena
- 248. Variantele de evoluție a Schizofreniei sunt**
 - Continua
 - Epizodica, cu defect progresiv
 - Epizodica remitenta
 - Reziduala
 - Acuta
- 249. Care idei delirante se întâlnesc mai des in Schizofrenia paranoida:**
 - De otrăvire
 - De socializare
 - Obsesiv-fobice
 - De persecuție
 - De influenta;
- 250. Care din următorii psihiatri au studiat mai aprofundat Schizofrenia:**
 - Korsakov
 - Kandinski
 - Kraepelin
 - Kahlbaum
 - Rush
- 251. Din simptomele deficitare a schizofreniei fac parte:**
 - Stări anxioase
 - apatia
 - Sindrom delirant
 - Abulia
 - Anhedonia
- 252. Etapa paranoială a schizofreniei paranoide se manifesta prin:**
 - Delir monotematic
 - Fabula deliranta aparent veridica
 - Halucinatii auditive veritabile
 - Pseudohalucinatii auditive
 - Sindromul Kandinski- Clerambault
- 253. Din cadrul psihozelor endogene fac parte:**
 - Psihozele infecțioase
 - Psihozele somatogene

Tulburări psihice în traumele cranio-cerebrale

Schizofrenia

Tulburarea afectiva bipolară

254. Schizofrenia este:

Maladie psihică caracterizată printr-o etiologie neelucidată pe deplin și simptomatologie polimorfă

Este o maladie ce se manifestă prin tulburări ale caracterului

Este o patologie exogenă

Este o patologie endogenă

Este o tulburare nevrotică corelată cu stresul

255. Caracteristic patomorfologic pentru schizofrenie este

Macroscopic s-a stabilit o greutate medie sau mare a creierului

Reducerea volumului ventriculului lateral

Arterele laterale bazale deseori au aspect hipoplazic

Ictus hemoragic în regiunea lobului occipital

Deseori nu prezintă modificări specifice

256. Simptomele negative ale schizofreniei sunt:

Sindrom delirant

Apatie

Negativism

Tulburări de conștiință

Stări anxioase

257. Din manifestările pozitive ale schizofreniei fac parte :

Idei delirante

Halucinații

Astenie

Apato-abulie

Confabulații

258. Pentru clinica schizofreniei sunt caracteristice

Simptome deficitului mnestic

Simptome deficitare (negative)

Simptome neurovegetative

Coma cetoacidotică

Simptome productive (pozitive)

259. Pentru tulburările de conștiință în schizofrenie e caracteristic:

În general tulburările de conștiință nu sunt specifice pentru schizofrenie

În faza acută a schizofreniei catatonice pot fi întâlnite stări oneiroide

E caracteristică coma

E caracteristic delirium tremens

E caracteristic starea amentivă și delirium tremens

260. Formele schizofreniei sunt:

Apatică

Catatonică

Agitată

Simplă

Crepusculară

261. Schizofrenia hebefrenă :

Are evoluție nefavorabilă

Este o variantă malignă a schizofreniei

Este o formă benignă a schizofreniei

Se remite și fără tratament

Apare mai frecvent la adolescenți

262. Schizofrenia hebefrenă:

Se instalează rapid în vârsta adultă

- Se manifestă prin catalepsie
 Are evoluție nefavorabilă
 Se manifestă prin excitație psihomotorie cu expresii patetice, irascibilitate, manierism, comportament pueril, agresivitate
 Predomină fenomenele halucinator-delirante
- 263. Excitația catatonică se manifestă prin :**
 Manierism
 Ecopraxie, ecomimie
 Stereotipii
 Ecolalie
 Flexibilitate ceroasă
- 264. Stuporul catatonice se manifestă prin:**
 inhibiție motorie
 halucinații
 flexibilitate ceroasă
 simptomul „pernei de aer”
 catalepsie
- 265. Stuporul catatonice se caracterizează prin:**
 Ecolalie, ecopraxie
 Stereotipii
 Negativism
 Mutism
 Poza embrionara
- 266. Excitația catatonică se manifestă prin:**
 Predomină fenomenele halucinator-delirante
 Accelerare și incoerență verbală
 Repetarea cuvintelor, mișcărilor și mimicii celor din jur (ecolalie, ecopraxie, ecomimie)
 Negativism, mutism
 Simptomul „pernei de aer”
- 267. Schizofrenia hipertoxică catatonice (febrilă):**
 este o formă benignă a schizofreniei catatonice
 este o psihoză supraacută, asociată cu intense tulburări somatice
 are pronostic nefavorabil, deseori letal
 este una din variantele formei catatonice ale schizofreniei
 principalul simptom al bolii este hipertermia
- 268. Schizofrenia hipertoxică catatonice:**
 Are evoluție malignă și pronostic nefavorabil
 Necesită un tratament energetic în primele zile de boală
 Se manifestă printr-un șir de simptome catatonice
 Se aplică terapia electroconvulsivă
 Este provocată de factor psihogen
- 269. Forma hebefrenă a schizofreniei se manifestă prin:**
 poziție embrionara în pat
 agitație psihomotorie
 hipertermie, tahicardie, tulburări trofice, echimoze pe corp
 stare emoțională haotică, veselie neadecvată, reacții impulsive, gesturi ciudate
 uneori are în componența sa și elemente catatonice
- 270. Pentru schizofrenia simplă e caracteristic:**
 are o evoluție continuă
 se manifestă prin amnezie disociativă
 se manifestă prin stări anxio-fobice
 îi este caracteristică "intoxicația filosofică"
 evoluția este lentă cu timpul instalându-se un defect apatico-abulic
- 271. Tratamentul schizofreniei :**

trebuie sa fie precoce, complex , de durată, individualizat
preparatele psihotrope mai frecvent utilizate sunt tranchilizantele
preparatele mai frecvent utilizate în schizofrenie sunt antidepresivele
în tratamentul schizofreniei se utilizează neuroleptice atipice si convenționale la necesitate
terapia electroconvulsivă este recomandată în schizofrenia hipertoxică

