

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Семенов Юрий Александрович
Должность: Ректор
Дата подписания: 20.03.2026 13:14:54
Уникальный программный ключ:
7ee61f7810e60557bee49df655173820157abd87

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по образовательной деятельности
к.м.н., доцент А.А. Ушаков

«20» июня 2025 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине
Б1.В.11 Патопсихология**

Уровень высшего образования: магистратура

Направление подготовки: 37.04.01 Психология

Профиль: Клиническая психология. Экспертно-диагностическая и реабилитационная деятельность психолога в профессиональной сфере

Квалификация: Магистр

г. Екатеринбург
2025

Фонд оценочных средств дисциплины «Патопсихология» составлен в соответствии с ФГОС ВО высшего образования по программе магистратуры 37.04.01 Психология (уровень магистратуры), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 841 от 29 июля 2020

Составитель: Е.С. Набойченко, доктор психологических наук, заведующий кафедрой клинической психологии и педагогики, медицинский психолог высшей категории, Токарева В.В., ст. преподаватель кафедры клинической психологии и педагогики

Рецензент: к.п.н., доцент, заведующий кафедрой психологии образования и профессионального развития РГППУ Д.П. Заводчиков

Фонд оценочных средств обсужден на заседании кафедры клинической психологии и педагогики «06» мая 2025 г., протокол № 9

Обсужден и одобрен методическим советом отдела аспирантуры и магистратуры «04» июня 2025 г., протокол № 5.

1. КОДИФИКАТОР

Дидактическая единица	Индикаторы достижений			ОК, ОПК, ПК	Профессиональный стандарт
	Знания	Умения	Навыки		
ДЕ 1. Предмет, задачи и методы патопсихологии.	<p>Основные психологические закономерности нарушения, распада психической деятельности и личности у больных психическими заболеваниями и пограничными нервно-психическими расстройствами в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме. Научные, практические и методологические предпосылки выделения патопсихологии как самостоятельной ветви клинической психологии: а) влияние различных общепсихологических теорий на становление патопсихологии; б) естественнонаучные традиции общей психологии в России, влиявшие на развитие патопсихологии</p>	<p>обрабатывать и анализировать данные психодиагностического обследования пациента</p>	<p>Владеть теоретическими основами и принципами патопсихологического синдромного анализа нарушений психической деятельности и личности при различных психических заболеваниях</p>	ПК – 1,4	

<p>ДЕ 2. Методологические основы и теоретические проблемы патопсихологии.</p>	<p>Общепсихологические представления современной отечественной психологии о психике, ее генезисе, структуре и функциях как методологическая основа патопсихологии. Идеи школы Л.С.Выготского, А.Н.Леонтьева, А.Р.Лурия как фундамент патопсихологии. Теоретические проблемы патопсихологии как синтез общепсихологического и клинико-психиатрического знания.</p>	<p>Использовать клинические и психологические методы диагностики – психологических механизмов становления сложных психопатологических синдромов (бред, галлюцинации и др.); – структуры и динамики нарушений познавательной деятельности и эмоционально-личностной сферы при разных психических заболеваниях; – изменений личности больных с разными психическими заболеваниями; – структуры патопсихологических синдромов нарушения отдельных видов психической деятельности (памяти, восприятия, мышления и т.п.), а также патопсихологических синдромов, типичных для разных заболеваний;</p>	<p>Определять - влияние индивидуального опыта больного и его личности на содержание и динамику этих синдромов; - возможность психологической коррекции этих нарушений; - роль личности больного, как в становлении болезненной симптоматики, так и в ее психологической коррекции;</p>	<p>ПК – 1,4</p>	
---	---	--	--	-----------------	--

		соотношение первичных и вторичных расстройств в структуре синдрома; ПСК 3.6			
ДЕ 3. Практические задачи патопсихологии.	<ul style="list-style-type: none"> - Практические задачи и актуальные проблемы патопсихологии. - Место патопсихологии в системе психиатрической помощи населению. - Организационные основы работы патопсихологов в психиатрии. 	<p>Решать круг психокоррекционных задач</p> <ul style="list-style-type: none"> - на этапах первичной и вторичной профилактики болезни, - в системе реабилитации больных 	<p>Навыками</p> <ul style="list-style-type: none"> - решения двух основных типов практических задач – психодиагностических и психокоррекционных. - оценивания эффективности терапии и качества ремиссии. 	ПК – 1,4	
ДЕ 4. Методы патопсихологии.	<ul style="list-style-type: none"> - принципы построения патопсихологического исследования, их связь с теоретическими представлениями о природе и сущности психического отражения. - приемы патопсихологической диагностики, включая построение патопсихологического исследования как функциональной пробы; 	<p>Использовать</p> <ul style="list-style-type: none"> - возможности применения моделирующего эксперимента при исследовании нарушений психики. - особенности применения психодиагностических тестовых методик в патопсихологии - ставить разные цели и стратегии проведения беседы в зависимости от решаемой 	<p>Навыками</p> <ul style="list-style-type: none"> - использования различных вариантов наблюдения и беседы. - качественного анализа результатов исследования - изучения истории болезни как основами самостоятельного метода психологического исследования психически больного; - сбора субъективного и объективного анамнеза как аналога биографического метода исследования личности. 	ПК – 1,4	

		<p>практической задачи, состояния больного.</p> <ul style="list-style-type: none"> - активно взаимодействовать с пациентом (стимуляция к деятельности, участие в коррекции ошибок и т.д.); - учитывать личностное отношение больного к исследованию. 			
<p>ДЕ 5. Нарушения восприятия.</p>	<p>- Клиническая и психологическая феноменология нарушений восприятия при психических заболеваниях:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы выделения и описания. - Психологические механизмы возникновения агнозий при деменциях: - Психологические факторы симптомообразования при обманах чувств: функциональная перегрузка анализаторов; собственная активность пациента, направленная на поиск сенсорной информации; эмоциональный «настрой» 	<ul style="list-style-type: none"> - Дифференцировать агнозии и псевдоагнозии при деменциях, - диагностировать их отличие от агнозий при локальных поражениях мозга. - проводить патопсихологические исследования слабо выраженных (т.е. проявляющихся только в моделирующем эксперименте) нарушений восприятия: а) нарушения восприятия при шизофрении, связанные с особенностями актуализации знаний из прошлого опыта; б) нарушения восприятия при разных психических 	<p>Основными методическими приемами исследования нарушений восприятия при психических заболеваниях. Синдромологическим анализом как способом выделения патопсихологических синдромов нарушений восприятия при психических заболеваниях.</p>	ПК – 1,4	

	<p>больного; снижение критичности мышления и др.</p> <p>- Основные проблемы современной патопсихологии в изучении обманов чувств.</p>	<p>заболеваниях, вызванные изменением мотивационно-личностного аспекта деятельности;</p> <p>в) онтогенетические аспекты нарушений восприятия.</p>			
<p>ДЕ 6. Нарушения памяти.</p>	<p>- клиническую и психологическую картину феноменологий нарушений памяти, основные критерии их дифференциации.</p> <p>- соотношение нарушений опосредствованного и непосредственного запоминания при разных заболеваниях.</p> <p>- психологические механизмы нарушений непосредственной - и опосредствованной памяти.</p>	<p>- диагностировать разные по тяжести нарушения непосредственной и опосредствованной памяти,</p> <p>- определять их связь с общей клинической картиной нарушений психической деятельности, характерной для разных заболеваний.</p>	<p>Основными методическими приемами</p> <p>- исследования нарушений памяти. - дифференциации патопсихологических синдромов нарушений памяти.</p>	ПК – 1,4	
<p>ДЕ 7. Нарушения мышления.</p>	<p>- Отличия патопсихологической квалификации нарушений мышления от психиатрической.</p> <p>- основные пути решения проблемы классификации нарушений мышления</p>	<p>Диагностировать</p> <p>а) нарушения мыслительных операций (снижение их уровня и искажение);</p> <p>б) нарушения динамики мышления (инертность и лабильность);</p>	<p>Основными методическими приемами исследования нарушений мышления.</p>	ПК – 1,4	

