федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Клиническая психология в геронтологии и гериатрии

по направлению специальности

37.05.01 Клиническая психология

по специализации "Патопсихологическая диагностика и психотерапия"

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 37.05.01 Клиническая психология,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № \_\_2\_\_\_\_\_\_\_ от «\_28\_\_» \_октября\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2016\_\_\_

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме \_\_\_\_\_\_\_зачета

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ОК-1 способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

ПК-1 готовностью разрабатывать дизайн психологического исследования, формулировать проблемы и гипотезы, планировать и проводить эмпирические исследования, анализировать и обобщать полученные данные в виде научных статей и докладов

ПК-7 готовностью и способностью осуществлять психологическое консультирование населения в целях психопрофилактики, сохранения и улучшения психического и физического здоровья, формирования здорового образа жизни, а также личностного развития

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль №1** Клиническая психология в геронтологии

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

**Тема 1.** Проблемы геронтологии.

**Вопросы для рассмотрения:**

1. Период старения и старости (геронтогенез).
2. Системные механизмы старения.
3. Гетеротопность, гетерохронность, гетерокинетичность.
4. Фазы и законы геронтогенеза.
5. Социальная детерминированность старения человека.
6. Типология старения.
7. Социально-психологические типы старости.
8. Танатогенез и культура умирания.
9. Страх смерти.
10. Этапы умирания (классификация Кюблер-Росс).
11. Добровольный уход из жизни.

Самостоятельная работа студентов под контролем преподавателя

Задание 1.

А) Охарактеризуйте психологические особенности лиц позднего возраста.

Б) Дайте определение понятиям геронтология, гериатрия.

Задание 2.

А) Выпишите в тетрадь основные понятия темы.

Б) Проследите взаимосвязь понятий «поздний возраст», «геронтология», «геронтогенез» и «танатогенез». Как аргументировать ее при помощи схемы?

*Форма отчета:* схема с пояснениями.

Задание 3. Исследование психологических свойств и состояний личности.

Средства для выполнения задачи: методика Айзенка.

Личностный опросник

(адаптированный вариант методики Айзенка)

Э Н Л

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.Нравится ли вам суета и оживление вокруг вас? | Да | Нет |
| 2.Часто ли у вас бывает беспокойное чувство, что вам чего-то хочется, а вы не знаете чего? |  |  |
| 3.Вы из тех людей, которые не лезут за словом в карман? |  |  |
| 4.Чувствуете ли вы себя иногда счастливым, а иногда печальным без какой-либо причины? |  |  |
| 5.держитесь ли вы обычно в тени на вечеринках или в компании? |  |  |
| 6.Всегда ли в детстве вы делали немедленно и безропотно то, что вам приказывали? |  |  |
| 7.Бывает ли у вас иногда дурное настроение? |  |  |
| 8.Когда вас втягивают в ссору, предпочитаете ли вы отмолчаться, надеясь, что все обойдется? |  |  |
| 9.Легко ли вы поддаетесь переменам настроения? |  |  |
| 10.Нравится ли вам находиться среди людей? |  |  |
| 11.Часто ли вы теряли сон из-за своих тревог? |  |  |
| 12.Упрямитесь ли вы иногда? |  |  |
| 13.Могли бы вы назвать себя беспечным? |  |  |
| 14.Часто ли вам приходят хорошие мысли слишком поздно? |  |  |
| 15.Предпочитаете ли вы работать в одиночестве? |  |  |
| 16.Часто ли вы чувствуете себя апатичным и усталым без серьезной причины? |  |  |
| 17.Вы по натуре живой человек? |  |  |
| 18.Смеетесь ли вы иногда неприличным шуткам? |  |  |
| 19.Часто ли вам что-то так надоедает, что вы чувствуете себя «сытым по горло»? |  |  |
| 20.Чувствуете ли вы себя неловко в какой-либо иной одежде, кроме повседневной? |  |  |
| 21.Часто ли ваши мысли отвлекаются, когда вы пытаетесь сосредоточить на чем-то свое внимание? |  |  |
| 22.Можете ли вы быстро выразить ваши мысли словами? |  |  |
| 23.Часто ли вы бываете погружены в свои мысли? |  |  |
| 24.Полностью ли вы свободны от всяких предрассудков? |  |  |
| 25.Нравятся ли вам «первоапрельские шутки»? |  |  |
| 26.Часто ли вы думаете о своей работе? |  |  |
| 27.Очень ли вы любите вкусно поесть? |  |  |
| 28.Нуждатесь ли вы в дружески расположенном человеке, чтобы выговориться, когда вы раздражены? |  |  |
| 29.Очень ли вам неприятно брать взаймы или продавать что-нибудь, когда вы нуждаетесь в деньгах? |  |  |
| 30.Иногда вы немного хвастаетесь? |  |  |
| 31.Очень ли вы чувствительны к некоторым вещам? |  |  |
| 32.Предпочли бы вы остаться в одиночестве дома, чем пойти на скучную вечеринку? |  |  |
| 33.Бываете ли вы иногда так беспокойны, что не можете долго усидеть на месте? |  |  |
| 34.Склонны ли вы планировать свои дела тщательно и раньше, чем следовало бы? |  |  |
| 35.Бывают ли у вас головокружения? |  |  |
| 36.Всегда ли вы отвечаете на письма сразу после прочтения? |  |  |
| 37.Справлятесь ли вы с делом лучше, обдумав его самостоятельно, а не обсуждая с другим? |  |  |
| 38.Бывает ли у вас когда-либо одышка, даже если вы не делали никакой тяжелой работы? |  |  |
| 39.Можно ли сказать, что вы человек, которого не волнует, чтобы все было именно так, «как нужно»? |  |  |
| 40.Беспокоят ли вас ваши нервы? |  |  |
| 41.Предпочитаете ли вы больше строить планы, чем действовать? |  |  |
| 42.Откладываете ли вы иногда на завтра то, что должны сделать сегодня? |  |  |
| 43.Нервничате ли вы в местах, подобных лифту, метро, туннелю? |  |  |
| 44.При знакомстве вы обычно первым проявляете инициативу? |  |  |
| 45.Бываеют ли у вас сильные головные боли? |  |  |
| 46.Считаете ли вы обычно, что само собой уладится и придет в норму? |  |  |
| 47.Трудно ли вам заснуть ночью? |  |  |
| 48.Лгали ли вы когда-нибудь в своей жизни? |  |  |
| 49.Говорите ли вы иногда первое, что придет в голову? |  |  |
| 50.Долго ли вы переживаете после случившегося конфуза? |  |  |
| 51.Замкнуты ли вы обычно со всеми, кроме близких друзей? |  |  |
| 52.Часто ли с вами случаются неприятности? |  |  |
| 53.Любите ли вы шутить и рассказывать забавные истории вашим друзьям? |  |  |
| 54.Предпочитаете ли вы больше выигрывать, чем проигрывать? |  |  |
| 55.Часто ли вы чувствуете себя неловко в обществе людей выше вас по положению? |  |  |
| 56.Когда обстоятельства против вас, обычно вы думаете, тем не менее, что стоит еще что-либо предпринять? |  |  |
| 57.Часто ли у вас «сосет под ложечкой» перед важным делом? |  |  |

НЕСТАБИЛЬНЫЙ

|  |  |
| --- | --- |
| легко расстраивающийся  тревожный  ригидный  склонный к рассуждениям  пессимистичный  сдержанный  необщительный  тихий  **Меланхолик**  ИНТРОВЕРТИРОВАННЫЙ  **Флегматик** | чувствительный  беспокойный  агрессивный  возбудимый  изменчивый, непостоянный  импульсивный  оптимистичный  активный  **Холерик**  ЭКСТРАВЕРТИРОВАННЫЙ  **Сангвиник** |
| пассивный  осмотрительный  рассудительный, благоразумный  доброжелательный, миролюбивый  управляемый, контролируемый  внушающий доверие, надежный  ровный  спокойный | общительный  контактный  разговорчивый  отзывчивый  непринужденный  жизнерадостный  не склонный к беспокойству  склонный к лидерству |

СТАБИЛЬНЫЙ

Самоконтроль: проверка и коррекция друг друга при обсуждении полученных данных.