- 272. Factorii ce duc la rezistența la tratament a schizofreniei**
Complianță terapeutică scăzută
Lipsa sprijinului familial
selectarea preparatului si plan de dozare incorect
Prezența comorbidităților si reacții adverse intolerabile;
Genul feminin
- 273. Tabloul clinic al formei simplex, în comparație cu celelalte forme de schizofrenie este dominat de:**
tulburări de atenție, anhedonie autism
tulburări delirante
interes sporit față de științele oculte si, astronomie, religie, filozofie.
halucinații masive
parasomnii
- 274. Tulburările de limbaj în schizofrenie**
incoerenta
e caracteristic pentru unii bolnavi paragramatismul
uneori se determină mutism
unii pacienți prezintă ecolalie
unii pacienți prezintă afazie motorie
- 275. Pentru tabloul clinic al schizofreniei la copii sunt caracteristice**
tulburări motorii
frici intense, fobii și angoase
obsesii
halucinații auditive
halucinații vizuale
- 276. Pentru tabloul clinic al schizofreniei la copii sunt caracteristice**
comportament psihopatiform
fantezii de tip delirant
halucinații auditive
halucinații vizuale
sindromul Cotard
- 277. Criteriile de diagnostic al epizodului maniacal:**
Respect de sine exagerat sau sentiment de grandoare
Scăderea nevoii de somn (individul se simte odihnit după doar 3 ore de somn)
Mai vorbăreț decât de obicei sau presiunea de a vorbi
Dezorientare in timp si spațiu
Fuga de idei sau accelerarea gândirii
- 278. Disforia in cadrul epilepsiei presupune**
stare de depresie, cu iritabilitate si capacitate ușoara de a trece la agresiune
stare de bine, euforie, in special după convulsii
stare de bine, euforie, in special ca prodrom, înainte de convulsii
depresie caracterizata de o mâhnire adâncă, cu izolare, ideatie suicidară
tensiune interna, disconfort lăuntric accentuat si insatisfacție
- 279. Pentru starea crepusculara in cadrul epilepsiei este caracteristic:**
îngustarea conștiinței, dezorientare în timp, spațiu
debut și sfârșit brusc
conștiința lucida
subiectul va prezenta amnezie totală după ieșire din aceasta

nu este o stare psihotica, pacientul nu poate comite acte ilicite fiind perfect conștient de acțiunile sale

280. Tulburările personalității pacientului cu epilepsie se caracterizează prin :

egocentrism
iritabilitate
automatism mental
bipolaritate afectiva
gândire și afectivitate „vâscoasă”.

281. Criteriile pentru epizod depresiv major sunt următoarele:

Interes sau plăcere marcat diminuate față de toate, sau aproape toate, activitățile, în cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi

Pierdere în greutate semnificativă, fără să țină un regim de slăbire, sau creștere în greutate

Insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi

Tulburări de memorie și atenție pronunțate practic permanent

Simțăminte de devalorizare sau de vinovăție excesivă sau inadecvată aproape în fiecare zi

282. Criteriile pentru epizod depresiv major sunt următoarele:

Oboseală sau pierdere a energiei aproape în fiecare zi.

Idei recurente de moarte, ideatie suicidară recurentă fără un plan specific sau tentativă de sinucidere ori plan specific de sinucidere

Deregări de percepție, în special halucinații și iluzii vizuale

Scăderea progresivă a memoriei cantitativ și calitativ

Automatism ambulator

283. Sindromul depresiv se caracterizează prin următoarele simptome principale:

Hipotimia

Anhedonia

Scădere a vigoriei, care poate duce la oboseală crescută

capacitatea de concentrare redusă, stima și încrederea în sine redusă, idei de vinovăție și umilință,

paramnezii

284. Criteriile de diagnostic al epizodului maniacal sunt următoarele

implicare excesivă în activități plăcute care au potențial ridicat de consecințe negative

stimă de sine excesivă sau grandiozitate

gândirea este accelerată, se constată fuga idearum,

dezorientare auto- și allopsihiica

tulburări de percepție sub formă de iluzii, false recunoașteri

285. Episodul hipomaniacal se caracterizează prin :

formă atenuată a maniei, care prin definiție nu este asociată cu simptome psihotice.

stare cu simptome ușor-medii maniacale care pot dura câteva zile sau câteva luni

preludiul fazei maniacale desfășurate sau a depresiei severe

hipermnezie și fuga idearum

idei delirante de grandoare

286. Care sunt preparatele de elecție în epizodul maniacal:

Antidepresivele triciclice

Timostabilizatoarele

Tranchilizantele

Antipsihotice

Preparatele de litiu

287. Care sunt preparatele de elecție în epizodul depresiv:

Antidepresive triciclice

Antidepresive -inhibitorii selectivi a recaptării serotoninei

Tranchilizante nebenzodiazepinice

Tranchilizante benzodiazepinice

Psihostimulatoare

- 288. Riscul de a dezvolta tulburări de anxietate este sporit de:**
Tulburările de alimentație.
Depresie.
Abuzul de substanțe.
Alergii.
Familia incomplete
- 289. Care din afirmațiile de mai jos, referitoare la anxietate și diferențele de gen este ADEVĂRATĂ ?**
Femeile au rate mai înalte la aproape toate tulburările de anxietate.
Proporțiile de gen sunt aproape egale pentru TOC (tulburarea obsesiv-compulsivă).
Nu există diferențe semnificative privind vârsta medie a debutului anxietății.
Femeile au o rată de agorafobie pe parcursul vieții de două ori mai mare, decât bărbații.
Bărbații au rate mai înalte la aproape toate tulburările de anxietate.
- 290. Tulburările medicale, care necesită a fi luate în considerare la diagnosticarea diferențiată a tulburării de somatizare sunt :**
Scleroza multiplă.
Lupusul eritematos sistemic.
Porfirie acută intermitentă.
Hipertiroidismul.
Hipertensiunea arterială esențială
- 291. În agorafobie sunt prezente următoarele dereglări :**
Frica patologică de spații deschise.
Frica patologică de spații închise.
frica de părăsirea mediului familiar al locuinței.
Frica patologică de diferite situații.
Frica patologică de animale și obiecte.
- 292. Compulsiile se caracterizează prin:**
Conștiința caracterului morbid al tulburării.
Pierdere importantă de timp (peste 1 oră/zi).
Nu au consecințe asupra activităților profesionale, sociale.
La copii, compulsiile în stare pură nu se întâlnesc niciodată.
Sunt resimțite ca excesive, inadecvate.
- 293. Sunt afirmații adevărate despre tulburarea de panică:**
Poate fi declanșată de diverși factori stresanți.
Sunt evitate anumite situații pentru a preveni declanșarea următorului acces (criză).
Comportamentul pacientului în viața cotidiană nu este modificat.
Apare frica de moarte sau de "a nu înnebuni".
Odată diagnosticată, nu se vindecă niciodată.
- 294. Tulburările motorii conversive includ:**
Paralizia funcțională.
Astazia- abazia.
Surditatea.
Afonie.
Orbirea.
- 295. Pot fi factori de stres în tulburarea de adaptare:**
Dificultăți sociale.
Problemele profesionale.
Problemele familiale.
Tulburările de alimentare.
Tulburările de somn.
- 296. Sunt afirmații ADEVĂRATE privind starea de stres acut :**
Apare după mai mult de o lună de la eveniment.