	<ul style="list-style-type: none"> - Разные представления о генезисе и механизмах нарушений мышления - современные представления о психологических механизмах нарушений мышления при психических заболеваниях. 	<p>в) нарушения мотивационного (личностного) аспекта мышления (некритичность, разноплановость, резонерство). Определять место этих нарушений в общей патопсихологической и клинической картинах изменений психической деятельности.</p>			
<p>ДЕ 8. Нарушения умственной работоспособности.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Понятие умственной работоспособности в психологии труда и патопсихологии. - Место нарушений умственной работоспособности в общей картине нарушений психической деятельности. - Психологические механизмы нарушений умственной работоспособности: умственная работоспособность и истоцаемость психической деятельности; нарушения целенаправленности и умственная работоспособность; влияние нарушений мотивационной сферы на умственную работоспособность. 	<p>Диагностировать</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные проявления нарушений умственной работоспособности у больных с психическими заболеваниями. - Изменение строения отдельных видов познавательной деятельности как индикатор нарушений умственной работоспособности. 	<p>Основными методическими приемами, используемыми в патопсихологии для диагностики нарушений умственной работоспособности.</p>	ПК – 1,4	

	<p>- Роль нарушений умственной работоспособности в формировании личностных особенностей больных, становлении патологических черт характера, возникновении социальной дезадаптации.</p>				
<p>ДЕ 9. Нарушения эмоционально-личностной сферы.</p>	<p>- пути решения проблемы соотношения клинической и психологической феноменологии эмоционально-личностных расстройств при психических заболеваниях. - методологические предпосылки и основные принципы анализа.</p> <p>- аномалии эмоционально-личностной сфер: патопсихологические проявления нарушений эмоциональной сферы, возможность их экспериментального моделирования. Современные экспериментальные факты и их интерпретация.</p> <p>- представления о психологических механизмах нарушений эмоций при</p>	<p>Диагностировать</p> <p>- нарушения общения при психических заболеваниях.</p> <p>Определять</p> <p>- Роль эмоционально-личностных расстройств в генезе нарушений общения;</p> <p>- возможности психологической динамики и коррекции нарушений общения.</p> <p>- Место нарушений эмоционально-личностной сферы в структуре патопсихологических синдромов.</p>	<p>Основными методическими приемами исследования нарушений эмоционально-личностной сферы и общения.</p> <p>Навыками диагностики патопсихологических проявлений нарушений личности, различных вариантов нарушений мотивационно-потребностной сферы.</p>	ПК – 1,4	

	различных психических заболеваниях.				
ДЕ 10. Нарушения сознания и самосознания.	<ul style="list-style-type: none"> - Понятие сознания в философии, психологии и психиатрии. - Понятие «ясного» и «помраченного» сознания. - «Измененные» состояния сознания. 	<p>Давать психологическую характеристику</p> <ul style="list-style-type: none"> - отдельным видам нарушения сознания. - структурным и общим нарушениям самосознания. <p>Учитывая место в общей картине нарушений психической деятельности.</p>	<p>Методическими возможностями патопсихологического изучения нарушений сознания и самосознания.</p>	ПК – 1,4	
ДЕ 11. Патопсихологический синдром как основа квалификации нарушений психики в патопсихологии.	<ul style="list-style-type: none"> - различные подходы к проблеме нозологической специфичности или типичности патопсихологических синдромов. - современные представления о синдромообразующем факторе в патопсихологии - Типы синдромов. 	<p>Определять</p> <ul style="list-style-type: none"> - Первичные и вторичные нарушения в структуре синдрома; - сложности их дифференциации в патопсихологии, - важность их различения для решения задач психологической коррекции и реабилитации больных. 	<p>Методиками практической диагностики</p> <ul style="list-style-type: none"> - патопсихологического синдрома при шизофрении. - патопсихологического синдрома при эпилепсии. - патопсихологического синдрома при диффузных органических поражениях головного мозга. - патопсихологического синдрома при умственной отсталости. - патопсихологического синдрома при злоупотреблении психоактивными веществами. 	ПК – 1,4	

			- патопсихологической диагностики при пограничных нервно-психических расстройствах.		
ДЕ 12. Значение патопсихологических исследований для общей психологии.	- Значение и перспективы развития патопсихологии. - - Вклад патопсихологии в разработку фундаментальных положений общей психологии:	- использовать методы патопсихологической диагностики состояния психического здоровья личности, - учитывать специфику ее эмоциональной сферы и индивидуальные адаптационные возможности	- методиками психологического сопровождения личности в сложных жизненных ситуациях,	ПК – 1,4	
ДЕ 13. Значение патопсихологических исследований для психиатрии.	- симптомо- и синдромогенез при психических заболеваниях; типичность и специфичность нарушений психической деятельности;	- составлять программы диагностического обследования, психологической коррекции и реабилитации в психиатрии.	- способами коррекции и психотерапии - методиками психологической коррекции и реабилитации в психиатрии.	ПК – 1,4	

2. Вопросы для промежуточной аттестации

Вопрос	Компетенции
ДЕ 1. Предмет, задачи и методы патопсихологии.	
1. Предмет и задачи патопсихологии.	ПК – 1,4
ДЕ 2. Методологические основы и теоретические проблемы патопсихологии.	
2. Значение патопсихологии для развития общепсихологической теории. Проблема нормы и патологии. 3. Значение культурно-исторического подхода Л.С.Выготского для патопсихологии.	ПК – 1,4
ДЕ 3. Практические задачи патопсихологии.	
4. Принципы подбора методик для диагностического патопсихологического обследования. 5. Практические задачи патопсихологии.	ПК – 1,4
ДЕ 4. Методы патопсихологии.	
6. Методологические принципы патопсихологической диагностики. 7. Метод пиктограмм и его использование в патопсихологии. 8. Принципы построения патопсихологического исследования. 9. Виды диагностических методов в патопсихологии.	ПК – 1,4
ДЕ 5. Нарушения восприятия.	
10. Феноменология и психологические механизмы нарушений восприятия. 11. Мотивация и патология восприятия при психических заболеваниях. 12. Экспериментальные исследования нарушений восприятия при шизофрении. 13. Нарушения иерархии мотивов при психических заболеваниях.	ПК – 1,4

14. Психологический аспект изучения галлюцинаций. 15. Искажение образа обобщения. Экспериментальные факты и их теоретическая интерпретация.	
ДЕ 6. Нарушения памяти.	
16. Виды нарушений памяти. 17. Нарушения непосредственной памяти при психических заболеваниях. 18. Методики исследования нарушений памяти. 19. Нарушения опосредствованной памяти. 20. Феноменология и психологические механизмы нарушений памяти при психических заболеваниях.	ПК – 1,4
ДЕ 7. Нарушения мышления	
21. Методики исследования нарушений мышления. 22. Исследование нарушений мышления при шизофрении в работах Ю.Ф.Полякова и его сотрудников. 23. Основные направления в исследовании нарушений мышления при шизофрении. 24. Нарушения операциональной стороны мышления при психических заболеваниях. 25. Психологическая характеристика резонерства. 26. Нарушения познавательной деятельности при шизофрении. 27. Нарушения динамика психической деятельности.	ПК – 1,4
ДЕ 8. Нарушения умственной работоспособности	
28. Методы исследования нарушений умственной работоспособности. 29. Нарушения умственной работоспособности при психических заболеваниях.	ПК – 1,4
ДЕ 9. Нарушения эмоционально-личностной сферы.	
30. Основные приемы исследования нарушений личности 31. Нарушения личности у психически больных. 32. Нарушения личностного компонента мышления. 33. Особенности личности при психопатии. 34. Проблема депрессий: клинико-психологический аспект. 35. Анализ нарушений личности при шизофрении, эпилепсии. 36. Понятие о неврозе как о пограничном состоянии. 37. Принципы построения патопсихологического исследования нарушений личности. 38. Психопатии. Психологический аспект изучения психопатий.	ПК – 1,4
ДЕ 10. Нарушения сознания и самосознания.	
39. Нарушения критичности мышления.	ПК – 1,4

ДЕ 11. Патопсихологический синдром как основа квалификации нарушений психики в патопсихологии.	
40. Проблема патопсихологического синдрома.	ПК – 1,4
ДЕ 12. Значение патопсихологических исследований для общей психологии.	
41. Основные положения работы Л.С.Выготского «Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства».	ПК – 1,4
ДЕ 13. Значение патопсихологических исследований для психиатрии	
42. Нарушения психической деятельности при эпилепсии. 43. Нарушения мышления при шизофрении: психологический аспект. 44. Нарушения критичности у психически больных. 45. Психологическая характеристика деградации личности при хроническом алкоголизме. 46. Соотношение распада и развития психики. 47. Значение мотива экспертизы в патопсихологическом обследовании. 48. Нарушения психической деятельности при органических заболеваниях центральной нервной системы различного генеза. 49. Нарушения общения при шизофрении. 50. Нарушения психической деятельности при шизофрении. 51. Психологические проблемы неврозов.	ПК – 1,4

Методика и критерии оценивания ответов обучающихся
в ходе промежуточной аттестации

Экзаменационный билет включает в себя 2 вопроса. Ответ на каждый вопрос экзаменационного билета оценивается по 20-ти балльной системе.