**Тестовые задания для самоконтроля:**

Задание 1.Что определило возникновение геронтологии как науки? Отметьте правильный ответ:

1. объективная потребность в подготовке человека к жизни в старости и смерти;
2. забота о лицах пожилого и старческого возраста;
3. биологический закон старения;
4. прогресс науки и техники;
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ваш вариант ответа)

Задание 2. Установите иерархию следующих определений клинической психологии в геронтологии, начиная с самого общего и кончая самым частным. Проставьте соответствующие цифры напротив определений:

1. геронтология — раздел медико-биологической науки, изучающий явления старения живых организмов, в том числе и человека. Составными частями геронтологии являются гериатрия — учение об особенностях болезней старческого организма, герогигиена — учение о гигиене людей старших возрастных групп, и геронтопсихология. Развитие геронтологии обусловлено существенными изменениями в продолжительности жизни человека;
2. геронтология — наука о позднем возрасте;
3. геронтология — часть общественной культуры;
4. геронтология — наука об особенностях старческого организма;
5. геронтология — наука о проблемах пожилых людей.

**Проблемно-ситуационная задача:**

Больная П., 80 лет с переломом шейки бедренной кости. Сестра, докладывая о ней врачу, в присутствии больной заканчивает свою речь словами: «Последний такой случай был у нас пять лет назад, бедная тетя Н. так и умерла, на этой же вот кровати». Больная, услышав эти слова, начинает плакать, в страхе против всего протестует, в том числе и против перевода в хирургическое отделение. Услышанное повысило угнетенность больной, ее неактивность, депрессию.

*Вопросы*:

1) Ваши действия непосредственно в данной ситуации и в последующем?

2) Роль клинического психолога в работе с пациентами?

**Темы рефератов:**

1. Фазы и законы геронтогенеза.
2. Типологии старения.
3. Личностные особенности стареющего человека.
4. Танатогенез
5. Понятие о геронтологии и геронтогенезе.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Проверка преподавателем заданий. Проверка рефератов.

**Тема 2.** Общевозрастные тенденции и индивидуальные различия пожилых людей. Когнитивные особенности. Аффективная сфера. Мотивационная сфера в поздневозрастном аспекте.

**Вопросы для рассмотрения:**

1. Общевозрастные тенденции и индивидуальные различия пожилых людей.
2. Когнитивные особенности в позднем возрасте.
3. Особенности аффективной сферы в позднем возрасте.
4. Мотивационная сфера в поздневозрастном аспекте.
5. Динамика психофизических функций.
6. Изменения памяти.
7. Особенности мышления.
8. Мудрость.
9. Старение и специфические изменения эмоциональной сферы.
10. Основные типы приспособления к старости.
11. Смерть. Эмоциональное воздействие.
12. Смена мотивов. Выход на пенсию.
13. Возрастная динамика развития мотивов в период поздней взрослости и старости.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости.**

**Вопросы для самостоятельного изучения к практическому занятию.**

1. Значение понимания психологии пожилого человека в развитии клинического психолога.
2. Деонтологические принципы в работе клинического психолога.
3. Особенности работы клинического психолога с больными позднего возраста.

**Практические задания:**

Задание 1. Определение уровня тревожности с помощью шкалы тревожности Спилбергера.

Средства для выполнения задачи:

**Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI)**

**Шкала тревоги Спилбергера**(State-Trait Anxiety Inventory - STAI) - является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Разработана Спилбергером Ч.Д.и адаптирована Ханиным Ю.Л..

**Инструкция**. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

**Шкала ситуативной тревожности**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№пп** | **Суждение** | **Никогда** | **Почти никогда** | **Часто** | **Почти всегда** |
| **1** | Я спокоен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **2** | Мне ничто не угрожает | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **3** | Я нахожусь в напряжении | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **4** | Я внутренне скован | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **5** | Я чувствую себя свободно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **6** | Я расстроен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **7** | Меня волнуют возможные неудачи | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **8** | Я ощущаю душевный покой | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **9** | Я встревожен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **10** | Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **11** | Я уверен в себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **12** | Я нервничаю | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **13** | Я не нахожу себе места | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **14** | Я взвинчен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **15** | Я не чувствую скованности, напряжения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **16** | Я доволен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **17** | Я озабочен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **18** | Я слишком возбужден и мне не по себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **19** | Мне радостно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **20** | Мне приятно | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Шкала личной тревожности**

**Инструкция**. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№пп** | **Суждение** | **Никогда** | **Почти никогда** | **Часто** | **Почти всегда** |
| **21** | У меня бывает приподнятое настроение | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **22** | Я бываю раздражительным | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **23** | Я легко расстраиваюсь | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **24** | Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **25** | Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **26** | Я чувствую прилив сил и желание работать | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **27** | Я спокоен, хладнокровен и собран | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **28** | Меня тревожат возможные трудности | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **29** | Я слишком переживаю из-за пустяков | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **30** | Я бываю вполне счастлив | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **31** | Я все принимаю близко к сердцу | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **32** | Мне не хватает уверенности в себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **33** | Я чувствую себя беззащитным | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **34** | Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **35** | У меня бывает хандра | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **36** | Я бываю доволен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **37** | Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **38** | Бывает, что я чувствую себя неудачником | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **39** | Я уравновешенный человек | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **40** | Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Интерпретация результатов**

При анализе результатов самооценки надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной).

Уровень реактивной тревожности вычисляется по формуле:

**Тр = Ерп - Еро + 50**, где:

**Тр** - показатель реактивной тревожности;

**Ерп** - сумма баллов по прямым вопросам (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18);

**Еро** - сумма баллов по обратным вопросам (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19,20).

Для исчисления уровня личностной тревожности применяется формула:

**Тл = Елп - Ело + 35**, где:

**Тл** - показатель личностной тревожности;

**Елп** - сумма баллов по прямым вопросам (22, 23, 24, 25, 28,29,31,32,34,35,37,38,40);

**Ело** - сумма баллов по обратным вопросам (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

* до 30 баллов – низкая,
* 31 - 44 балла - умеренная;
* 45 и более - высокая.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадачам.

Для низкотревожных людей, напротив, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

Состояние **реактивной (ситуационной) тревоги** возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Естественно, это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной подшкале позволяет оценить не только уровень актуальной тревоги испытуемого, но и определить, находится ли он под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него.

**Личностная тревожность** представляет собой конституциональную черту, обусловливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на субъекта и вызывать у него выраженную тревогу. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Сопоставление результатов по обеим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для испытуемого. Шкала Спилбергера в силу своей относительной простоты и эффективности широко применяется в клинике с различными целями: определение выраженности тревожных переживаний, оценка состояния в динамике и др.

Задание 2. Продолжите фразу:

Динамика психических функций — это\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Мудрость — это\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Физическое здоровье — это\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Задание 3. Представьте анализ высказываний ученых по проблеме старости:

- «Старость не приносит мудрости, она лишь позволяет видеть дальше: как вперед, так и назад. И очень грустно бывает оглядываться на искушения, которым вовремя не поддался» (Р. Хайнлайн);

- «Человек стареет не тогда, когда он доживает до старости, а когда перестает быть ребенком» (В. Распутин);

- «Не следует тащить за собой в старость ошибки юности: у старости свои пороки» (И. Гете.)

Задание 4. Решите практическую задачу:

Вас пригласили в палату, где находятся больные с патологией желудочно-кишечного тракта. После прохождения одним из пациентов инструментального обследования, связанного с введением в желудок резинового зонда и его рассказов о том, как это неприятно, вся палата отказывается от этого обследования.

*Вопросы:*

1)Дайте психологическую оценку возникшей ситуации.

2)Какова роль клинического психолога в работе с пациентами в данной ситуации?

Контроль преподавателя: проверка заданий.

**Тема 3.** **Личность пожилого человека. Особенности Я-концепции. Поведенческие особенности в поздневозрастном аспекте.**

**Вопросы для рассмотрения:**

1. Личность пожилого человека.
2. Влияние социальных стереотипов на Я-концепцию.
3. Я-концепция поздней взрослости как совокупность установок на себя.
4. Теории «относительности» старения.
5. Концепция Э.Эриксона.
6. Специфика Я-образа на этапе старения.
7. Определяющее условие развития Я-концепции в старости.
8. Адаптивное (продуктивное) старение.
9. Неадаптивый процесс старения.
10. Факторы, определяющие поведение человека.
11. Снижение психофизических возможностей.
12. Половые особенности.
13. Индивидуальные особенности человека и тип личности.
14. Теория «разобществления».
15. Материальное благосостояние.
16. Утрата близких и одиночество.
17. Сознание конечности собственного существования.
18. Взаимодействие человека с физическим миром.
19. Сужение жизненного пространства.
20. Творческая деятельность.
21. Взаимодействие с предметами.
22. Социальное поведение.
23. Поведение в семье.
24. Религиозность.