- Flash-back, coșmaruri.
Retrăire spontană sau provocată.
Anxietate, tulburări de somn.
Sexul masculin este un factor de risc.
- 297. Pot fi frecvent comorbidități ale tulburării obsesiv-compulsive :**
Schizofrenia.
Depresia.
Hipotiroidismul.
Sindromul Gilles de la Tourette.
Ticuri cronice.
- 298. În nevroze :**
Contactul cu realitatea se pierde.
Vulnerabilitatea la stres este crescută.
Bolnavul dorește tratament.
Bolnavul nu este conștient de boala sa.
Există acuze somatoforme supraadăugate.
- 299. Acuzele somatice în tulburarea somatoformă nediferențiată :**
Nu pot fi explicate complet de o condiție medicală generală cunoscută.
Pot fi explicate complet de o condiție medicală generală cunoscută.
Durează cel puțin 2 luni.
Nu pot fi explicate de efectele directe ale unei substanțe.
Durează cel puțin 6 luni.
- 300. CM În tulburarea dismorfică corporală subiectul:**
Este preocupat exagerat de aspectul exterior al propriului corp.
Nu este preocupat pentru un presupus defect în aspectul exterior al propriului corp.
Este preocupat de gândul că ar suferi de o maladie severă și incurabilă.
Prezintă tulburări de conștiință.
Prezintă o deteriorare în diferite domenii importante de funcționare.
- 301. Neurastenia se manifestă clinic prin următoarele simptome:**
Astenie.
Mentism.
Obsesii.
Cefalee.
Insomnie.
- 302. Tulburarea anxios-fobică se manifestă clinic cu :**
Idei prevalente.
Idei delirante.
Idei de persecuție.
Idei obsesive.
Diverse fobii.
- 303. Factori predispozanți pentru nevroze sunt :**
Condițiile de viață nefavorabile.
Maladiile infecțioase.
Condițiile de muncă nefavorabile.
Maladiile vasculare.
Traumatismul cranian.
- 304. Tulburările nevrotice includ:**
Tulburarea de anxietate generalizată.
Hipocondria.
Epilepsia.
Tulburarea anxios-fobică.
Psihopatiile.
- 305. Pentru pacienții cu neurastenie sunt caracteristice :**
Astenia fizică.

Crizele de pierdere a cunoștinței.

“Fuga de idei”.

Astenia mentală.

Incapacitatea de a se relaxa.

306. La Tulburările de anxietate se referă :

Tulburarea de panică.

Fobiile sociale.

Schizofrenia.

Tulburarea de stres posttraumatică.

Tulburarea obsesiv-compulsivă.

307. Fobiile sociale includ:

Frica de a fi privit de alți oameni.

Frica de a mânca în public.

Frica de înălțime.

Frica de a vorbi în public.

Claustrofobia.

308. Tulburarea de panică include:

Palpitații.

Tremor.

Convulsii.

Disconfort toracic și abdominal.

Senzație de sufocare.

309. Activitățile repetitive, care odată efectuate scad din intensitatea anxietății sunt:

Obsesii.

Frici de obiecte ascuțite.

Compulsii.

Claustrofobii.

Ritualuri.

CM - Tema 6 - Întrebări teme dependentă de SPA

310. Subliniați enzimele care NU participa în metabolizarea alcoolului

alcooldehidrogenaza

transferina deficitara în carbohidrat

aldehydohidrogenaza

catalaza

gamaglutamiltranspeptidaza

311. Subliniați simptomele care NU FAC PARTE din noțiunea de alcoolism

sindromul de dependența

creșterea toleranței la alcool

simptome neurologice asociate

ideație autolitică

anorexia

312. Care dintre simptomele enumerate NU FACE PARTE din sindromul de sevraj

tahicardie

tremor

euforie

crize convulsive

hipersomnie

313. Enumerați simptomele care NU FAC PARTE din alcoolism gradul I

Consumul este perceput ca remediu calmant si relaxant de consumator

apariția stării de delirium tremens

psihoze etilice

nu sunt tipice inițial tulburări mnestică in starea de ebrietate

- consumul de alcool devine repetitiv si regulat
- 314. Subliniați simptomele specifice pentru alcoolism gradul III**
 scade toleranța la alcool
 agravarea sindromului de sevraj
 degradare intelectuală (mnestică) inclusiv starea de demență
 creșterea toleranței la alcool
 lipsa sindromului de dependență
- 315. Care dintre simptomele enumerate NU FAC PARTE din starea de delirium tremens?**
 agitație psihomotorie
 iluzii sau halucinații
 hipomanie
 insomnie
 lipsa tulburări de conștiință
- 316. Selectați răspunsurile CORECTE: Ebrietatea patologică poate fi de tip:**
 paranoid
 maniacal
 epileptoid
 demențial
 extravertit
- 317. Selectați răspunsurile CORECTE: Encefalopatia etilica se dezvoltă**
 în stadiul I de alcoolism
 în stadiul II-III de alcoolism
 se manifestă cu simptome psihice, somatice și neurologice pronunțate
 se manifestă doar cu simptome psihice
 se manifestă doar cu simptome neurologice
- 318. Subliniați care efecte NU SUNT SPECIFICE pentru benzodiazepine**
 anxiolitic
 antiinflamator
 anticonvulsiv
 miorelaxant
 propsihotic
- 319. Subliniați simptomele tipice în supradozarea cu barbiturice**
 dizartrie
 tulburări calitative de conștiință
 tulburări cantitative de conștiință
 sialoree
 agitație psihomotorie
- 320. Care dintre simptome NU FACE PARTE din simptomele intoxicației cu cannabis**
 anestezie
 apetit crescut
 pareze
 dezinhibiție psihomotorie
 depresie
- 321. Găsiți variantele INCORECTE ” După mecanismul de acțiune opiaceele se clasifică în următoarele :,,**
 agoniști ai receptorilor opiaceici (totali și parțiali)
 agoniști parțiali/antagoniști – sunt agoniști pentru un tip de receptori și antagoniști pentru alții
 antagoniști ai receptorilor opiaceici
 inhibitori de colinesterază
 inhibitori de receptori dopaminici
- 322. Selectați simptomele de bază în intoxicarea cu opiacee**
 mioza
 amnezia

tulburarea de conștiință
depresia respiratorie
pareze

323. **Selectați criteriile pentru a începe terapia cu agoniști (terapia de substituție) pentru dependența de opiacee**

vârsta de 18 ani împlinită
acordul informat al rudelor pacientului
diagnosticul stabilit de dependență opiaceică
acordul informat al pacientului
decizia medicului narcolog