Оценка ответа на вопросы билета в баллах:

19-20 баллов – полный, четкий ответ с использованием материалов учебной литературы, лекционного курса и дополнительной литературы;

16-18 баллов – ответ с использованием учебной литературы и лекционного курса с незначительными недочетами, с ответами на наводящие вопросы;

13-15 баллов – имеются ошибки в ответе, при дополнительных, наводящих вопросах – может частично их исправить;

10-12 баллов – существенные ошибки в ответе, частичное незнание основных понятий.

3. Тестовые задания

Тестовые задания позволяют оценить знания конкретной темы дисциплины. В тестовом задании обучающемуся предлагается выбрать один или несколько правильных ответов.

Примеры тестовых заданий по дидактическим единицам

ДЕ 1-5. Нарушения восприятия.

1. Ощущение, похожее на то, что «кислота разъедает грудину», следует назвать:

- 1) парестезией
- +2) сенестопатией
- 3) парейдолией
- 4) нарушением схемы тела
- 5) гиперестезией
- 6) иллюзией

2. Обман восприятия, заключающийся в том, что пациент чувствует запах цветов, специально вызванный у него «гипнозом», следует назвать:

- +1) псевдогаллюцинацией
- 2) истинной галлюцинацией
- 3) иллюзией
- 4) сенестопатией

3. Характерное свойство псевдогаллюцинаций - это:

- 1) телесность и весомость
- +2) интрапроекция
- 3) чувство физической угрозы
- 4) усиление к вечеру

4. Истинные галлюцинации чаще всего возникают при:

- 1) шизофрении
- 2) мании
- 3) депрессии
- 4) эпилепсии
- +5) делирии

5. Чувство, что окружающий мир повернулся на 180°, следует назвать:

- 1) галлюцинозом
- 2) деперсонализацией
- +3) психосенсорным расстройством
- 4) псевдогаллюцинацией
- 5) сенестопатией
- 6) иллюзией

6. При галлюцинозе сознание:

- 1) выключено
- 2) помрачено
- 3) аффективно сужено
- +4) не нарушено

7. Обман восприятия, при котором больной видит на чистом листе бумаги написанный текст, следует назвать:

- 1) психосенсорным расстройством
- 2) псевдогаллюцинацией
- +3) истинной галлюцинацией
- 4) парейдолией

8. Сенсопатии относятся к:

- 1) Патологии эмоций
- 2) Патологии влечений
- 3) Психосенсорным расстройствам
- +4) Патологии ощущений

9. Сенестопатии характеризуются:

- 1) Нарушением сознания
- +2) Необычным характером испытываемых ощущений
- 3) Переживанием искаженного восприятия внешних объектов
- +4) Тягостными, мучительными неприятными ощущениями
- 5) Ровным фоном настроения
- 6) Наличием выраженной сомато-неврологической патологии

10. Иллюзии возникают у:

- 1) Психически здоровых людей
- 2) При различных психических расстройствах
- +3) Психически здоровых и психически больных лиц

11. Аффективные иллюзии относятся к:

- 1) Сенсопатиям
- +2) Патологическим иллюзиям
- 3) Психосенсорным расстройствам
- 4) Функциональным галлюцинациям

12. Прогностически благоприятными являются галлюцинации:

- +1) Зрительные
- 2) Обонятельные
- 3) Псевдогаллюцинации
- 4) Вкусовые
- +5) Истинные
- 6) Тактильные

13. Истинным галлюцинациям свойственны:

- 1) Проекция галлюцинаторных образов "во внутрь"
- +2) Чувственная яркость, живость
- 3) Наличие критического отношения
- 4) Мнестические расстройства

14. Классическое описание псевдогаллюцинаций принадлежит:

- 1) И.М.Балинскому
- +2) В.Х.Кандинскому
- 3) В.П.Осипову
- 4) С.С.Корсакову

15. Псевдогаллюцинациям свойственно:

- 1) Проекция галлюцинаторных образов "во вне"

+2) Чувство "насильственности", "сделанности"

3) Чувственная яркость, живость

4) Выраженные астенические проявления

16. Аутометаморфопсии относятся к:

1) Сенсопатиям

2) Деменции

+3) Психосенсорным расстройствам

4) Псевдогаллюцинациям

5) Расстройствам памяти

17. Метаморфопсии это:

1) Искажение восприятия формы или величины своего тела

2) Нарушение ориентировки в собственной личности

+3) Нарушение восприятия размеров и формы предметов и пространства

ДЕ 6. Нарушения памяти.

1. Фиксационная амнезия- утрата памяти на:

1) События, предшествующие бессознательному состоянию, психическому или соматическому заболеванию

2) События, непосредственно следующими за периодом болезни

3) События, имевшие место в период нарушения сознания

+4) На текущие события

2. Гипермнезия характерна для следующих психопатологических синдромов:

1) Делириозного

2) Астенического

+3) Маниакального

4) Корсаковского

+5) Паранояльного

6) Депрессивного

3. Для конфабуляций характерны следующие признаки:

1) Стойкость

2) Критическое отношение

3) Перенос во времени реальных событий

+4) Фантастичность, неправдоподобность содержания

5) Простота, несложность структуры

4. Криптомнезии представляют собой:

1) Перенос во времени реально имевших место событий

2) Ложные воспоминания

+3) Стирание грани между реальными событиями и событиями услышанными, увиденными или прочитанными

4) Утрату памяти на события определенного промежутка времени

5. Выраженные расстройства памяти характерны для:

1) Маниакально-депрессивного психоза

2) Психопатий

+3) Органического поражения головного мозга с психическими нарушениями

4) Неврозов

5) Шизофрении

6. Фиксационная амнезия характерна для следующего психопатологического синдрома:

- 1) Паранояльного
 - 2) Маниакального
 - 3) Делириозного
 - +4) Синдрома Корсакова
 - 5) Астенического
 - 6) Обсессивного
7. Нейрофизиологическими механизмами корсаковского синдрома являются:
- 1) слабость слефообразования;
 - +2) нарушения ретроактивного торможения;
 - 3) прогрессирующая качественно своеобразная деструкция коры головного мозга.
8. Динамическая сторона мнестической деятельности нарушена при:
- 1) корсаковском синдроме;
 - +2) сосудистых заболеваниях головного мозга;
 - 3) симптоматической эпилепсии (эпилептиформном синдроме);
 - 4) психических заболеваниях позднего возраста.
9. Амнезия, заключающаяся в невозможности вспомнить события, предшествующие болезни, называется:
- 1) антероградной
 - 2) конградской
 - +3) ретроградной
 - 4) фиксационной
 - 5) прогрессирующей
 - 6) выраженной
 - 7) злокачественной
10. Истерическая амнезия:
- 1) склонна к прогрессированию
 - 2) развивается по закону Рибо
 - +3) имеет тематический характер
 - 4) сопровождается анэпфорией
11. Корсаковский синдром в большинстве случаев:
- 1) полностью обратим
 - +2) склонен к регрессу
 - 3) протекает приступообразно
 - 4) склонен к прогрессированию
 - 5) не имеет никакой динамики
12. Причиной корсаковского синдрома может быть:
- 1) детская эпилепсия
 - 2) тяжелая психическая травма
 - 3) злокачественная шизофрения
 - +4) злоупотребление алкоголем
 - 5) героиновый абстинентный синдром

ДЕ 7. Нарушения мышления.