**Задания для самостоятельной работы**

Задание 1.

1. Охарактеризуйте особенности типа личности пожилого человека.
2. Дайте определение понятия «социальное поведение».
3. Охарактеризуйте понятие «взаимодействие человека с физическим миром».

Задание 2.

1. Выпишите в тетрадь основные понятия темы.
2. Заполните таблицу «Адаптивное и неадаптивное старение»

Таблица 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Компоненты | Компоненты адаптивного (продуктивного) старения | Компоненты неадаптивного старения |
| Социально-психологические характеристики личности |  |  |
| Восприятие старости |  |  |
| Физическая активность |  |  |
| Профессиональная активность |  |  |
| Интересы за пределами трудовой деятельности (искусство, прикладное творчество) |  |  |
| Условия и образ жизни |  |  |
| Эмоциональная и социальная изоляция |  |  |

Задание 3.

Проанализируйте отрывки из повести И.А. Бунина «Деревня», выделяя возрастно-психологические особенности главного героя:

- приведите признаки возрастного кризиса героя;

- как предстает прошлое в его воспоминаниях;

- какие переживания характеризуют внутренний мир героя в настоящий момент;

- какие варианты перспективы будущего Тихона Ильича вы можете представить?

«Он жадно хлебал с блюдечка горячий чай, сосал, держа на языке, кусочек сахару. Он рассеянно и подозрительно покосился, хлебая чай, на простенок, на мужика в желтом кафтане, на карточки в рамках из раковин и даже на иерея в муаровой рясе.

«Не до леригии нам, свиньям!»— подумал он и, как бы оправдываясь перед кем- то, грубо прибавил:

Поживи-ка у деревни, — похлебай-ка кислых щей!

Косясь на иерея, он чувствовал, что все сомнительно... даже, кажется, и обычное благоговение его к этому иерею... сомнительно и не продумано. Если подумать хорошенько... Но тут он поспешил перевести взгляд на московский кремль. Срам сказать,— пробормотал он.

В Москве сроду не бывал! Да, не бывал. А почему? Кабаны не велят! То торгашество не пускало, то постоялый двор, то кабак. Теперь вот не пускают жеребец, кабаны. Да что — Москва! В березовый лесишко, что за шоссе, и то десять лет напрасно прособирался. Все надеялся как-нибудь урвать свободный вечерок, захватить с собой ковер, самовар, посидеть на траве, в прохладе, в зелени — да так и не урвал... Как вода меж пальцев, скользят дни, опомниться не успел — пятьдесят стукнуло, вот-вот и конец всему, а давно ли, кажись, без порток бегал? Прямо вчера! Неподвижно смотрели лица из рамок-раковинок. Вот на полу (посреди густой ржи) лежат двое — сам Тихон Ильич и молодой купец Ростовцев — и держат в руках стаканы, ровно до половины налитые темным пивом... Какая дружба завязалась было между Ростовцевым и Тихоном Ильичем! Как запомнился тот серый масленичный день, когда снимались! Но в каком году это было? Куда исчез Ростовцев? Теперь нет даже уверенности, жив он или нет...

Смеркалось, гряды сплошных облаков синели, холодели, дышали зимою. Грязь густела. Спровадив Макарку, Тихон Ильич потопал озябшими ногами по крыльцу и пошел в горницу. Там он, не раздеваясь, сел на стул возле окошка, закурил и опять задумался. Вспомнились лето, бунт, Молодая, брат, жена... и то, что еще до сих пор не платил по квиткам за рабочую пору. Был у него обычай затягивать платежи. Девки и ребята, ходившие к нему на поденщину, по целым дням стояли осенью у его порога, жаловались на самые крайние нужды, раздражались, говорили иногда дерзости. Но он был непреклонен. Он кричал, призывая бога во свидетели, что у него «во всем доме две трынки, хоть обыщи» — и вывертывал карманы, кошелек, в притворном бешенстве плевал, как бы пораженный недоверием, «бессовестностью» просителей... И нехорошим показался ему этот обычай теперь. Беспощадно строг, холоден был он с женой, чужд ей на редкость. И вдруг и это поразило его: боже мой, да ведь он даже понятия не имеет, что она за человек! Чем она жила, что думала, что чувствовала все эти долгие годы, прожитые с ним в непрестанных заботах?

Он кинул папиросу, закурил другую... Ух, и умен эта бестия, Макарка! А раз умен, разве не может он предугадать — кого, что и когда ждет! Его же, Тихона Ильича, ждет непременно что-нибудь скверное. Ведь уже не молоденький! Сколько его сверстников на том свете! А от смерти да старости — спасенья нет. Не спасли бы и дети. И детей бы он не знал, и детям был бы чужой, как чужд он всем близким — и живым и умершим. Народу на свете — как звезд на небе; но так коротка жизнь, так быстро растут, мужают и умирают люди, так мало знают друг друга и так быстро забывают все пережитое, что с ума сойдешь, если вдумаешься хорошенько! Вот он давеча про себя сказал: Мою жизнь описать следует...

А что описывать-то? Нечего. Нечего или не стоит. Ведь он сам почти ничего не помнит из этой жизни. Совсем, например, забыл детство: так, мерещится порой день какой-нибудь летний, какой-нибудь случай, какой-нибудь сверстник... Кошку чью-то опалил однажды — секли. Плетку со свистулькой подарили — и несказанно обрадовали. Пьяный отец подозвал как-то,— ласково, с грустью в голосе:

— Поди ко мне, Тиша, поди, родной! И неожиданно сгреб за волосы... Если б жив был теперь шибай Илья Миронов, Тихон Ильич кормил бы старика из милости и не знал бы, едва замечал его. Ведь было же так с матерью, спроси его теперь: помнишь мать? — и он ответит: помню какую-то гнутую старуху... навоз сушила, печку топила, тайком пила, ворчала... И больше ничего» (Бунин И.А. Деревня.).

**Практическая задача**: Цель задания: научиться выделять в переживаниях пациента содержание его отношения к своим проблемам.

Попросите пожилого пациента нарисовать его проблемы (собрать 5-10 рисунков). Проанализируйте общее и различное в рисунках больных.

Контроль преподавателя: проверка заданий.

**Модуль 2**. Патопсихологическая семиотика позднего возраста.

**Тема 1**. Патопсихологическая семиотика: экзогенно - органический симптомокомплекс в позднем возрасте. Основные нозологии. Исследование больных с экзогенно-органическим поражением головного мозга.

**Вопросы для рассмотрения:**

1. Понятие об экзогенно-органическом симптомокомплексе.
2. Основные нозологии с экзогенно-органическим симптомокомплексом.
3. Психические нарушения после травм черепа.
4. Периоды травматического поражения.
5. Психические нарушения в острый период черепно-мозговой травмы.
6. Психические нарушения в отдаленный период черепно-мозговой травмы.
7. Травматическая церебрастения.
8. Травматическая энцефалопатия.
9. Травматическое слабоумие.
10. Травматическая эпилепсия.
11. Клиника сосудистых психических нарушений.
12. Начальные проявления атеросклероза мозговых артерий.
13. Стадия развернутых проявлений атеросклероза.
14. Атеросклеротическая деменция.
15. Психотические расстройства при сосудистом поражении головного мозга.
16. Соматогенные нарушения психики.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Контроль преподавателя самостоятельной работы студентов

Задание 1.

а) Охарактеризуйте синдромы травматической церебрастении.

б) Опишите клинические особенности интоксикационной энцефалопатии.

Задание 2**.** Выпишите в тетрадь основные понятия темы.

Задание 3. Дайте письменно ответ на вопрос: «Что представляет собой понятие экзогенно-органический симптомокомплекс?».

**Практическая задача:** Исследование больных позднего возраста с экзогенно-органическим поражением головного мозга

Задание 1.