324. **Găsiți variantele INCORECTE. „Tabloul clinic de supradozare cu substanțe volatile se manifestă prin următoarele”**

mişcări necoordonate
dezorientare
tulburări ale percepției vizuale
sindrom depresiv
bulimie

325. **Enumerați substanțele care se referă la psihostimulante**

amfetamina
alcoolul
metamfetamina
nicotina
diazepam

326. **Selectați efectele de bază ale psihostimulantelor**

euforie
tristețe
creșterea activității fizice și psihice
stupoare
reducerea somnului

327. **Selectați simptomele de sevraj în dependența de psihostimulante**

depresie
euforie
manie
deficit energetic
iritabilitate

328. **Selectați 2 simptome esențiale în intoxicația acută cu cannabis**

ras nemotivat
senzația de foame
stupoare
depresie
paralizii

329. **Selectați 2 tulburări în cadrul cărora în consumul cronic se constată sindrom apato-abulic ca în schizofrenia simplă**

cannabis
psihostimulante
cocaina
barbiturice
amfetamine

CM - Tema 7 - Demențele. Tulburările mintale Organice; Datorate unei condiții medicale generale și Post-partum

330. **Pentru procesul de “îmbătrânire fiziologică” spre deosebire de demență mai caracteristic este:**

Pacientul manifestă uitucie și își pierde capacitatea de a funcționa independent.

Pacientul manifestă uitucie, dar poate funcționa independent.

Pacientul își pierde capacitatea de a judeca logic, rațional.

Pacientul, în pofida tulburărilor de memorie înțelege sensul metaforic și poate judeca logic, rațional.

Pacientul conștientizează parțial declinul său cognitiv, comparându-l cu nivelul anterior de performanță.

331. Modificări comune pentru procesul de „îmbătrânire fiziologică” sunt:

Apar riduri și se reduce considerabil turgorul cutanat.

Se reduce considerabil tensiunea arterială.

Părul devine cărunt, grizonat.

Persoana devine agresivă, brutală, insuportabilă și manifestă comportament totalmente dezorganizat.

Scade acuitatea vizuală și cea auditivă.

332. Factorii de risc degenerativ cerebral ce pot fi parțial influențați sunt:

Tulburările dismetabolice determinate genetic (de exemplu, sinteza de ApoE4, sau de proteină Tau).

Hipodinamia.

Indicele Masei Corporale (IMC).

Aportul de grăsimi.

Fumatul tutunului, consumul necontrolat de medicamente, alcool.

333. La persoanele cu demență apar următoarele modificări asociate cu neurodegenerarea cerebrală:

Apar riduri, se reduce considerabil turgorul pielii.

Se reduce considerabil transmisia acetilcholinergică.

Părul devine cărunt, grizonat.

Sunt în declin funcțional sistemele de neurotransmisie dopamin-, serotonin-, GABA-, Glutamat-, melaton-ergice ș.a.

Se reduce capacitatea de a însuși informații noi și de a utiliza informațiile însușite anterior.

334. Demența este :

O tulburare de sănătate mintală în general ireversibilă.

O tulburare de sănătate mintală, care în majoritatea cazurilor progresează și se agravează.

O tulburare de sănătate mintală în general reversibilă.

O tulburare de sănătate mintală neesențială, care nu influențează considerabil calitatea vieții.

O tulburare de sănătate mintală reversibilă, în cazul administrării unui tratament pro-cognitiv adecvat.

335. Criteriile de diagnostic DSM-5 pentru demență sunt :

Dovezi, privind declinul cognitiv multiplu evident și semnificativ, comparativ cu nivelul anterior de performanță.

Deficitele cognitive influențează independența individului în funcționarea zilnică.

Deficitele cognitive apar nu doar în cursul unui episod de delirium.

Deficitele cognitive nu sunt mai bine explicate de o altă tulburare mintală (de ex., Tulburarea depresivă majoră, Schizofrenie ș.a.).

Deficitele cognitive nu influențează calitatea vieții și independența individului în funcționarea zilnică.

336. Deficitul de dopamină la nivel cerebral este mai frecvent prezent în :

Demența cu corpusculi Lewy.

Demența Alzheimer.

Demența Parkinson.

Demența Creutzfeldt-Jacob.

Demența Binswanger.

337. Riscul asociat cu dezechilibrul GABA/Glutamat la nivel cerebral constă în :

Modificarea esențială a sintezei de proteină Tau și ApoE4.

- Creșterea sintezei de amiloid patologic (Aβ42-amiloid).
 Influxul necontrolat al ionilor de Ca²⁺ în neuroni.
 Accelerarea proceselor de moarte neuronală prin apoptoză și necroză.
 Perturbarea esențială a sintezei de acetilcolină și melatonina.
- 338. Particularități ale demenței vasculare sunt:**
 Debutul acut, de regulă după un accident vascular cerebral (AVC).
 Evoluția fluctuantă – cu prăbușirea “în trepte” a funcțiilor cognitive.
 Afectarea inegală a funcțiilor cognitive.
 Prezența frecventă a semnelor și simptomelor neurologice de focar.
 Este obligator precedată de un traumatism cranio-cerebral de tip deschis.
- 339. Tratamentul pro-cognitiv va fi mai eficient în cazul, când este inițiat în:**
 Perioada tulburărilor cognitive moderate.
 Perioada declinului cognitiv minor.
 Perioada tulburărilor cognitive ușoare.
 Perioada declinului cognitiv moderat spre sever.
 Perioada declinului cognitiv sever.
- 340. Remediile pro-cognitive se referă la următoarele grupe farmacologice:**
 Inhibitori selectivi ai recaptării de serotonină.
 Inhibitori centrali ai acetilcholinesterazei.
 Inhibitori centrali ai acetil- și butirilcholinesterazei.
 Inhibitori selectivi ai recaptării de serotonină, noradrenalină și dopamină.
 Modulatori ai echilibrului GABA / Glutamat
- 341. Pentru maladia Binswanger este caracteristic:**
 Maladia debutează mai frecvent după vârsta de 65-70 ani.
 Este o maladie, în care procesul neurodegenerativ are localizare preponderent subcorticală.
 Prezența de infarcte lacunare, de 35 - 40 mm în diametru, situate mai ales în substanța albă temporală.
 Prezența de infarcte lacunare, de 5 - 10 mm în diametru, situate mai ales în substanța albă frontală.
 În anamneză sunt prezente date privind instabilitatea motorie / clătinare și căderi frecvente nemotivate.
- 342. Modificarea transmisiei dopaminergice la persoanele de vârsta a treia se asociază clinic cu:**
 Tulburări ale instinctului de autoconservare.
 Tulburări de atenție, vigilență, cogniție.
 Hipofrontalitate cauzată de deficitul neurotransmițătorului.
 Conștiință confuză de tip delirium.
 Stări repetate de agitație maniacală tranzitorie.
- 343. Pacienții cu demență, de regulă:**
 Nu necesită tratament, deoarece demența este echivalentă cu “îmbătrânirea fiziologică”.
 Nu necesită suport medical și social.
 Necesită tratament specific, îngrijiri și suport social.
 Necesită să fie implicați în diverse activități pentru a le menține memoria și funcționarea independentă.
 Nu trebuie implicați în diverse activități pentru a nu-i obosi și epuiza.
- 344. Remedii de primă intenție pentru terapia pacienților cu demență sunt:**
 Remediile neuroleptice și tranchilizante.
 Medicamentele cu efect timostabilizator și anticonvulsivant.
 Anticolinesterazicele de tip central.
 Modulatorii echilibrului GABA / Glutamat.
 Remediile antidepresive, antioxidante și anxiolitice.
- 345. Care dintre membrii echipei comunitare multidisciplinare asigură suport și îngrijiri pacienților cu demență?**
 Medicul psihiatru.