1. Какую деменцию не следует относить к органическому слабоумию:
 - а) дисмнестическую
 - б) глобарную

- в) эпилептическую
 - +г) шизофреническую
2. Главной чертой шизофренического слабоумия является расстройство:
- а) памяти
 - б) абстрактного мышления
 - +в) воли и эмоций
 - г) сознания
 - д) критики
3. Какая деменция обычно развивается при органическом поражении лобных долей мозга
- а) лакунарная
 - +б) тотальная
 - в) концентрическая
 - г) везаническая
4. На какое мышление указывает утверждение, что 1 кг пуха легче 1 кг гвоздей:
- а) паралогичное
 - б) символичное
 - +в) конкретное
 - г) абстрактное
 - д) аутичное
5. Снижение уровня обобщения характерно для всех перечисленных расстройств, КРОМЕ
- а) умственной отсталости
 - в) эпилептических изменений личности
 - +б) неврозов
 - г) постэнцефалитических расстройств
6. Резонёрство рассматривается как утрата способности к:
- а) абстрактному мышлению
 - в) отличать главное от второстепенного
 - +б) мыслить целенаправленно
 - г) концентрировать внимание
7. Проявлением синдрома психического автоматизма является:
- а) резонёрство
 - б) аутистическое мышление
 - +в) ментизм
 - г) ускорение мышления
 - д) бессвязность
8. При острых психозах с продуктивной симптоматикой интеллект:
- а) не изменён
 - б) снижен
 - в) временно отсутствует
 - +г) оценивать нельзя
9. У больных олигофренией IQ с возрастом:
- а) повышается
 - б) снижается
 - +в) существенно не меняется
10. Больные с имбецильностью могут:
- +а) самостоятельно одеваться

- б) работать дворником
- в) складывать однозначные числа
- г) выполнять все перечисленные операции

ДЕ 8. Нарушения умственной работоспособности.

1. Для группы невротических синдромов характерно:

- 1) Выраженное снижение памяти и интеллекта
- +2) Полиморфные астенические проявления
- 3) Признаки нарушения сознания
- 4) Иллюзии, галлюцинации
- +5) Критическое отношение к болезненным переживаниям
- +6) Возникновение психогенным путем
- 7) Начало в связи с соматогениями
- 8) Выраженные изменения преморбидных личностных особенностей
- 9) Наличие предшествующего периода алкоголизации или наркотизации

2. Нарастающие расстройства памяти наблюдаются при:

- 1) Неврозах
- 2) Маниакально-депрессивном психозе
- 3) Реактивных психозах
- 4) Психопатиях
- 5) Шизофрении
- +6) Органическом поражении головного мозга

3. Мнестические расстройства максимально выражены в синдроме:

- 1) Кандинского- Клерамбо
- 2) Маниакальном
- 3) Гебефреническом
- +4) Корсаковском
- 5) Парафреническом

4. Психоорганический синдром характерен для:

- 1) Психогений
- 2) Психопатий
- 3) Шизофрении
- 4) Олигофрении
- +5) Для перечисленных нозологических форм не характерен

6) Циклофрении

5. Какие расстройства относятся к патологии развития:

- 1) Шизофрения
- 2) Алкоголизм
- +3) Психопатия
- 4) Травматические психозы
- +5) Олигофрения

6) Реактивные состояния

6. Типичными расстройствами для психопатии являются:

- 1) Расстройства восприятия
- 2) Нарушения сознания
- 3) Кататонические симптомы
- +4) Эмоционально-волевые нарушения

- 5) Расстройства памяти
7. Патология развития включает в себя:
 - 1) Неврозы
 - +2) Аномалии развития характера
 - 3) Эпилептические изменения личности
 - +4) Умственное недоразвитие
 - 5) Патологию личности при алкоголизме
 - 6) Изменения личности при наркоманиях
8. Кто из отечественных психиатров внес большой вклад в развитие учения о психопатиях:
 - +1) Балинский И.М.
 - 2) Осипов В.П.
 - +3) Ганнушкин П.Б.
 - 4) Снежневский А.В.
 - +5) Кербиков О.В.
9. Актуальность проблемы психопатий для военных психиатров обусловлена:
 - 1) Тяжестью течения
 - +2) Широкой распространенностью
 - 3) Сопутствующими соматическими заболеваниями
 - +4) Высоким процентом диагностических ошибок
 - 5) Осложнениями
10. К диагностическим критериям психопатий относятся:
 - 1) Острое начало
 - +2) Тотальность дисгармонии психики
 - 3) Прогрессиентность течения
 - +4) Выраженность патологических черт
 - 5) Исходное состояние
 - +6) Стабильность патологических черт
11. Группировка психопатий по О.Кербикову включает:
 - +1) Ядерные (конституциональные) психопатии
 - 2) Возбудимые
 - +3) Краевые (приобретенные)
 - 4) Паранояльные
 - +5) Органические
 - 6) Смешанные
12. Наиболее распространенными клиническими формами психопатий являются:
 - +1) Возбудимая
 - 2) Парафреническая
 - +3) Астеническая
 - +4) Неустойчивая
 - 5) Гебефреническая
 - +6) Истерическая
 - +7) Смешанная
 - 8) Импульсивная
13. Стадии динамики психопатий:
 - +1) Компенсация

- 2) Дезадаптация
- +3) Неустойчивая компенсация
- 4) Дезинтеграция
- 5) Ремиссия
- +6) Декомпенсация

14. В каком возрасте наиболее ярко проявляются психопатические особенности:

- 1) В 4-6 лет
- 2) 6-12 лет
- +3) 17-19 лет
- 4) 21-25 лет
- 5) 30-35 лет
- 6) 45-50 лет

15. Основная причина декомпенсации психопатий:

- +1) Конфликтная ситуация
- 2) Перенесенная простуда
- 3) Употребление алкоголя
- 4) Смена стереотипа
- 5) Повышение нагрузок

16. Основным признаком психопатической реакции:

- 1) Продолжительность
- 2) Наличие судорог
- 3) Амнезия
- +4) Несоответствие ответа силе раздражителя
- 5) Категоричность
- 6) Эгоистичность

ДЕ 9. Нарушения эмоционально-личностной сферы.

1. Главным признаком, отличающим патологический аффект от физиологического, считают

- а) раздражение и агрессию
- б) наличие галлюцинаций
- +в) помрачение сознания
- г) компульсивное влечение к насилию и нанесению повреждений

2. Характерными признаками депрессивного синдрома считают:

- +а) раннее утреннее пробуждение и ангедонию
- б) молчание и обездвиженность
- в) тошноту и потливость
- г) безразличие и равнодушие
- д) брадикардию и снижение АД

3. Типичная продолжительность депрессии - несколько

- а) часов
- б) дней
- в) недель
- +г) месяцев
- д) лет

4. Больные с манией:

- а) представляют опасность для окружающих
 - б) отличаются высокой производительностью в профессиональном труде
 - в) часто проявляют упрямство и несговорчивость
 - +г) любят помогать знакомым и незнакомым людям
5. Обсессивно-фобический синдром:
- +а) не является нозологически специфичным
 - б) обычно возникает вследствие органических заболеваний
 - в) является вариантом синдрома психического автоматизма
 - г) характерен для простой шизофрении
6. Больные с патологическим обсессивным влечением:
- а) представляют опасность для окружающих
 - б) относятся к своему расстройству без критики
 - в) должны быть госпитализированы
 - +г) могут контролировать своё поведение в соответствии с ситуацией
7. Характерными признаками апатико-абулического синдрома считают:
- а) похудание и потерю аппетита
 - г) молчание и обездвиженность
 - б) пониженную самооценку и пессимизм
 - +д) безразличие и равнодушие
 - в) тахикардию и повышение АД
8. Больные в маниакальном возбуждении:
- а) склонны к сексуальному насилию
 - в) проявляют неконтролируемую агрессию
 - б) дезориентированы в месте и времени
 - +г) обычно опасности не представляют
9. Тоскливо-злобный характер настроения обозначается как:
- 1) Дистимия
 - 2) Гипотимия
 - +3) Дисфория
10. Тоска, тревога относятся к группам симптомов:
- 1) Неустойчивости эмоциональной сферы
 - +2) Снижения настроения
 - 3) Качественного искажения эмоций
11. Гипертимия характерна для следующего психопатологического синдрома:
- 1) Параноидного
 - 2) Кататонического
 - +3) Маниакального
 - 4) Астенического
12. Эмоциональная тупость наблюдается при:
- 1) Психопатиях
 - 2) Алкогольном делирии
 - +3) Шизофрении
 - 4) Маниакально-депрессивном психозе
 - 5) Неврозах
13. Апатия относится к группе симптомов:
- 1) Снижения настроения