Составьте план психологического заключения исследования больного с экзогенно-органическим поражением головного мозга.

Средства и инструкции для выполнения задачи:

# **Схема написания заключения по данным комплексного психологического обследования**

1. *Заголовок.* Заключение по данным экспериментально психологического обследования Ф. И. О., возраст от (дата).
2. *Вводная часть* (описываются наблюдения экспериментатора, все самое яркое и запоминающееся в поведении исследуемого). Вводная часть включает в себя:
   * а. Описание отношения испытуемого к обследованию.
   * б. Характеристики контакта исследуемый - экспериментатор.
   * в. Описание эмоционального фона испытуемого.
   * г. Описание поведения обследуемого в процессе психологического эксперимента.
   * д. Характеристики мимики, жестов, позы, двигательной активности, речи испытуемого, если это представляет интерес.
   * е. Основные жалобы исследуемого.
   * ж. Оценка продуктивности и эффективности деятельности испытуемого в ходе психологического эксперимента.
3. Цель психологического обследования. *(Целью настоящего обследования явилось получение дополнительных экспериментально - психологических сведений относительно уровня и характера протекания основных психических процессов, исследование эмоционально-поведенческой сферы, а также уточнение особенностей личности для определения актуального психологического статуса обследуемого).*
4. Используемые методики (перечислить).
5. Основная часть. *(В результате проведенного обследования были получены следующие данные:).*
   * *А. Описание когнитивных процессов (внимание, память, мышление).*
   * *Б. Описание интеллекта.*
   * *В. Резюме по пунктам А и Б с постановкой ведущего ППС или отсутствия такового. Даже если все в норме, краткое резюме по познавательным процессам пишем обязательно.*
   * *Г. Исследование личности.*
   * *Д. Психотерапевтическая позиция пациента. Отношение пациента к лечению, врачу, своей болезни.*
6. Заключение: *ППС + тип акцентуации (с какой личностью имеем дело) + рекомендации по психотерапевтическому ведению пациента, опираясь на данные комплексного психологического обследования. Резюме - это самое главное, что удалось выявить, описанное в 2 - 3-х предложениях («Таким образом, на первый план выступает… » или «Таким образом, на фоне… наблюдается…»).*

*Характеристики отношения к обследованию*

*Отношение к обследованию бывает:*

* + - *адекватное*
    - *неадекватное*
    - *формальное*

***Признаки адекватного отношения к обследованию:***

1. *Сформированность мотива экспертизы*

*Признаки сформированности мотива экспертизы:*

* + *А. Адекватность реакций на успех – неудачу;*
  + *Б. Заинтересованность в результатах обследования.*

*Признаки заинтересованности в результатах обследования:*

*а). Прямые вопросы по поводу успеха – неуспеха (Как я справился?);*

*б). Аккуратность;*

*в). Внимательное отношение к заданиям, когда испытуемый задает уточняющие вопросы, старается разобраться в сути каждого задания, уточняет условия эксперимента.*

1. *Отсутствие установочного поведения в течение обследования*
2. *Отсутствие патологических мотивов в поведении*

***Признаки неадекватного отношения к обследованию:***

1. Несформированность мотива экспертизы;
2. Наличие установочного поведения в течение обследования;
3. Наличие патологических мотивов в поведении.

Выделяют 3 основных вида установочного поведения:

* + - Симуляция
    - Аггравация
    - Диссимуляция

**Симуляция** – это намеренное предъявление жалоб на психологические проблемы и трудности, которых в действительности не существует в реальной жизни испытуемого.

**Аггравация** – это сознательное преувеличение значимости реально существующих, но не значительных проблем.

**Диссимуляция** – это сознательное отрицание имеющих место в жизни испытуемого проблем.

Как правило, установочное поведение наблюдается в процессе насильственной экспертизы.

Наличие патологических мотивов в поведении – это неспособность адекватно воспринимать ситуацию экспертизы.

**Признаки формального отношения к обследованию:**

Формальное отношение к обследованию похоже на установочное поведение, но считается адекватным, т.к. является естественной защитной реакцией на попытку несанкционированного внедрения во внутренний мир испытуемого, в мир его личных переживаний, человек таким образом защищает неприкосновенность своей личности.

Формальное отношение – это признак плохого контакта между экспериментатором и исследуемым, когда испытуемый не доверяет психологу, а ситуацию обследования воспринимает, как угрожающую или бессмысленную. В большинстве случаев в формальном отношении испытуемого к обследованию виноват экспериментатор. Чтобы избежать этого, первичная беседа психолога с испытуемым не предполагает выполнения никаких методик и направлена исключительно на установление доверительных отношений и устранение информационного дефицита у пациента по поводу хода и целей психологического обследования. Первыми всегда выполняются патопсихологические методики, т.к. на их результаты формальное отношение испытуемого к обследованию влияет мало, последними, когда исследуемый привык к экспериментатору и между ними установился доверительный контакт и неформальный характер сотрудничества, выполняются проективные методы исследования личности – наиболее чувствительные к формальному отношению.

Формальное отношение к исследованию включает в себя:

* + - Несформированность мотива экспертизы;
    - Незаинтересованность в результатах обследования;
    - Формальное выполнение инструкций;
    - Человек субъективно тяготится ситуацией обследования.

Характеристики контакта

Контакт между экспериментатором и испытуемым бывает:

* + - свободный
    - затрудненный
    - нарушенный
    - формальный

Свободный контакт:

* + - * Испытуемый активно вступает в беседу,
      * Искренне выражает свои эмоции,
      * Откровенно отвечает на поставленные вопросы,
      * Не старается уйти в разговоре от болезненных тем,
      * Открыто обсуждает свои недостатки.

Затрудненный контакт:

* Если у испытуемого имеют место проблемы со слухом или зрением,
* Если испытуемый интеллектуально снижен,

Нарушенный контакт:

- это противопоказание к обследованию

* Патологический негативизм (человек полностью отказывается от выполнения любых заданий и беседы),
* Психотическое состояние,
* Гипоманиакальное состояние (испытуемый эйфоризирован, неадекватен),
* Выраженное депрессивное состояние,
* Уменьшение испытуемым психологической дистанции.

Формальный контакт:

Испытуемый контролирует свои эмоциональные проявления,

Уклоняется от прямых ответов на поставленные вопросы,

Отказывается отвечать на поставленные вопросы,

Держится большой дистанции.

Приемы исследования внимания, памяти, мышления:

*Внимание:*

а) наблюдение в беседе должно выявить, способен ли больной сосредоточиться, что ему говорят и пересказать;

б) последовательное вычитание из 100 по 7 или по 13;

в) перечисление дней недели в обратном порядке.

*Память:*

а) проверка запоминания текущих событий дня, что делал, что ел, кого видел, где был;

б) запоминание нескольких однозначных цифр, простых слов (не менее пяти) – методика 10 слов;

в) прослушивание короткого рассказа или басни с последующей передачей содержания «Осел и ручей», «Плохой сторож».

*Мышление:*

а) оценка высказываний больного об окружающих их людях, об их поступках, умение планировать действия при решении привычных задач;

б) способность к более сложным суждениям и абстрактному мышлению, интерпретация пословиц и метафор;

*При исследовании критики выясняют:*

а) отношение пациента к его болезни в целом;

б) отношение к отдельным жизненным изменениям;

в) критика больного к своему поведению: отметить реакцию больного на собственные неправильные поступки при указании на них, понимание больным отношения к нему окружающих, такие проявления как развязность, бестактность.

Задание 2.

1.Интерпретируйте данные, полученные при исследовании больного.

2.Напишите психологическое заключение.

**Контроль преподавателя:** проверка заданий, психологического заключения.

**Тестовые задания для самоконтроля.**

Тесты первого уровня

а) Тесты на опознание:

1. Бывают ли после коммоции афазии?
2. Характерны ли для острого периода травмы синдромы нарушенного сознания?
3. Возможно ли развитие Корсаковского синдрома через несколько лет после травмы?
4. Относится ли психоорганический синдром к острым состояниям?
5. Являются ли характерным для острых инфекционных психозов расстройство сознания?

б) Тесты на различение:

1. Какие синдромы свойственны церебрастении?