Medicul de familie.
Psihologul clinician.
Nursele medicale.
Asistentul social.

346. Tulburările mintale organice, mai frecvent se manifestă clinic sub aspectul :

Sindromului burnout.
Sindromului de stupoare sau agitație psihomotorie.
Sindromului de halucinoză.
Sindromului delirant (paranoial, paranoid).
Sindromului astenic sau asteno-depresiv.

347. Tulburările de sănătate mintală datorate unei condiții medicale generale mai frecvent au aspectul :

Sindromului rebound.
Sindromului hipocondriac.
Sindromului de sevraj.
Sindromului obsesivo-fobic.
Sindromului asteno-depresiv.

348. În cadrul pneumoniilor grave, bilaterale, tulburările de sănătate mintală mai frecvent au aspectul :

Tulburărilor de conștiință de tip delirium.
Tulburărilor de conștiință de tip amnezie.
Tulburărilor afective de tip agitație maniacală.
Tulburărilor afective de tip mixt (manie/depresie).
Tulburărilor organice de personalitate.

349. Consecințe tardive ale traumatismului cranio-cerebral pot fi :

Schizofrenia și tulburările schizofreniforme.
Sindromul cerebrastenic.
Demența posttraumatică.
Epilepsia posttraumatică.
Tulburarea organică de personalitate.

350. Consecințe precoce ale traumatismului cranio-cerebral pot fi :

Schizofrenia și tulburările schizoafective.
Sindromul cerebrastenic.
Deliriumul posttraumatic.
Sindromul convulsiv.
Tulburarea de personalitate tip borderline.

351. Tulburările psihice postpartum mai frecvent sunt prezente sub aspectul :

Depresiei postpartum.
Tulburării psihotice postpartum.
Eclampsiei postpartum.
Postpartum Blues (Baby Blues)
Sindromului Parkinsonian postpartum.

CM - Tema 8 - Tulburările de personalitate. Tulburările parafilice. Disfuncțiile sexuale. Disforia de gen. Tulburările de control al impulsurilor. Tulburările de somn.

352. Conform DSM 5, tulburările de personalitate ce aparțin grupului A sunt:

Tulburarea de personalitate antisocială
Tulburarea de personalitate paranoidă
Tulburarea de personalitate schizoidă
Tulburarea de personalitate schizotipală
Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă

353. Conform DSM 5, tulburările de personalitate ce aparțin grupului B sunt:

Tulburarea de personalitate antisocială
Tulburarea de personalitate paranoidă
Tulburarea de personalitate borderline
Tulburarea de personalitate histrionică
Tulburarea de personalitate narcisistă

354. Conform DSM 5, tulburările de personalitate ce aparțin grupului C sunt:

Tulburarea de personalitate evitantă
Tulburarea de personalitate paranoidă
Tulburarea de personalitate dependentă
Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă
Tulburarea de personalitate narcisistă

355. Conform DSM 5, tulburarea de personalitate schizoidă este caracterizată de:

Nu își dorește și nici nu îi fac plăcere relațiile apropiate, nici măcar să facă parte dintr-o familie.

Aproape întotdeauna alege activitățile solitare.

Are un interes redus sau nu este interesat deloc de experiențe sexuale cu o altă persoană.

Este gata să reacționeze cu mânie sau să contraatace ceea ce crede că sunt atacuri la persoana sau reputația sa, deși alte persoane nu le percep ca fiind atacuri.

Eforturi susținute pentru a evita un abandon real sau imaginar.

356. Conform DSM 5, tulburarea de personalitate paranoidă este caracterizată de:

Evită să facă destăinuiri altora din teama nejustificată că aceștia ar putea folosi informațiile împotriva sa.

Îi suspectează pe ceilalți, fără a avea suficiente argumente, că îl exploatează, nedreptățesc sau înșală.

Este ranchiunos și poartă pică (nu uită și nu iartă jignirile, nedreptățile sau tachinările).

Este gata să reacționeze cu mânie sau să contraatace ceea ce crede că sunt atacuri la persoana sau reputația sa, deși alte persoane nu le percep ca fiind atacuri.

Apare ca o persoană rece, distanțată emoțional, indiferentă și aplatizată afectiv.

357. Conform DSM 5, tulburarea de personalitate schizotipală este caracterizată de:

Credințe bizare sau gândire magică, ce influențează comportamentul și sunt în dezacord cu normele culturale (e.g., credința în superstiții, clarviziune, telepatie, sau „al șaselea simț”; la copii și adolescenți pot exista fantezii și preocupări ciudate).

Gândire și limbaj bizare (e.g., vorbire vagă, de circumstanță, metaforică, supraelaborată sau stereotipă).

Comportament sau aspect exterior bizar, excentric sau ciudat.

Este gata să reacționeze cu mânie sau să contraatace ceea ce crede că sunt atacuri la persoana sau reputația sa, deși alte persoane nu le percep ca fiind atacuri.