- +2) Качественного искажения эмоций
- 3) Неустойчивости эмоциональной сферы
- 14. Слабодушие характерно для:
 - 1) Шизофрении
 - 2) Алкогольных психозов
 - 3) Олигофрении
 - +4) Сосудистых заболеваний головного мозга
- 15. Абулия характерна для:
 - 1) Психопатий
 - +2) Шизофреническом дефекте
 - 3) Алкогольных психозов
 - 4) Циклофрении
 - +5) Органического поражения лобных долей головного мозга
- 16. Пиромания- болезненное влечение к:
 - 1) Бродяжничеству
 - 2) Воровству
 - +3) Поджогам
 - 4) Самоубийству
- 17. Полидипсия- патологическое усиление:
 - 1) Аппетита
 - +2) Жажды
 - 3) Сексуальности
 - 4) Волевых побуждений
- 18. Депрессивный ступор наблюдается при:
 - 1) Шизофрении
 - 2) Неврозах
 - +3) Маниакально-депрессивном психозе
 - 4) Алкоголизме
 - 5) Психопатиях
- 19. Кататонический ступор наблюдается при:
 - 1) Психогениях
 - 2) Олигофрении
 - 3) Маниакально-депрессивном психозе
 - +4) Шизофрении
 - 5) Психопатиях
- ДЕ 10. Нарушения сознания и самосознания.
 - 1. Основные признаки помрачения сознания описаны:
 - 1) В.П.Осиповым
 - 2) В.М.Бехтеревым
 - 3) Э.Крепелином
 - +4) К.Ясперсом
 - 5) Е.Блейлером
 - 2. Тетрада К. Ясперса включает в себя:
 - 1) Нарушения внимания
 - +2) Нарушения памяти
 - 3) Нарушения воли

- +4) Нарушение мышления
- +5) Нарушение ориентировки
- 6) Нарушение влечений
- +7) Нарушение восприятия
- 8) Нарушение моторики
- 3. Обнубиляция относится к синдромам:
 - 1) Помрачения сознания
 - 2) Нарушения самосознания
 - +3) Выключения сознания
 - 4) Галлюцинаторно-бредовым
 - 5) Аффективным
- 4. Отсутствие словесного контакта и рефлексов характерны для:
 - 1) Сопора
 - +2) Комы
 - 3) Оглушенности
 - 4) Ступора
- 5. К синдромам помрачения сознания относятся:
 - 1) Галлюциноз
 - +2) Сумеречное нарушение сознания
 - 3) Психорганический синдром
 - 4) Синдром психического автоматизма
 - +5) Аменция
 - 6) Депрессивный синдром
 - +7) Делирий
 - 8) Корсаковский синдром
 - 9) Деперсонализация
 - +10) Онейроид
 - 11) Кататонический синдром
 - 12) Парафренный синдром
- 6. Делирий чаще встречается при:
 - 1) Шизофрении
 - 2) Неврозах
 - +3) Алкоголизме
 - 4) Циклофрении
 - +5) Остром периоде черепно-мозговой травмы
 - 6) Психопатиях
- 7. Сумеречное помрачение сознания характерно для:
 - 1) Шизофрении
 - 2) Циклофрении
 - +3) Эпилепсии
 - 4) Психопатий
 - 5) Алкоголизма
- 8. Для аменции характерно:
 - 1) Пароксизмальность возникновения и окончания
 - +2) Наличие длительных истощающих соматических заболеваний
 - 3) Развернутые галлюцинаторно-бредовые переживания

- +4) Аффект недоумения, растерянности
- +5) Полная амнезия пережитого
- 6) Эйфория
- 7) Наличие психических автоматизмов
- 9. Дерееализация и деперсонализация относятся к группе синдромов:
 - 1) Невротических
 - 2) Галлюцинаторно-бредовых
 - 3) Помрачения сознания
 - 4) Аффективных
 - +5) Нарушения самосознания
 - 6) Органического поражения головного мозга
- 10. Для делирия характерны:
 - 1) Эндогенная этиология
 - +2) Экзогенная этиология
 - 3) Стабильное течение
 - +4) Волнообразное течение
 - +5) Преобладание истинных галлюцинаций
 - 6) Преобладание псевдогаллюцинаций
 - 7) Эйфория
 - +8) Страх, тревога
- 11. Дерееализация характеризуется:
 - 1) Нарушением ориентировки в месте и времени
 - 2) Галлюцинациями
 - +3) Искажённым восприятием окружающей реальности
 - 4) Мнестическими расстройствами
 - 5) Эйфорией

ДЕ 11. Патопсихологический синдром как основа квалификации нарушений психики в патопсихологии.

1. Для эндогенных психических заболеваний характерно:
 - 1) Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
 - +2) Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
 - 3) Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
 - 4) Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
2. Для экзогенных психических заболеваний характерно:
 - 1) Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
 - 2) Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
 - 3) Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

+4) Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

3. Для эндогенно-органических психических заболеваний характерно:

1) Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

2) Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

+3) Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

4) Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

4. Для экзогенно-органических психических заболеваний характерно:

+1) Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

2) Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

3) Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

4) Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

5. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к эндогенным?

1) Олигофрении

2) Наркомании

+3) Маниакально-депрессивный психоз

4) Реактивные психозы

+5) Шизофрения

6) Эпилепсия

7) Алкоголизм

8) Психопатии

9) Невротические состояния

6. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к экзогенным?

1) Олигофрении

+2) Наркомании

3) Маниакально-депрессивный психоз

4) Реактивные психозы

5) Шизофрения

6) Эпилепсия

+7) Алкоголизм

8) Психопатии

9) Невротические состояния

7. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к психогенным?

1) Олигофрении

2) Наркомании

3) Маниакально-депрессивный психоз

+4) Реактивные психозы

5) Шизофрения

- 6) Эпилепсия
 - 7) Алкоголизм
 - 8) Психопатии
 - +9) Невротические состояния
8. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к эндогенно-органическим?
- 1) Олигофрении
 - 2) Наркомании
 - 3) Маниакально-депрессивный психоз
 - 4) Реактивные психозы
 - 5) Шизофрения
 - +6) Эпилепсия
 - 7) Алкоголизм
 - 8) Психопатии
 - 9) Невротические состояния
9. Астеническая триада включает в себя:
- 1) Метеозависимость
 - +2) Нарушения сна
 - 3) Снижение аппетита, потеря в весе
 - 4) Суицидальные тенденции
 - +5) Висцеро-вегетативные расстройства
 - 6) Ипохондричность
 - +7) Повышенная психическая и физическая истощаемость
 - 8) Сексуальные расстройства
10. Истерический синдром характеризуется следующей триадой признаков:
- 1) Тревожно-мнительные особенности личности
 - +2) Диссоциативные расстройства
 - 3) Выраженные мнестические нарушения
 - +4) Истероидные особенности личности
 - 5) Нарушения самосознания
 - 6) Дерезализационные расстройства
 - +7) Конверсионные расстройства
 - 8) Иллюзорно-галлюцинаторные переживания
11. Обсессивный синдром доминирует в клинической картине:
- +1) Психастении
 - 2) Шизофрении
 - 3) Истерического невроза
 - 4) Циклофрении
 - +5) Невроза навязчивых состояний
 - 6) Алкогольных психозов
12. Для группы невротических синдромов характерно:
- 1) Выраженное снижение памяти и интеллекта
 - +2) Полиморфные астенические проявления
 - 3) Признаки нарушения сознания
 - 4) Иллюзии, галлюцинации
 - +5) Критическое отношение к болезненным переживаниям
 - +6) Возникновение психогенным путем