а) утомляемость

б) эйфория

в) раздражительность

г) снижение критики

1. Укажите симптомы атеросклеротической деменции:

а) слабодушие

б) пониженное настроение

в) дисмнезия

г) сохранность чувства болезни

д) бредовые идеи ущерба

Тесты второго уровня

а) На классификацию:

1. Перечислите синдромы органических расстройств при атеросклерозе сосудов головного мозга.
2. Какие симптомы входят в астено-депрессивный синдром?
3. Укажите, для каких состояний характерны симптомы:

Таблица 2

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Дисфория  2. Сумеречное нарушение сознания | а) тоскливо-злобное настроение  б) обстоятельность мышления  в) эгоцентризм  г) автоматические действия  д) дезориентировка  е) последующая амнезия |

а) Тесты на подстановку:

1. Злобно-тоскливое настроение характерно для…
2. Корсаковский синдром возникает в периоде травматической болезни…
3. Колебание и мерцание симптоматики характерны для … заболеваний головного мозга.

**Ситуационно-практические задачи:**

Задача 1. Больная С., 75 лет. Среди родственников психически больных не было. Мать больной в 68 лет умерла от инсульта. Окончила 10 классов, бухгалтерские курсы. Работала бухгалтером, кассиром. С 55 лет на пенсии, но продолжала работать вахтером в гостинице до 62 лет. С 60 лет наблюдались частые колебания артериального давления (до 180-200 мм рт.ст), с того же времени беспокоили головные боли, головокружения, из-за быстрой утомляемости стало тяжело работать, справляться с делами. С 70 лет родственники отмечали у больной снижение памяти: забывала, куда клала вещи, названия предметов, стала обидчивой, раздражалась и плакала по пустякам. В течение последнего года не справляется с подсчетом денег, разучилась готовить пищу, за неделю до поступления в больницу включила дома газ, но не зажгла его.

Во время беседы обнаружились выраженные нарушения памяти: путала даты собственной жизни, ошибалась в определении текущей даты, не смогла запомнить имени лечащего врача. С излишней подробностью сообщала о событиях последней недели. В беседе была мягкой, доброжелательной. Большинство пословиц и метафор объясняла конкретно, смысл отдельных образных выражений переносила на себя. Жаловалась на плохую память, шум в ушах. При этом была слезливой, но быстро успокаивалась.

*Вопросы:*

1. Предположительный диагноз?
2. Роль клинического психолога в работе с пациентом и его родственниками?

Задача 2. На приеме в клинике больная А., 57 лет, в сопровождении родственников. Жалобы родственников на неадекватное поведение больной, отдельные высказывания бредового характера. Анамнез без особенностей. Тяжелых заболеваний, травм, операций в течение жизни не было, алкоголем не злоупотребляла. Разведена, детей не имеет. Проживает с семьей сестры. Имеет средне-специальное образование, в течение всей жизни, до относительно недавнего времени, проработала на электроламповом заводе. Около трех лет назад стала отмечать повышенную утомляемость, слабость, беспричинное снижение настроения, резко снизилась производительность труда, стала допускать брак, была переведена на более простую работу, но вскоре перестала справляться и с ней. Около года не работает. Дома родственники постепенно стали замечать странности в поведении больной: Она стала забывать, где что лежит, однажды забыла выключить электроплиту, что чуть не явилось причиной пожара, свою вину отрицала. Постепенно перестала выходить из дома, дома почти ничего не делала, выглядывая из окон, спрашивала сестру, что это за люди ходят вокруг дома, стала без причины раздражаться, иногда плакать. При осмотре: Соматически удовлетворительна. АД – 130/85 мм.рт.ст., ЧСС – 86/мин. Неврологически: Очаговой симптоматики, менингеальных знаков нет. В беседе не может точно назвать свой возраст, текущую дату, правильно перечислить с кем проживает, не совсем понимает, где находится («вроде какой-то санаторий»). Темп мышления замедлен, интеллектуально-мнестические функции существенно снижены. Больной себя не считает. Говорит, что ей надо немного отдохнуть и она снова сможет выйти на работу.

*Вопросы:*

1. Предположительный диагноз?

2. Какие стадии заболевания существуют?

3. Роль клинического психолога в работе с пациентом и его родственниками?

**Темы рефератов:**

1. Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы.

2.Психоорганический синдром в позднем возрасте, клинические особенности.

3. Травматическая деменция.

Контроль преподавателя осуществляется проверкой заданий, рефератов, психологического заключения

**Тема 2.** Патопсихологическая семиотика: эндогенно - органический симптомокомплекс в позднем возрасте. Исследование больных с эндогенно-органическим поражением головного мозга

**Вопросы для рассмотрения:**

1. 1 Понятие об эндогенно-органическом симптомокомплексе.
2. Основные нозологии с эндогенно-органическим симптомокомплексом: истинная эпилепсия, атрофические процессы (б-нь Пика, Альцгеймера, сенильная деменция).
3. Эпилептический патопсихологический симптомокомплекс.
4. Первичные атрофические процессы головного мозга.
5. Болезнь Пика.
6. Болезнь Альцгеймера.
7. Сенильная деменция.
8. Сочетание сенильной и пресенильных атрофий со склерозом сосудов головного мозга.
9. Псевдоальцгеймеровский синдром при болезни Пика.
10. Амнестический синдром при болезни Пика.
11. Пресбиофренный синдром (амнестико-конфабуляторный синдром при большой психической живости).

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Контроль преподавателя самостоятельной работы студентов

Задание 1. Охарактеризуйте психопатологические синдромы при болезни Альцгеймера.

Задание 2. Дайте письменно ответ на вопрос: «Что представляет собой понятие эндогенно-органический симптомокомплекс?».

**Тестовые задания для самоконтроля**

Тесты первого уровня

1. Тесты на опознание:
2. Типичная ли последующая амнезия для сумеречного состояния?
3. Всегда ли при эпилепсии бывают изменения личности и слабоумие?
4. Характерна ли афазия для болезни Альцгеймера?
5. Типична ли апраксия для сенильной деменции?
6. Тесты на различение:

1. Укажите синдромы сенильной деменции:

а) огрубение личностных черт

б) прогрессирующая амнезия

в) сдвиг ситуации в прошлое

г) сохранность критики

д) моторная афазия

2. Распределите симптомы по болезненным состояниям:

Таблица 3

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Пресенильная меланхолия  2. Сенильная деменция  3. болезнь Альцгеймера | а) тревога  б) афазия  в) подавленное настроение  г) огрубение личности  д) прогрессирующая амнезия  е) агнозия |

Тесты второго уровня

1. на классификацию:
2. перечислите психопатологические симптомы при болезни Альцгеймера.
3. какие симптомы относятся к болезни Пика?
4. Какие симптомы возникают при старческом слабоумии?
5. На подстановку:
6. Бред узкой ситуации характерен для … параноида
7. Глобарная деменция типична для …
8. Асемическая деменция служит проявлением …

**Практическая задача**.

Больная М.,86 лет. В детстве перенесла корь. После окончания 8 классов школы нигде не училась. Всю жизнь была домохозяйкой. По характеру была вспыльчивой, часто конфликтовала с мужем, агрессивна к детям. В течение последних 10 лет после смерти мужа живет одна. В возрасте 76 лет стала забывать, куда клала вещи, усилилась ворчливость, склонность к конфликтам. С 77 лет перестала следить за собой, не знала меры в еде, обвиняла родственников в воровстве. За несколько дней до поступления не спала ночами, собирала в узел вещи, говорила, что ей нужно куда-то идти, громко кричала, когда ее удерживали, разбила палкой окно. При поступлении в стационар была суетлива, связывала постельное белье в узел, собиралась куда-то идти. В беседе выявилось значительное снижение памяти на прошлые и настоящие события: не могла назвать текущую дату, запомнить имя. Отчество лечащего врача, сообщить свой домашний адрес. Считала, что ей 36 лет, живет с мужем, у нее двое маленьких детей, «еще в школу не ходят». Постоянно спешит к ним идти, говорит. Что она недавно была в магазине, и «забежала в аптеку», врача называет «аптекарем». Настроение с оттенком эйфории, пытается плоско шутить, чувство дистанции отсутствует. Говорит о хорошей памяти и умении вести хозяйство. Предъявляемые ей пословицы, метафоры понимает конкретно, различение понятий проводит по второстепенным признакам, удаются только элементарные обобщения («обувь», «посуда»).