Anxietate socială excesivă care nu se reduce prin acomodarea la mediu și are tendința de a se asocia mai curând cu temeri paranoide decât cu aprecieri negative despre sine.

358. Conform DSM 5, tulburarea de personalitate antisocială este caracterizată de:

Incapacitatea de a se conforma normelor sociale și comportament în afara limitelor legii, caracterizat prin comiterea repetată a unor fapte care au fost motiv de arestare.

Înșelătorie, pusă în practică prin minciuni repetate, utilizarea de nume false sau escrocarea altora pentru profit personal sau amuzament.

Impulsivitate sau incapacitatea de a planifica o acțiune.

Lipsa de remușcări, manifestată prin indiferența individului față de prejudiciile aduse altora și prin explicarea detașată a motivelor pentru care a agresat, maltratat sau escrocat alte persoane.

Apare ca o persoană rece, distanțată emoțional, indiferentă și aplatizată afectiv.

359. Conform DSM 5, tulburarea de personalitate borderline este caracterizată de:

Eforturi susținute pentru a evita un abandon real sau imaginar.

Un tipar de relații interpersonale instabile și intense, caracterizat prin alternarea între extremele de idealizare și devalorizare.

Tulburări de identitate: instabilitatea imaginii de sine sau a sentimentului de sine.

Impulsivitate, manifestată în cel puțin două situații potențial auto-distructive (e.g., cheltuieli excesive, relații sexuale periculoase, abuz de substanțe, condus imprudent, alimentație compulsivă).

NU este caracteristic un comportament suicidal recurent, gesturi sau amenințări cu suicidul, sau comportament auto-mutilant.

360. Conform DSM 5, tulburarea de personalitate histrionică este caracterizată de:

Se simte incomod în situațiile în care nu se află în centrul atenției.

Interacțiunea individului cu alte persoane este adesea nepotrivită din cauza comportamentului inadecvat, cu tentă sexuală sau provocatoare.

Afișează o trecere rapidă de la o emoție la alta și exprimă emoții superficiale.

Individul se folosește în mod regulat de aspectul său fizic pentru a atrage atenția asupra sa.

Apreciază corect relațiile sale cu cei din jur și individul consideră că aceste relații sunt mai superficiale decât sunt în realitate.

361. Conform DSM 5, tulburarea de personalitate narcisistă este caracterizată de:

Are un sentiment exagerat al importanței de sine (e.g., își exagerează realizările și talentele, se așteaptă să fie recunoscut ca superior fără a avea realizări pe măsură).

Este preocupat de fantezii de succese nelimitate, putere, strălucire, frumusețe sau dragoste ideală.

Crede că este „special” și unic, că poate fi înțeles numai de persoane speciale sau cu statut înalt și că poate fi afiliat numai cu persoane sau instituții importante.

Are tendința de a profita de relațiile interpersonale (i.e., exploatează alte persoane pentru binele personal și pentru a obține avantaje).

Este foarte empatic: este capabil să recunoască sau să identifice sentimentele și nevoile celorlalți.

362. Conform DSM 5, tulburarea de personalitate evitantă este caracterizată de:

Evită activitățile profesionale care presupun contacte interpersonale semnificative din cauza fricii de a fi criticat, dezaprobat sau respins.

Nu este dispus să se implice în relații cu alte persoane decât dacă este sigur că este simpatizat.

Este rezervat în relațiile apropiate din cauza fricii de a se face de rușine, de a fi ridiculizat sau umilit.

Este preocupat de posibilitatea că ar putea fi criticat sau respins în diferite conjuncturi sociale.

Dorește să își asume riscuri sau să se angajeze în activități noi.

363. Conform DSM 5, tulburarea de personalitate dependentă este caracterizată de:

Are dificultăți majore în luarea deciziilor în probleme cotidiene dacă nu primește numeroase sfaturi și încurajări din partea celorlalți.

Are nevoie ca alții să își asume răspunderea pentru majoritatea aspectelor importante ale vieții sale.

Are dificultăți în a demara proiecte proprii în mod independent, sau în a-și planifica activități proprii (din cauza lipsei de încredere în capacitatea de judecată și abilitățile proprii, nu din cauza lipsei de motivație sau energie).

Face eforturi excesive pentru a obține sprijin și ocrotire din partea celorlalți, mergând chiar până în punctul în care se oferă voluntar pentru activități neplăcute.

Se simte comod sau încrezător când este singur, din cauza convingerii că este capabil să aibă grijă de el însuși.

364. Conform DSM 5, tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă este caracterizată de:

Preocupare pentru detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau programe în asemenea măsură încât scopul principal al activității se pierde.

Grija excesivă pentru perfecțiune în cele mai mici detalii interferă cu efectuarea proiectelor (e.g., este incapabil să termine un proiect deoarece standardele sale personale excesiv de riguroase nu sunt respectate).

Este excesiv de dedicat muncii și productivității, ceea ce nu lasă timp pentru prietenii și activități relaxante (orele lungi de muncă nu pot fi explicate de nevoi financiare).

Refuză să delege altora sarcini sau să lucreze cu alte persoane dacă aceștia nu acceptă să facă lucrurile după regulile sale.

Adoptă un stil de a cheltui foarte liberal, atât față de sine cât și față de alții; consideră că banii trebuie să fie folosiți pentru plăceri cât sunt în viață.

365. Din tulburările control al impulsurilor fac parte următoarele patologii:

Piromania (incendierea patologică)

Cleptomania (Furtul patologic)

Ludomania (Jocul de noroc patologic)

Tricotilomania (tulburarea de smulgere a părului)

Frotteurismul

366. Din parafilii fac parte:

voyeurism

exhibiționism

frotteurism

sadism

ludomanie

367. Din parafilii fac parte:

fetișismul transvestic

pedofilia

masochism

sadism

tricotilomanie

368. În cadrul ludomaniei pacienții :

își mint propria familie, terapeutul sau alte persoane pentru a ascunde gradul implicării în jocurile de noroc

se angajează uneori într-un comportament de „salvare”, când solicită ajutor familiei sau altor persoane pentru a ieși dintr-o situație financiară disperată, cauzată de jocurile de noroc

în mod tipic încearcă să reziste impulsului de a fura și sunt conștienți că furtul este un comportament greșit și lipsit de sens.

au o senzație subiectivă crescândă de tensiune imediat înainte de a comite furtul și simt plăcere, satisfacție sau ușurare la comiterea furtului.

au incapacitatea repetată de a rezista impulsurilor de a fura obiecte, chiar dacă acestea nu sunt necesare pentru uzul personal sau pentru valoarea lor financiară.