- 7) Начало в связи с соматогениями
- 8) Выраженные изменения преморбидных личностных особенностей
- 9) Наличие предшествующего периода алкоголизации или наркотизации
13. Фобии и компульсии входят в структуру:
 - 1) Онейроидного синдрома
 - 2) Истерического синдрома
 - 3) Кататонического синдрома
 - +4) Обсессивного синдрома
 - 5) Корсаковского синдрома
 - 6) Астенического синдрома
14. Эпилепсия относится к:
 - 1) Эдогенным заболеваниям
 - +2) Эндогенно-органическим заболеваниям
 - 3) Экзогенным заболеваниям
 - 4) Экзогенно-органическим заболеваниям
15. Аура является:
 - 1) Предвестником судорожного припадка
 - +2) Начальной стадией припадка
 - 3) Осложнением припадка
 - 4) Малым эпилептическим припадком
16. Последовательность стадий большого судорожного припадка следующая:
 - 1) Аура, тоническая фаза, клоническая фаза, фаза генерализации судорог, постприпадочный сон
 - 2) Аура, клоническая фаза, тоническая фаза, постприпадочный сон
 - +3) Аура, тоническая фаза, клоническая фаза, постприпадочный сон
 - 4) Аура, клоническая фаза, тоническая фаза, фаза генерализации судорог, сон
17. Джексоновский припадок относится к:
 - 1) Большим судорожным припадкам
 - 2) Малым судорожным припадкам
 - +3) Очаговым судорожным припадкам
 - 4) Бессудорожным пароксизмам
18. Для больных эпилепсией характерна:
 - +1) Вязкость, обстоятельность мышления
 - 2) Резонерство и разноплановость суждений
 - 3) Разорванность мышления
 - 4) Ускорение темпа мышления
19. Эпилептический статус - это ...
 - 1) Психическое состояние больного эпилепсией
 - 2) Состояние больного во время припадка
 - +3) Серия непрерывно следующих один за другим припадков
20. Пароксизмальные расстройства подразделяются на:
 - 1) продромальные, судорожные, генерализованные
 - 2) продромальные, судорожные, бессудорожные
 - 3) продромальные, судорожные, бессудорожные, генерализованные
 - 4) продромальные, генерализованные
 - +5) судорожные, бессудорожные

б) судорожные, генерализованные

21. Малый припадок относится к:

+1) генерализованным судорожным пароксизмам

2) очаговым судорожным пароксизмам

3) бессудорожным пароксизмам

4. Ситуационные задачи

Ситуационная задача – это методический приём, включающий совокупность условий, направленных на решение практически значимой ситуации с целью формирования общих и профессиональных компетенций, соответствующих основным видам профессиональной деятельности. Для создания ситуационных задач базовыми источниками являются клинические ситуации, статистические материалы, научные публикации, ресурсы интернета, оперативная информация из СМИ, художественная и публицистическая литература.

При всём многообразии видов ситуационных задач, все они имеют типовую структуру.

Как правило, задача включает в себя:

1. ситуацию – случай, проблема, история из реальной жизни;
2. личностно-значимый познавательный вопрос;
3. информация по данному вопросу, представленная в разнообразном виде (текст, таблица, график, статистические данные);
4. вопросы или задания для работы с задачей.

Источником содержания ситуационных задач, их сюжета, проблемы и фактологической базы являются ситуации, возникающие в процессе будущей профессиональной деятельности обучающихся.

По сути дела, ситуационная задача создаёт практическую модель профессиональной деятельности. При этом учебное назначение такой ситуационной задачи может сводиться к закреплению знаний, умений и навыков поведения (принятия решений) учащихся в данной ситуации. Главный их смысл сводится к обретению способности к оптимальной деятельности. Каждая ситуационная задача должна нести обучающую функцию.

Задания позволяют оценить сформированность компетенций посредством их знаний, умений и навыков по конкретной теме.

Примеры ситуационных задач

Ситуационная задача 1. Больной предъявляет жалобы на пониженное настроение, трудности сосредоточения, субъективное ощущение пустоты в голове, тягостное отсутствие мыслей – потерю мыслей, нежелание что-либо делать. Больной считает себя «плохим», не заслуживающим счастья, т.к. был несправедливым к родным, агрессивным, жестоким. Отмечает утрату интереса к жизни, кроме витальных потребностей. При этом речь мало модулирована, лицо гипомимично, отсутствуют адекватные эмоциональные реакции. Критика к состоянию формальная. При исследовании познавательных процессов выявлено: в мышлении – при исследовании методикой классификации отмечается сохранность уровня обобщения и отвлечения, замедлен темп ассоциаций, мышление отличается уменьшением количества представлений, оно малоподвижно, инертно. В своих рассуждениях больной медлителен, испытывает затруднения в формировании словесного отчета о ходе мыслей – суждения нечеткие, расплывчатые.

При исследовании личностных особенностей по ММРІ код профиля 721 с повышением шкал за пределы нормативных значений (Т-шкала).

К какому патопсихологическому синдрому относятся перечисленные особенности протекания мыслительной деятельности у данного испытуемого? Ответ обоснуйте.

Ситуационная задача 2. В экспериментально-психологическом исследовании больного выявлена значительная истощаемость, которая обнаруживается в процессе исследования длительными методиками. Так, характерны продолжительные паузы, ошибки в конце методики отсчитывания, увеличение латентного периода и затруднения в подборе слов на заключительном этапе исследования методикой подбора слов антонимов. Характерными являются также нарушения памяти (к примеру – невозможность вспомнить даты, имена). При использовании методики «10 слов» выявляется недостаточность удержания: так больной, воспроизводивший 10 слов после 4-5 повторений, после 15-20 минутного перерыва называет лишь часть этих слов. Развитие заболевания сопровождается снижением уровня процессов обобщения и отвлечения».

По данным симптомам определите тип изменения психических процессов.

Ситуационная задача 3. В ходе патопсихологического исследования больная недостаточно усваивает инструкции, удерживает их самостоятельно только короткое время (через 10 минут не может адекватно воспроизвести данную инструкцию). Обнаруживаются резкие колебания умственной работоспособности. После небольшой по объему интеллектуальной нагрузки выявляются признаки истощаемости по гипостеническому типу. Наблюдаются выраженные нарушения памяти – на фоне сохранного объема кратковременного запоминания (5 слов) через 25 минут воспроизводит только два. При этом воспроизведение сопровождается псевдореминисценциями и конфабуляциями

Определите тип изменения познавательной деятельности, выявите ведущее нарушение.

Ситуационная задача 4. Больная М. 19 лет, поступила в клинику кожных болезней с обострением нейродермита (кожные высыпания на руках и на лице). Перед госпитализацией не выходила на улицу, так как полагала, что "все смотрят на нее", смеются над изуродованным лицом.

При осмотре: сознание не помрачено, фиксирована на изменении внешности, заявляет, что "стала уродиной". Полагает, что другие больные считают её "заразной". В процессе беседы суждения больной поддаются коррекции, соглашается с тем, что в процессе лечения количество высыпаний уменьшилось. Ищет сочувствия, просит о помощи.

Дайте квалификацию состоянию больного, определите необходимость и тактику психотерапевтического вмешательства.

Ситуационная задача 5. Пациент Г., 40 лет. В детстве отличался лживостью, неровными успехами в учебе, являясь единственным ребенком, был опекаем, но постоянно ускользал от родительского контроля. Первые уходы из школы и дома были зафиксированы уже в возрасте 10 лет. На наказания никак не реагировал. Стал воровать деньги у родителей и на них покупал алкоголь. С криминальными компаниями познакомился в 12 лет. Благодаря социальному положению родителей окончил среднюю школу и был определен в школу милиции. Однако ее не окончил в связи с тем, что приходил на занятия в нетрезвом состоянии. Упреки родителей и воспитательные меры ни к чему не приводили. Дважды был судим за кражи, но по возвращении из заключений никаких выводов не сделал. Для того чтобы получить деньги, которые проигрывал в казино, распускал слух о смерти отца и собирал деньги на его похороны, под гарантии его имени занимал значительные суммы. Последние годы не имеет определенного места жительства и занимается воровством цветных металлов и сбором пустых бутылок на свалках. При беседе безмятежно уверяет, что такой образ жизни ему нравится, и обвиняет родителей в том, что они не помогают ему материально.

Дайте квалификацию состоянию больного, определите необходимость и тактику психотерапевтического вмешательства.

Ситуационная задача 6.

Испытуемый предъявляет жалобы на пониженное настроение, трудности сосредоточения, субъективное ощущение пустоты в голове, тягостное отсутствие мыслей - потерю мыслей, нежелание что-либо делать. Считает себя «плохим», не заслуживающим счастья, так как был несправедлив к родным, агрессивен, жесток. Отмечает утрату интереса к жизни, кроме витальных потребностей. При этом речь мало модулирована, лицо гипомимично, отсутствуют адекватные эмоциональные реакции. Критика к состоянию формальная. При исследовании познавательных процессов выявлено: в мышлении – при исследовании методикой классификации отмечается сохранность уровня обобщения и отвлечения, замедлен темп ассоциаций, мышление отличается уменьшением количества представлений, оно малоподвижно, инертно. В своих рассуждениях больной медлителен, испытывает затруднения в формировании словесного отчета о ходе мыслей – суждения нечеткие, расплывчатые. При исследовании личностных особенностей по ММРІ код профиля 721 с повышением шкал за пределы нормативных значений.