*Вопросы:*

1. Предположительный диагноз?
2. Какие методики необходимо использовать при проведении экспериментально-психологического исследования больной?

**Практическая задача:** Исследование больных позднего возраста с эндогенно-органическим симптомокомплексом

Задание 1. Составьте план психологического заключения.

Средства и инструкции для выполнения задания: (схема психологического заключения см. тема 1 модуль 2)

Задание 2.

1. Интерпретируйте данные, полученные при исследовании больного.
2. Напишите психологическое заключение.

Контроль преподавателя осуществляется в процессе проверки заданий и психологического заключения.

Тема **3.** Патопсихологическая семиотика: шизофренический симптомокомплекс в позднем возрасте. Исследование больных шизофренией в позднем возрасте**.**

**Вопросы для рассмотрения:**

* 1. Понятие о шизофреническом симптомокомплексе.
  2. Клиника шизофрении.
  3. Течение шизофрении.
  4. Инициальная стадия.
  5. Шизофренический приступ.
  6. Ремиссия.
  7. Шизофренический дефект.
  8. Конечное состояние.
  9. Типы течения шизофрении.
  10. Формы шизофрении.
  11. Основные данные о шизофрении в позднем возрасте.
  12. Патопластическое влияние возрастного фактора на течение шизофрении.

**Формы текущего контроля**

Проверка преподавателем самостоятельной работы студентов

Задание 1. Дайте ответ на вопросы:

1. Придается ли экзогенным факторам основная роль в возникновении шизофрении.
2. Являются снижение и искажение эмоционального уровня характерными призна­ками шизофрении?

Задание 2:

1. Выпишите в тетрадь основные понятия темы.
2. Дайте письменно ответ на вопрос: «Что представляет собой шизофренический симптомокомплекс?»

Задание 3. Заполните таблицу

Таблица 4

Укажите, какие из приведенных синдромов характерны для:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Параноидной формы шизофрении  2. Циркулярной формы шизофрении  3. Кататоническая форма шизофрении | а) кататоническин ступор  б) депрессивный синдром  в) бредовые идеи преследований  г) гебефреническое возбуждение  д) маниакальное возбуждение  е) веселое настроение  ж) замедленное мышление  з) суицидальные мысли  и) идеи переоценки личности  к) тоскливое настроение  л) повышенная отвлекаемость  м) психическая анестезия |

Задание 4*.*Укажите признаки, характерные для шизофренического дефекта:

1. Веселое настроение

2. Апатия

3. Разорванность мышления

4. Безволие

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ваш вариант ответа)*

**Тестовые задания для самоконтроля**

Тесты первого уровня

А) Тест на опознание:

1. Придается ли экзогенным факторам основная роль в возникновении шизофрении?
2. Являются ли снижение и искажение эмоционального уровня характерными признаками шизофрении?
3. Может ли кататоническая форма шизофрении протекать только с кататоническим возбуждением?
4. Характерны ли для шизофрении симптомы нарушения памяти?

Б) Тест на различение:

1.Укажите признаки, характерные для параноидной формы шизофрении:

а) бред преследования

б) кататоническое возбуждение

в) апатоабулический синдром

г) бред величия

д) синдром Кандинского-Клерамбо

2.Типичны для шизофрении:

а) бред величия

б) разорванность мышления

в) эмоционально-волевое снижение

г) сумеречное состояние

д) ослабление критики

Тесты второго уровня

А) Тест на подстановку:

1. Циркулярную форму шизофрении следует дифференцировать с…….
2. Простая форма шизофрении характеризуется синдромом……….
3. Для шизофрении позднего возраста характерно……………….

Б) Тесты конструктивные:

1. Охарактеризуйте типичные проявления инициального этапа шизофрении.
2. Укажите признаки конечного состояния шизофрении.
3. Перечислите типичные симптомы параноидной формы шизофрении

**Практическая задача 1.**

Больному 65 лет. Родной дядя страдал психическим заболеванием, был подозрительным, преследовал жену обвинениями в измене. Окончил 8 классов, работал в колхозе. Терпеливый, сдержанный, спокойный. В 20-летнем возрасте женился, отношения в семье были хорошими. В возрасте 36 лет стал раздражительным, придирчивым, упрямым, ссорился с женой по малейшему поводу. Три года тому назад, однажды его пригласили в прокуратуру для свидетельских показаний по делу о драке, у него были основания предполагать, что его тоже привлекут к ответственности. Выйдя из прокуратуры, заметил, что за ним следом идут незнакомые люди. Решил, что после этого за ним установили наблюдение. Старался обмануть «шпионов», уйти от их наблюдения. С этой целью уехал на железнодорожную станцию за 200 км от места его жительства. Но и там ему показалось, что незнакомые лица ходят возле него, «слышал», как они договариваются окружить и убить его, пришел за помощью в отделение полиции, но по лицам сотрудников понял, что они тоже против него. Убежал в страхе через железнодорожные пути, попал под поезд. Был доставлен в больницу, где ему была произведена ампутация правой голени. В больнице был тревожен, считал, что персонал в заговоре против него, слышал угрожающие «голоса», уверял, что его хотят отравить лекарствами, поэтому отказывался от инъекций. Пытался покончить с собой, затянув шею полотенцем. В связи с этим переведен в психиатрическую больницу. Был тревожен, подозрителен. Считал, что его намеревались убить, опасался, что преследователи могут его обнаружить и в этой больнице. Отказывался от лекарств. Принимал таблетки после того, как кто-нибудь из больных проглатывал таблетку из этой же коробки. Сообщил врачу, что некоторые больные специально подосланы сюда для наблюдения за ним, он якобы слышал, как одна из медсестер говорила этим больным: «не спускайте с него глаз». Замечал, как они подают жестами друг другу какие-то знаки, переглядываются. На протяжении последующих трех лет несколько раз поступал в больницу. Каждый раз лечение в стационаре дает улучшение, но вскоре идеи преследования вновь возникают. Поддерживающее лечение в диспансере принимает не аккуратно. В неврологическом состоянии и со стороны внутренних органов отклонений не выявлено.

*Вопросы:*

1. Поставьте синдромальный и нозологический диагноз?
2. Охарактеризуйте роль клинического психолога в работе с пациентом и его родственниками?

**Практическая задача 2:** Исследование больных шизофренией в позднем возрасте

Задание 1. Составьте план психологического заключения исследования больного.

Средства и инструкции для выполнения задачи: (такие же, как в занятии 4,5)

Задание 2.

1. Интерпретируйте данные, полученные при исследовании больного.
2. Напишите психологическое заключение.
3. Схема психологического заключения в теме 1 модуль 2

**Темы рефератов:**

1.Клинические особенности шизофрении в позднем возрасте.

2.Шизофренический дефект.

3.Психологическое исследование больного шизофренией.

Контроль преподавателя осуществляется в процессе проверки заданий, психологического заключения, рефератов.

Тема **4.** Патопсихологическая семиотика: Аффективно-эндогенный симптомокомплекс (маниакально-депрессивный психоз (МДП) в позднем возрасте.

**Вопросы для рассмотрения:**

1. Понятие об аффективно-эндогенном симптомокомплексе.
2. Клиника МДП.
3. Депрессия и ее типы.
4. Течение МДП.
5. Типы течения МДП.
6. Депрессивный тип.
7. Маниакальный тип.
8. Циркулярный тип (биполярный).
9. Основные данные о МДП в позднем возрасте.
10. Патопластическое влияние возраста на течение МДП.

**Тестовые задания для самоконтроля:**

А) Тесты на опознание:

* 1. Придается ли экзогенным факторам основная роль в возникновении МДП?

1. Являются снижение и искажение эмоционального уровня характерными призна­ками аффективных психозов?
2. Является ли тревога характерным симптомом депрессии в позднем возрасте?

Б) Тесты на различение:

1. Укажите признаки, характерные для маниакальной фазы:

1. веселое настроение
2. ускоренное мышление
3. разорванность мышления
4. бездеятельность

В) Тесты на классификацию:

Таблица 5

Укажите, какие из приведенных синдромов характерны для:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Маниакальной фазы 2. Депрессивной фазы | а) кататонический ступор  б) замедление мышления  в) бредовые идеи преследования  г) идеи переоценки личности  д) двигательное возбуждение  е) ускорение мышления  ж) суицидальные мысли  з) тоскливое настроение  и) повышенная отвлекаемость  к) психическая анестезия |

А) Тесты на подстановку:

1. Маниакально-депрессивный психоз характеризуется……….