369. În cadrul cleptomaniei pacienții:

își mint propria familie, terapeutul sau alte persoane pentru a ascunde gradul implicării în jocurile de noroc

se angajează uneori într-un comportament de „salvare”, când solicită ajutor familiei sau altor persoane pentru a ieși dintr-o situație financiară disperată, cauzată de jocurile de noroc

în mod tipic încearcă să reziste impulsului de a fura și sunt conștienți că furtul este un comportament greșit și lipsit de sens.

au o senzație subiectivă crescândă de tensiune imediat înainte de a comite furtul și simt plăcere, satisfacție sau ușurare la comiterea furtului.

au incapacitatea repetată de a rezista impulsurilor de a fura obiecte, chiar dacă acestea nu sunt necesare pentru uzul personal sau pentru valoarea lor financiară.

370. În cadrul tricofilomaniei pacienții:

prezintă o lipsă notabilă a părului datorată unor dorințe repetate irezistibile de a smulge fire de păr.

smulg părul ce poate afecta orice parte a corpului acoperită cu păr; cel mai frecvent afectate sunt scalpul, sprâncenele și genele, în timp ce zonele mai puțin afectate sunt axilele, fața, regiunea pubiană și zona peri-rectală

își mint propria familie, terapeutul sau alte persoane pentru a ascunde gradul implicării în jocurile de noroc

în mod tipic încearcă să reziste impulsului de a fura și sunt conștienți că furtul este un comportament greșit și lipsit de sens.

au incapacitatea repetată de a rezista impulsurilor de a fura obiecte, chiar dacă acestea nu sunt necesare pentru uzul personal sau pentru valoarea lor financiară.

371. Narcolepsia presupune:

o tulburare non-organică a somnului
prezența de obicei a cataplexiei
ațipiri diurne recurente sau adormiri bruște
prezintă o lipsă notabilă a părului datorată unor dorințe repetate irezistibile de a smulge fire de păr.

smulg părul ce poate afecta orice parte a corpului acoperită cu păr; cel mai frecvent afectate sunt scalpul, sprâncenele și genele, în timp ce zonele mai puțin afectate sunt axilele, fața, regiunea pubiană și zona peri-rectală

CM - Tema 9 - Tulburări de dezvoltare profunde. Tulburări neurotice, comportamentale, emoționale de funcționare socială cu debut de obicei în copilărie și adolescență

372. Abordarea terapeutică pacienților cu ADHD constă în :

intervenții ocupaționale.
tratament cu stabilizatori de dispoziție.
tratament cu antipsihotice.
tratament cu antidepresive.
tratament psihosocial.

373. Autismul infantil Kanner are următoarele caracteristici:

Tulburări de coordonare motorie.
Apare mai ales după vârsta de 7 ani.
Agresivitate, automutilare.
Izolare, tulburări de limbaj.
Absența contactului vizual.

374. Anomaliile neuro-biochimice asociate cu tulburarea autistă includ:

Convulsii grand mal.
Extindere ventriculară la tomografia computerizată (TC).
Anomalii la electroencefalogramă (EEG) .
Volum total al creierului mărit.
Anomalii la ECG

375. Cu ce patologii se va face diagnosticul diferențial în cazul autismului Kanner:

Mericismul.
Surditatea.
Cecitatea.
Sindromul Rett.
Sindromul X fragil.

376. Sunt tulburări de comportament la copii :

Tulburarea hiperkinetică cu deficit de atenție.
Tulburarea de tip opoziție-sfidare.
Tulburarea de conduită.
Encoprezisul și enurezisul.
Pica sugarului.

377. Criteriile de diagnostic pentru tulburarea autistă sunt următoarele:

modificarea calitativă a interacțiunii sociale.
alterări calitative ale comunicării.
paternuri restricționate, stereotipe și repetitive ale comportamentului, intereselor și activităților.
manierisme motorii stereotipe și repetitive.

tulburări de gândire și de dispoziție severe.

378. Criteriile de diagnostic pentru tulburarea prin deficit atențional/hiperactivitate sunt următoarele:

Simptome de inatenție.
Simptome de hiperactivitate.
Simptome de impulsivitate.
Simptome de inapetență.
Simptome de hipervigilență.

379. Conform DSM-5 tulburările de spectru autist (TSA) includ următoarele diagnostice, anterior separate:

Autismul.
Sindromul Asperger.
Tulburarea dezintegrată din copilărie.
Sindromul Rett.
Tulburarea pervazivă, nespecificată la alte categorii.

380. Particularitățile creierul la copiii cu autism sunt :

mai puțini neuroni lungi pentru a asigura conexiunea între diferite zone ale cerebrale.
mai puțini neuroni.
dimensiuni mai mici ale creierului.
dimensiuni mai mari ale creierului.
mai mulți neuroni.

381. Principalele semne de alarmă în TSA

lipsa contactului vizual.
progres în dezvoltare.
lipsa exprimării bucuriei.
lipsa atenției conjugate.
mișcări stereotipe.

382. Principalele semne de alarmă în ADHD :

tulburări de vorbire.
performanță în lucru/procesul de învățare.
dificultăți în gestionarea furiei.
probleme de organizare.
dificultăți în menținerea rutinelor.

383. Semne de prognostic favorabil în ADHD pot fi :

nivelul cognitiv dezvoltat suficient de bine.
subtipul cu impulsivitate/hiperactivitate.
relațiile părinte-copil de bună calitate.
vârsta mică.
absența comorbidităților.

384. Abordările terapeutice în ADHD sunt :

terapie cognitiv-comportamentală.
instruirea părinților.
tratamentul cu antipsihotice.
tratamentul cu antidepresive.
intervențiile comportamentale.

385. Cu ce patologii se face diagnosticul diferențial în ADHD :

tulburarea de opoziție și comportament sfidător.
dizabilitatea intelectuală.
tulburările de spectru autist (TSA).
tulburarea de atașament reactivă.
tulburarea depresivă recurentă.

386. Sindromul Asperger se caracterizează prin:

degradarea interacțiunilor sociale.
lipsa vorbirii.

dezvoltare normală în primele 6 luni de viață cu devieri în dezvoltarea perimetrului cranian ulterior.

modele comportamentale repetitive.

interese restrânse.

387. Tulburarea opozițional-sfidătoare se caracterizează prin:

comportament sfidător și provocator.

absența unor acte disociale.

debut la vârsta de 3 ani.

absența agresivității severe care încalcă legea și drepturile celorlalți.

comportament extrem de obraznic și nesupus.