Какие симптомы описаны и к какому патопсихологическому синдрому относятся перечисленные особенности протекания мыслительной деятельности у данного испытуемого? При каких психических расстройствах может наблюдаться такая клиническая картина?

Ситуационная задача 7.

Пациент Г., 32 года. С детства отличается замкнутым характером. Друзей никогда не было. В школе успехи неровные, имел отличные успехи по физике и математике и удовлетворительные по литературе, не мог выучить ни одного стихотворения, поскольку не понимал их смысл. Был источником всеобщих насмешек, так как ходил в одном пальто много лет и давно из него вырос. Отказывался от совместных праздников, на которых ему было скучно. Воспитывался требовательной, гиперпротективной матерью, для которой был единственной отрадой. После окончания педагогического университета стал работать учителем физики. Женился в возрасте 30 лет, однако считал, что половая жизнь необходима только для рождения детей. Намерен «завести» ребенка лет через 10. Дома поселился в отдельной комнатке, которую завалил сломанной радио- и электронной аппаратурой. По уверениям жены не способен забить гвоздь. На работе характеризуется как блеклый, но надежный работник. В период болезни жены и ее пребывания в больнице даже не посещал ее, так как считал, что ничем ей помочь не может. Требования жены к проведению ремонта привели его в уныние и стали мешать его работе, поскольку никак не мог собраться. В результате конфликта ушел к матери, которая предоставила ему полную свободу действий. Однако, поскольку она жила далеко от работы, вынужден ее был бросить, так как постоянно опаздывал. Мышление витиеватое, резонерское, аутистическое. Имеет свои представления обо всем, совершенно не интересуется социальной действительностью, о которой следит только по курсу доллара.

Проанализируйте патологию личности Г. с позиций синдромного анализа. Каковы индивидуально-психологические особенности Г.? Каков психологический анамнез данной патологии? Предложите стратегию психотерапевтического сопровождения.

Ситуационная задача 8. Больной К. 45 лет. Психически болен в течении 25 лет. В последнее время постепенно потерял способность отличать главное от второстепенного, все ему кажется важным, вследствие чего вязнет в мелочах, с трудом переключается с одной темы на другую. Мышление детализированное, оскудевает словарный запас. Склонен к использованию уменьшительно-ласкательных слов.

Предположительный диагноз – эпилепсия,

Проанализируйте патологию личности Г. с позиций синдромного анализа. Каковы индивидуально-психологические особенности Г.? Каков психологический анамнез данной патологии? Предложите стратегию психотерапевтического сопровождения.

Критерии оценивания ситуационных задач.

Ситуационные задачи применяются для текущего контроля знаний обучающихся. Оценка за решение задачи ставится в баллах (от 5 до 10 баллов) в соответствии со следующими критериями.

10 баллов – ответ на вопросы задачи дан правильно. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (привлекаются дополнительные теоретические источники); ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. Предлагаются варианты решения задачи

9 баллов – ответ на вопросы задачи дан правильно. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в основном из лекционного курса); ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. Варианты решения задачи не предлагаются или предлагаются по одному алгоритму

8 баллов – ответ на вопросы задачи дан правильно. Объяснение хода ее решения не в полной мере подробное, отмечается незначительное нарушение логики или последовательности объяснения решения задачи, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в том числе из лекционного материала); ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. Может предложить варианты решения задачи, но по одному алгоритму или с незначительными изменениями основного алгоритма

7 баллов - ответ на вопросы задачи дан в основном правильно. Объяснение хода ее решения недостаточно подробное, недостаточно логичное, с некоторыми ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в том числе из лекционного материала); ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.

6 баллов - ответ на вопросы задачи дан в основном правильно. Объяснение хода ее решения краткое, недостаточно логичное, с некоторыми ошибками в деталях, затруднениями в теоретическом обосновании (в том числе из лекционного материала); ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. Варианты решения отсутствуют или предлагаются схожие с уже имеющимся вариантом решения

5 баллов - ответ на вопросы задачи дан в основном правильно. Объяснение хода ее решения сжатое, недостаточно логичное, с ошибками в деталях, затруднениями в теоретическом обосновании (в том числе из лекционного материала); ответы на дополнительные вопросы верные в основном. Варианты решения отсутствуют

0 баллов – ответы на вопросы задачи даны неправильно. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования; ответы на дополнительные вопросы неправильные (отсутствуют).

5. Устные ответы на занятии

Примеры вопросов, ДЕ 11 - Патопсихологический синдром как основа квалификации нарушений психики в патопсихологии.

1. Раскройте сущность термина патопсихологического синдрома.
2. Как возможно отразить проявления патогенеза болезни, последовательности ее этапов через выявление синдромов и их динамики?
3. Охарактеризуйте различные подходы к проблеме нозологической специфичности или типичности патопсихологических синдромов.
4. Каковы современные представления о синдромообразующем факторе в патопсихологии?
5. Первичные и вторичные нарушения в структуре синдрома; каковы сложности их дифференциации в патопсихологии, в чем особая важность их различия для решения задач психологической коррекции и реабилитации больных.

Критерии оценивания устного ответа на практическом занятии.

Развернутый ответ обучающегося должен представлять собой связное, логически последовательное сообщение на заданную тему, показывать его умение применять определения, правила в конкретных случаях.

Критерии оценивания:

- 1) полноту и правильность ответа;
- 2) степень осознанности, понимания изученного;
- 3) языковое оформление ответа.

5 баллов ставится, если:

- 1) студент полно излагает материал, дает правильное определение основных понятий;
- 2) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только из учебника, но и самостоятельно составленные;
- 3) излагает материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка.

4 балла – студент дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для отметки «5», но допускает 1–2 ошибки, которые сам же исправляет, и 1–2 недочета в последовательности и языковом оформлении излагаемого.

3 балла – студент обнаруживает знание и понимание основных положений данной темы, но:

- 1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил;
- 2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры;
- 3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки в языковом оформлении излагаемого.

0 баллов ставится, если студент обнаруживает незнание большей части соответствующего вопроса, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал. Оценка «2» отмечает такие недостатки в подготовке, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.

6. Внеаудиторная самостоятельная работа обучающихся.

Тематические презентации.

Тематические презентации относятся к индивидуальным заданиям, которые рассматриваются как вид самостоятельной работы.

К выполнению тематических презентаций предъявляются следующие требования: индивидуальное задание должно быть выполнено самостоятельно как собственное рассуждение автора на основе информации, полученной из различных источников;

содержание индивидуального задания должно быть изложено от имени автора;

в презентации должны быть приведены данные об исследованиях в данной области с указанием авторов исследований, года публикации материалов, на которые даются ссылки;

цель и задачи должны быть четкими и отображать суть исследуемой проблемы;

содержимое индивидуального задания должно соответствовать теме задания и отображать состояния проблемы, степень раскрытия сути проблемы в работе должна быть приемлемой;

при разработке индивидуального задания должны быть использованы несколько различных источников;

работа должна содержать обобщенные выводы и рекомендации.

Выбор темы: тема обычно выбирается из общего списка самостоятельно и согласовывается с преподавателем. При работе рекомендуется использовать не менее 4-5 источников.

Процесс работы лучше разбить на следующие этапы:

1. Определить и выделить проблему.
2. На основе первоисточников самостоятельно изучить проблему.
3. Провести обзор выбранной литературы.
4. Логично изложить материал.

Структура презентации:

1-й слайд – титульный лист – тема, автор, логотип;

2-й слайд – содержание презентации;

3-й слайд – цель и задачи презентации;

4-й слайд – список литературы по теме

5-й и последующие слайды – тест по теме презентации;

предзавершающий слайд – общий вывод.

завершающий слайд – список используемых источников

Должны быть соблюдены основные правила цитирования и авторские права!!! (обязательно указание первоисточников материалов: откуда взяты иллюстрации, звуки, тексты, ссылки; кроме интернет-ссылок указываются и печатные издания)

Виды слайдов

Для обеспечения наглядности следует использовать разные способы размещения информации и разные виды слайдов:

с текстом

с иллюстрациями;

с таблицами;

с диаграммами;

с анимацией (если уместно).