2. Для ажитированной депрессии характерно……………….

3. Аффективная фаза МДП заканчивается…………….

Б) Тесты конструктивные:

1. Перечислите типичные симптомы эндогенной депрессии.

2. Укажите признаки возрастного влияния на течение МДП.

3. Перечислите типичные симптомы маниакальной фазы.

**Практическая задача 1.**

Больная 60 лет, домохозяйка. Отец умер от рака пищевода, мать от кровоизлияния в мозг. В детстве болела краснухой. Закончила 10 классов, затем поступила в лесотехнический институт, но в связи с замужеством, оставила его. Работала нормировщицей, кассиром. Замужем с 20 лет, было 4 беременности, из них две закончились родами, две медицинским абортом. По характеру общительная, решительная, честолюбивая, гордая. В 30-летнем возрасте через три недели после смерти отца у больной возникла тоска, с трудом выполняла домашнюю работу, пропал интерес к жизни. Спустя три месяца настроение постепенно выровнялось, вновь стала активной, общительной. Подобные состояния наступали у больной дважды в возрасте 32 и 34 лет без видимой причины. Тоска была глубокой, прекращала общаться, медленно двигалась, большую часть времени проводила в постели, аппетита не было, ела мало по принуждению, сон был короткий или вовсе не могла уснуть. До госпитализации теряла несколько килограмм физического веса. Лечилась в психиатрической больнице. В промежутках между приступами чувствовала себя здоровой, родные не замечали каких-либо перемен в характере больной, возвращалась на прежнее место работы, справлялась с бытовыми и профессиональными обязанностями. Перед последним поступлением появились мысли о своей никчемности, несколько раз хотела покончить с собой, но родные вовремя замечали ее приготовления. При поступлении: число, месяц и год называет правильно. Лицо печальное, глаза широко открыты, углы рта опущены. Поза согбенная. Говорит тихим монотонным голосом, с паузами, немногословна. Неохотно поднимается с постели, ходит медленно. Жалуется на тоску, плохой аппетит, бессонницу. Высказывает идеи самоуничижения, уверена, что никогда не выздоровеет, будет всю жизнь мучиться, «лучше сейчас умереть». К вечеру тоска несколько уменьшается, больная становится общительнее. В соматическом и неврологическом состоянии отклонений не выявлено.

*Вопросы:*

1. Поставить синдромальный и нозологический диагноз.

2. Охарактеризуйте роль клинического психолога в работе с пациентом и его родственниками.

**Практическая задача 2:** Исследование больных позднего возраста с аффективно-эндогенным симптомокомплексом

Задание 1. Составьте план психологического заключения исследования больного.

Средства и инструкции для выполнения задачи: (такие же, как в занятии 4,5)

Задание 2.

1. Интерпретируйте данные, полученные при исследовании больного.

2. Напишите психологическое заключение.

Схема психологического заключения в теме 1 модуль 2

**Темы рефератов:**

1. Клинические особенности аффективных расстройств в позднем возрасте.

2. Маниакально-депрессивный психоз в позднем возрасте.

3. Психологическое исследование больного с аффективными нарушениями.

Контроль преподавателя осуществляется в процессе проверки заданий, рефератов и психологического заключения

**Тема 5**. Патопсихологическая семиотика: психогенно-невротический симптомокомплекс в позднем возрасте

**Вопросы для самоподготовки:**

1. Понятие о психогенно-невротическом симптомокомплексе.
2. Психогении.
3. Аффективно-шоковые реакции.
4. Реактивные психозы.
5. Истерические психозы.
6. Реактивная депрессия.
7. Реактивный параноид.
8. Неврозы.
9. Внутриличностный психологический конфликт.
10. Основные данные о неврозах позднего возраста.
11. Психотравмирующие факторы позднего возраста.
12. Неврозоподобные расстройства в позднем возрасте.
13. Дифференциальная диагностика невротических и неврозоподобных расстройств.

**Задания для самоконтроля**

Задание 1. Дайте ответы на вопросы:

1.Является ли психологическая травма этиологическим фактором психогений?

2.Являются ли раздражительность, повышенная утомляемость, бессонница призна­ками неврастении?

Задание 2. Охарактеризуйте психологические особенности лиц пожилого и старческого возраста

Задание 3. Проанализируйте приведенные ниже высказывания о психологических особенностях лиц пожилого и старческого возраста:

1. Пожилые люди в подавляющем большинстве своем с возрастом приобретают свойства психики, вызывающие межличностные конфликты.

2. Ригидность психических процессов, уменьшение способности и стремления к конформности, эгоистичность и эгоцентризм, снижение мотивации к изменению адаптационных возможностей. Эти особенности психики не только способствуют возникновению конфликтов, но и затрудняют их предупреждение и разрешение. Поэтому пожилые люди трудные объекты для эффективной психокоррекционной работы.

Заполните таблицу

Таблица 6

С чем вы согласны и с чем не согласны в этих высказываниях?

|  |  |
| --- | --- |
| **Согласен с…** | **Не согласен с …** |
|  |  |

Задание 4. Дайте письменно ответ на вопросы:

1.В чем проявляются особенности неврозов позднего возраста?

2.На ваш взгляд, какие факторы могут оказывать психотравмирующее воздействие на лиц пожилого и старческого возраста. Перечислите наиболее важные.

**Тестовые задания для самоконтроля**

Тесты первого уровня

А) Тест на опознание:

1.Является ли психологическая травма этиологическим фактором психогений?

2.Являются ли раздражительность, повышенная утомляемость, бессонница признаками неврастении?

3.Является ли ступор признаком реактивной депрессии?

Б) Тесты на различие:

1.Укажите характерные признаки для псевдодеменции:

а) мимоговорение

б) нарочитость поведения

в) дезориентировка во времени

г) навязчивые страхи

В) Тесты на классификацию:

Таблица 7

1. Укажите, для каких психопатологических состояний характерны следующие симптомы:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Реактивный параноид  2. Реактивная депрессия | а) пониженное настроение  б) идеи виновности  в) суицидальные мысли  г) страх  д) слуховые галлюцинации  е) идеи преследования |

Тесты второго уровня

А) Тесты на подстановку:

1.При индуцированном параноиде необходимой чертой характера индуцируемого является………………………………………………….

2.Причиной невроза является……………………………………………

3.Конверсионные симптомы характерны для…………………………..

Б) Тесты конструктивные:

1.Перечислите типичные признаки невроза навязчивых состояний.

2.Укажите признаки истерического невроза.

**Практическая задача1.**

Больная 49 лет. Наследственность психопатологически не отягощена. Окончила 8 классов, несколько лет работала кассиром, счетоводом. 25 лет, после того как вышла замуж, занимается домашними делами. По характеру мнительная, тревожная, застенчивая, зависела от мужа, не могла самостоятельно принять решения. С 48 лет стали нерегулярными менструации, беспокоят «приливы жара к голове», головные боли, утомляемость, раздражительность, плохой сон. Обратилась в психоневрологический диспансер месяц назад, после того как умер муж от рака желудка. Тяжело переживала утрату, много плакала, при засыпании видела мужа, который звал ее к себе, казалось, что за ее спиной кто-то стоит, настроение было тоскливым, постоянно думала о том, как будет жить одна без мужа, страшили материальные затруднения. Настроение подавленное, выражение лица печальное, на глазах слезы. Постоянно думает о муже, слышит его голос, видит по вечерам сбоку его тень. Рассказывая об этом, плачет, считает, что жизнь для нее потеряла смысл. Часто жалуется на головные боли, участившиеся приступы «прилива жара», потливость, сердцебиение. После трех недель лечения тоска значительно уменьшилась, стала ходить на прогулки, хлопотала об устройстве на работу. В соматическом и неврологическом состоянии без отклонений.

*Вопросы:*

1. Поставьте синдромальный и нозологический диагноз.

2. Охарактеризуйте роль клинического психолога в работе с пациентом и его родственниками.

**Практическая задача 2:** Исследование больных позднего возраста с невротическим симптомокомплексом

Задание 1. Составьте план психологического заключения исследования больного.