388. Autismul atipic se caracterizează prin:

asocierea cu componenta psihotică.

dezvoltarea anormală după vârsta de 3 ani.

aprofundarea izolării până la autism "extrem de sever".

dezvoltarea anormală după vârsta de 1 an.

regresul funcțiilor psihice superioare.

389. Semnele clinice cele mai frecvente în Sindromul Rett sunt :

ataxie și apraxia.

macrocefalee.

scolioză.

convulsii.

mişcări stereotipice ale mâinilor.

390. Caracteristici tipice ale tabloului clinic în autismul infantil pot fi :

incapacitatea de a relata subiecte.

tulburări în dezvoltarea vorbirii.

surditatea.

comportamentul stereotipizat.

anomaliile cognitive.

391. Tratamentul tulburărilor de spectru autist (TSA) presupune :

terapia comportamentală.

terapia audio-vizuală.

logopedie.

respectarea regimului alimentar.

psihofarmacoterapia.

392. Autismul infantil Kanner are următoarele caracteristici :

Tulburări de coordonare motorie.

Apare mai ales după vârsta de 7 ani.

Agresivitate, automutilare.

Izolare, tulburări de limbaj.

Absența contactului vizual.

393. Care dintre tulburările ce urmează se referă la tulburările de conduită ?

Tulburarea opozițional-sfidătoare.

Tulburarea de conduită nesocializată.

Tulburarea reactivă de atașament a copilăriei.

Tulburarea de conduită socializată.

Tulburarea de rivalitate fraternă.

CM - Tema 10 - Retardarea mintală. Tulburări de ticuri. Tulburări de comportament alimentar.

394. Retardarea mintală (dizabilitatea intelectuală). Funcționarea cognitivă depinde de mulți factori, principalii fiind:

atenția

capacitatea de decizie

volumul de cunoștințe și memorie
nivelul de dezvoltare a limbajului
nivelul intelectual al părinților

395. Dizabilitatea intelectuală (DI) (anterior s-a utilizat termenul „retard mental”) este termenul diagnostic actual din DSM-5, care descrie apariția pe parcursul perioadei de dezvoltare a copilului a:

deficitului intelectual
deficitului adaptativ funcțional
tulburări de percepție
tulburării de conștiință
tulburării de emoții

396. Retardarea mintală (dizabilitatea intelectuală). Cauzele prenatale includ:

patologia genetică și cromozomială
deregările metabolice
impactul mediului ambiant (teratogeni, toxine, substanțe chimice, medicamente
patologia placentei
nivelul intelectual al părinților

397. Retardarea mintală (dizabilitatea intelectuală). Simptome și sindroame:

tulburările de limbaj, de vorbire și înțelegere, ale funcțiilor motorii, ale capacității cognitive,
dificultăți de antrenare socială
tulburările comportamentale
devieri neurologice și fizice
pseudohalucinații
hipermnezie

398. Mutismul selectiv. Simptome și sindroame:

jenă și disconfort în situații sociale
siguranța de sine scăzută
izolare socială
trăsături de caracter compulsiv
nesiguranță în alegerea interlocutorului

399. Tulburare de ticuri multiple motorii combinate cu ticuri vocale Gilles de la Tourette. Ticurile se clasifică în:

motorii simple
motorii complexe
vocale simple
vocale complexe
vocal-motorii acute

400. Encoprezis nonorganic. Simptomele de encoprezis pot include:

constipații sau defecații dureroase în anamneză (80-95%)
episoadele de murdărire au loc, de obicei, în timpul zilei (murdărirea în timpul somnului este rar întâlnită)
encoprezis cu constipație
encoprezis fără constipație
constipații cu aură

401. Bâlbâiala reprezintă o tulburare de vorbire în care fluxul de vorbire normal se dereglează din cauza repetărilor sau continuărilor frecvente ale:

sunetelor
silabelor
cuvintelor vorbirii
incapacității persoanei de a începe un cuvânt
sunete plăcute bolnavului

402. Există următoarele tipuri de bâlbâială:

de dezvoltare
neurogenă

clonică
tonică
de geneză psihiatrică

403. Cauzele anorexiei nervoase sunt:

factori genetici
factori neurobiologici
factori nutriționali
trăsături de personalitate predispozante
persoane slabe prezente în anturaj

404. La nivel somatic, malnutriția din anorexia nervoasă poate determina multiple simptome:

afectare endocrină
afectare cardiovasculară
afectare gastrointestinală
afectare dermatologică
afectare aparatului vestibulo-cochlear

405. La nivel somatic, malnutriția din anorexia nervoasă poate determina multiple simptome:

afectare aparatului vestibulo-cochlear
un grad de atrofie cerebrală
afectare cerebrală
anemie
trombocitopenie

406. Tulburări psihice și cognitive în anorexia nervoasă:

tulburări de dispoziție
iritabilitate
disforii
tendința de izolare socială
halucinații

407. Bulimia. Etiologia este multifactorială și poate fi explicate prin geneză:

biologică
socială
psihologică
colegilor ce mănâncă cu saț
lupta pentru separarea de figura maternă este "jucată" în planul ambivalenței față de alimente.

408. Profilul psihologic al persoanelor cu anorexie nervoasă:

perfecționism
primele (primul) la învățătură
plină de viață și fantezii
ostilitate
trăsături obsesiv-compulsive

409. La persoanele cu anorexie nervoasă există frecvent afecțiuni psihiatrice:

depresia clinică
tulburarea obsesiv-compulsivă
tulburări de personalitate
abuzul de substanțe
autism

410. Anorexia nervoasă. Comportamentele compensatorii pot avea următoarele reacții adverse:

deshidratare / hiperhidratare
diaree hemoragică
colici abdominale

convulsii
fuga idearum

411. Comportamentul în bulimia nervoasă se caracterizează prin:

ingerarea episodică, necontrolată, compulsivă și rapidă a unor mari cantități de alimente
provocarea de vărsături auto-induse
folosirea laxativelor și diureticelor
perioade de încetare a alimentării
mâncat excesiv pentru a deveni obez

412. Terapia bulimiei nervoase constă în:

alimentare ajustată caloric
de obicei bulimia poate fi tratată în afară spitalului
dacă simptomele sunt severe și există complicații, acestea pot necesita spitalizare
antidepresive
psihoterapia

413. Tipuri de terapii recomandate în cazuri de bulimie nervoasă:

terapia cognitiv-comportamentală
terapia familială
psihoterapia interpersonală
antipsihotice
antiinflamatoare