Шрифт

Текст должен быть хорошо виден

- Размер шрифта должен быть максимально крупным на слайде! Самый «мелкий» для презентации – шрифт 24 пт (для текста) и 40 пт (для заголовков).

Лучше использовать шрифты без засечек, такие как **Arial, Verdana, Tahoma, Comic Sans MS**

- Интервал между строк – полуторный.

Стиль шрифта для всей презентации – ЕДИНЫЙ.

Расположение информации на странице

Проще считывать информацию, расположенную горизонтально (не вертикально).

Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана.

Форматировать текст следует по ширине страницы.

Уровень запоминания информации зависит от её расположения на экране.

Содержание информации

При подготовке текста презентации в обязательном порядке необходимо соблюдать правила Российской Федерации о правописании, пунктуации, стилистики и общепринятые правила оформления текста (отсутствие точки в заголовках и т.д.); сокращения (ГОСТ).

Форма представления информации должна соответствовать уровню знаний аудитории, для которых демонстрируется презентация.

В презентациях точка в заголовках не ставится

Объем информации

Недопустимо заполнять один слайд слишком большим объемом информации

Ключевые пункты отображаются по одному (максимум 3) на каждом отдельном слайде.

Размещать много мелкого текста на слайде недопустимо!

Способы выделения информации

Следует **наглядно** размещать информацию: применять рамки, границы, заливку, разные цвета шрифтов, штриховку, стрелки.

Для привлечения особого внимания к фрагментам текста можно использовать рисунки, диаграммы, схемы, таблицы, выделять опорные слова.

Нельзя перегружать слайды, размещать сплошной текст.

Использование списков

Списки из большого числа пунктов не приветствуются. Лучше использовать списки по 3-7 пунктов.

Большие списки и таблицы разбивать на 2 слайда.

Важно грамотное сочетание цвета в презентации!

На одном слайде рекомендуется использовать *не более трех цветов*: один для фона, один для заголовков, один для текста.

Текст должен быть хорошо виден на любом экране! Поэтому для фона и текста рекомендуется использовать контрастные цвета.

Для фона лучше выбирать более холодные темные тона (предпочтительнее) со светлым шрифтом или светлый фон и темные надписи.

Следует учитывать, что презентация отображается по-разному на экране монитора и через проектор (цветовая гамма через проектор искажается, будет выглядеть темнее и менее контрастно)

Размещение изображений и фотографий

В презентации можно размещать только оптимизированные (уменьшенные) изображения.

Иллюстрации располагаются на слайдах так, чтобы слева, справа, сверху, снизу от края слайда оставались неширокие свободные поля.

Перед демонстрацией **ОБЯЗАТЕЛЬНО** проверять, насколько четко просматриваются изображения.

Плохой считается презентация, которая:

- медленно загружается и имеет большой размер,
- фотографии и картинки растянуты и имеют нечеткие изображения,
- картинки отвлекают внимание от содержания.

Анимационные эффекты

Анимация не должна быть навязчивой!

Не допускается использование *побуквенной* анимации и вращения, а также использование более 3 анимационных эффектов на одном слайде.

Не рекомендуется применять эффекты анимации к заголовкам, особенно такие, как «Вращение», «Спираль» и т.п.

При использовании анимации следует помнить *недопустимости* пересечения вновь появляющегося объекта с элементами уже присутствующих объектов на экране.

В информационных слайдах анимация объектов допускается только в случае, если это необходимо для отражения изменений и если очередность появления анимированных объектов соответствует структуре презентации и теме выступления.

Исключения составляют специально созданные, динамические презентации.

Звук

Не допускается сопровождение появления текста звуковыми эффектами из стандартного набора звуков PowerPoint.

Музыка должна быть ненавязчивая, её выбор оправдан!

Звуковое сопровождение слайдов рекомендуется только в случае необходимости. Этого же правила рекомендуется придерживаться при использовании анимационных эффектов.

Примерные темы презентаций

1. Место патопсихологии в области реабилитации и психологической коррекции болезни больных.
2. Исторические предпосылки патопсихологии.
3. Ученые-патопсихологи в годы Великой отечественной войны.
4. Понимание психического здоровья в современной медицинской психологии.
5. Патология и одаренность.
6. Виды нарушений восприятия при различных психических заболеваниях.
7. Амнезии их разновидности.
8. Взаимосвязь нарушений памяти с патологией мышления.
9. Связь речевых нарушений с расстройствами мышления и патологией личности.
10. Изменение качественных характеристик внимания при психической патологии.
11. Патология умственной работоспособности.
12. Виды нарушений сознания и самосознания.
13. Проблема патологии общения.
14. Формы патологических изменений эмоциональной сферы.
15. Нарушения иерархии строения мотивов.
16. Патология произвольных движений.
17. Нарушения двигательной сферы при расстройствах сознания.
18. Виды речевых расстройств и их влияние на течение психических процессов.
19. Проявления неадекватности и нескритичности поведения.

Критерии оценивания тематической презентации как индивидуального задания для самостоятельной работы

№	Критерий	Баллы
1	Полнота раскрытия темы. Структуризация информации. Логика изложения материала	1 - 2
2	Применимость содержания презентации для выбранной целевой аудитории. Наглядность представленной информации. Оригинальность оформления презентации.	1 - 2

3	Соотношение текста и изображений Единый стиль презентации (шрифты, цвета, шаблон, другие элементы). Все элементы презентации легко читаются, хорошо видны	1 - 2
4	Отсутствие грамматических, орфографических и речевых ошибок; Отсутствие фактических ошибок, достоверность представленной информации	1 - 2
5	Наличие и правильность оформления обязательных слайдов (титульный, , список источников, содержание, выводы)	1 - 2
	Итого	5 - 10

Критерии оценивания публичной (устной) тематической презентации

№	Критерий	Баллы
1	Полнота раскрытия темы	1 - 2
2	Четкость изложения материала	1 - 2
3	Опора на теоретический материал	1 - 2
4	Ответы на дополнительные вопросы	1 - 2
5	Грамотность изложения (отсутствие речевых ошибок, неточности формулировок и т.д.)	1 - 2
	Итого	5 - 10

7. Технологии оценивания

Учебные достижения обучающихся в рамках изучения дисциплины оцениваются в соответствии с Методикой балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине.

№	Наименование	Количество баллов (min.)	Количество баллов (max.)
1	Активность/результативность на занятиях: - аудиторная работа (устные ответы) - решение ситуационных задач	6 10	10 30
	Рубежный тестовый контроль № 1 (70% выполнения тестовых заданий)	7	10
3	Рубежный тестовый контроль № 2 (70% выполнения тестовых заданий)	7	10
4	Внеаудиторная самостоятельная работа - разработка мультимедийной презентации	10	20
	ИТОГО	40	80
	Экзамен	10	20
	Премияльные баллы: - публикация статьи/тезисов по предмету учебной дисциплины	–	10
	ВСЕГО за дисциплину	50	100

8. Критерии оценки

Допуск к экзамену осуществляется при наличии 40 баллов и выполнения всех контрольных точек, заложенных в методике балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся.

Экзамен проходит в устной форме и оценивается min 10 баллов, max 20 баллов.

10 баллов – неполные ответы на вопросы для экзамена; неполные ответы на дополнительные вопросы преподавателя; неумение обосновывать ответы.

15 баллов – полные и правильные ответы на вопросы для экзамена; правильные, но неполные ответы на дополнительные вопросы преподавателя.

20 баллов – полные и правильные ответы на вопросы для экзамена; умение обосновывать свои ответы; полные и правильные ответы на дополнительные вопросы преподавателя.

Итоговый рейтинг обучающегося по учебной дисциплине определяется в результате суммирования рейтинговых баллов, набранных обучающимся в течение семестра по результатам текущего контроля, и рейтинговых баллов, полученных по результатам аттестационного контроля.

Для перевода итогового рейтинга обучающегося по дисциплине в аттестационную оценку вводится следующая шкала:

Традиционная четырехбалльная система оценки	Неудовлетворительно	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично
Итоговый рейтинг студента по дисциплине, рейтинговые баллы	49 и менее	50 - 69	70 - 84	85 - 100

Полученные обучающимся, аттестационная оценка и итоговый рейтинг по дисциплине, выставляются в зачётную книжку студента и ведомость.

Баллы в итоговых ведомостях проставляются в виде целого числового значения.