Средства и инструкции для выполнения задачи: (такие же, как в занятии 4,5,6)

Задание 2.

1. Интерпретируйте данные, полученные при исследовании больного.
2. Напишите психологическое заключение.

Схема психологического заключения в занятии 1модуль 2

**Темы рефератов:**

1. Неврозы позднего возраста
2. Внутриличностные конфликты в позднем возрасте
3. Конверсионные расстройства в позднем возрасте.

Контроль преподавателя осуществляется в процессе проверки заданий, рефератов и психологического заключения

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Балльно-рейтинговая система оценивания учебных достижений обучающихся** | |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "5 БАЛЛОВ" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "4 БАЛЛА" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "3 БАЛЛА" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "2 БАЛЛА" оценивается ответ, обнаруживающий не полное знание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; знанием некоторых основных вопросов теории, не полностью сформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, снижением логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| Оценкой "1 БАЛЛ" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся не раскрытием темы; не знанием основных вопросов теории, не сформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, не владением монологической речью, снижением логичности и последовательности. В ответе содержится единичные (случайные) верные высказывания и суждения. |
| Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется по следующим критериям: пропуск семинарского (практического) занятия; отказ студента отвечать на вопросы, предусмотренные планом для проведения семинарских (практических) занятий; невыполнение домашнего задания и аудиторных заданий |
|  |  |
| **тестирование** | Оценка «5 БАЛЛОВ» выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка «4 БАЛЛА» выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка «3 БАЛЛА» выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка «2 БАЛЛА» выставляется при условии 61-70% правильных ответов. |
| Оценка «1 БАЛЛ» выставляется при условии 51-60% правильных ответов. |
| Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется при условии 50% и меньше правильных ответов. |
| **Контроль выполнения практического задания** | Оценка «5 Баллов» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию полной истории болезни, (амбулаторной истории болезни): применена правильная методика обследования больного и его расспроса, нет ошибок в описанном анамнезе и психическом статусе, верно отражена полнота обследования, верно поставлен синдромальный и нозологический диагноз, последовательное, логичное и грамотное изложение, соответствие представленной форме полной истории болезни (амбулаторной истории болезни). |
| Оценка «4 Балла» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к написанию полной истории болезни (амбулаторной истории болезни), но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; имеются упущения в оформлении. |
| Оценка «3 Балла» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к написанию полной истории болезни (амбулаторной истории болезни). В частности, форма соблюдена частично; допущены фактические ошибки при обследовании больного, его расспросе; диагноз выставлен некорректно, нелогичное изложение. |
| Оценка «2 Балла» выставляется если обучающийся не следовал рекомендованной форме написания, синдромальный диагноз неверен, обнаруживается существенное непонимание методики обследования и расспроса больного |
| Оценка «1 БАЛЛ» выставляется если обучающимся дан не правильный ответ на вопрос о состоянии больного. Объяснение хода обследования отсутствует. Демонстрация практических умений с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется по следующим критериям: пропуск практического занятия; отказ студента отвечать на вопросы, предусмотренные для написания истории болезни |
| **Проверка практических навыков** | Оценка «5 Баллов» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию психического статуса: применена правильная методика обследования больного и его расспроса, нет ошибок, верно отражена полнота обследования, верно поставлен синдромальный диагноз, последовательное, логичное и грамотное изложение, соответствие представленной форме. |
|  | Оценка «4 Балла» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к написанию психического статуса больного, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; имеются упущения в оформлении. |
|  | Оценка «3 Балла» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к написанию психического статуса. В частности, форма соблюдена частично; допущены фактические ошибки при обследовании больного, его расспросе; нелогичное изложение. |
|  | Оценка «2 балла» выставляется если обучающийся не следовал рекомендованной форме написания, выявленные симптомы болезни неверны, обнаруживается существенное непонимание методики обследования и расспроса больного |
|  | Оценка «1 БАЛЛ» выставляется если обучающимся дан не правильный ответ на вопрос о состоянии больного. Объяснение хода обследования отсутствует. Демонстрация практических умений с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
|  | Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется по следующим критериям: пропуск семинарского (практического) занятия; отказ студента отвечать на вопросы, предусмотренные планом для проведения семинарских (практических) занятий; невыполнение домашнего задания и аудиторных заданий |
| **защита реферата** | Оценка «5 БАЛЛОВ» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «4 БАЛЛА» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «3 БАЛЛА» выставляется если обучающийся допускает несущественные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы. |
| Оценка «2 БАЛЛА» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, содержание реферата не соответствует теме; допущены грубые ошибки в содержании реферата, во время защиты отсутствует вывод. |
|  | Оценка «1 БАЛЛ» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
|  | Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется по следующим критериям: пропуск семинарского (практического) занятия; отказ студента отвечать тему реферата. |

3.**Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится по зачетным билетам.

Зачетный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации и выражается в **баллах от 0 до 30.**

Критерии формирования зачетного рейтинга, обучающегося при проведении промежуточной аттестации по дисциплине «Психиатрии, наркологии»:

Неуспешное выполнение одного из заданий промежуточной аттестации не является основанием для недопуска обучающегося к выполнению других заданий промежуточной аттестации.

**Задание №1 промежуточной аттестации зачета – решение ситуационных задач (максимальный балл – 10 баллов).**

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации зачете по заданию №1 – **решение ситуационных задач.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели ответа студента** | **Баллы** |
| студент самостоятельно и правильно решил учебнопрофессиональную задачу, уверенно, логично, последовательно и аргументировано излагал свое решение, используя понятия профессиональной сферы | 9-10 |
| студент самостоятельно и в основном правильно решил учебнопрофессиональную задачу, уверенно, логично, последовательно и аргументировано излагал свое решение, используя понятия профессиональной сферы. | 7-8 |
| студент в основном решил учебно-профессиональную задачу, допустил несущественные ошибки, слабо аргументировал свое решение, используя в основном обыденные понятия, а не понятия профессиональной сферы. | 5-6 |
| студент в основном решил учебно-профессиональную задачу, допустил несущественные ошибки, не смог аргументировать | 3-4 |
| Студент решил с грубыми ошибками, помощью преподавателя. | 1-2 |
| студент не решил учебно-профессиональную задачу или. | 0 |

**Задание №2 промежуточной аттестации экзамена – ответ на теоретические вопросы в устной форме (максимальный балл – 20 баллов)** состоит минимум из двух теоретических вопросов, направленных на проверку знаний, умений и навыков по программе дисциплины.

Каждый из вопросов «задания №2 промежуточной аттестации зачета» оценивается согласно критериям оценки.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации зачете по заданию №2 – ответ на теоретические вопросы в устной форме.

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| Ответ на теоретические вопросы в устной форме. | **10 баллов — (ПРЕВОСХОДНО):**   * Систематизированные, глубокие и полные знания вопроса а также сведения выходящие за его пределах учебной программы, а также по основным вопросам, выходящим за ее; * Точное использование научной терминологии стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы; * Полное и глубокое усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;   Умение ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им критическую оценку |
| **9 баллов — (ОТЛИЧНО):**   * Систематизированные, глубокие и полные знания вопроса * Точное использование научной терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа; * Достаточно полное усвоение основной и в значительной степени дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины; * Достаточное умение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им критическую оценку |
| Оценкой "5-6 БАЛЛОВ" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| **8 баллов — (ПОЧТИ ОТЛИЧНО):**   * Систематизированные, глубокие и полные знания вопроса; * Использование научной терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы; * Достаточно полное усвоение основной и и частичное усвоение дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;   Знание основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине |
| **7 баллов — (ОЧЕНЬ ХОРОШО):**   * Глубокие и полные знания вопроса однако недостаточно систематизированные; * Использование научной терминологии однако трудности в логически правильном изложении ответа; * Достаточные знания основной и недостаточные знания дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;   Знание основных теориях, концепций и направлений по изучаемой дисциплине |
| **6 баллов — (ХОРОШО):**   * Достаточно полные, но недостаточно систематизированные знания в объеме учебной программы; * Использование необходимой научной терминологии, кроме того испытывает трудности в логически правильном изложении ответа; * Усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;   Знание лишь основных теориях, концепциях и направлений по изучаемой дисциплине |
|  | **5 баллов — (ПОЧТИ ХОРОШО):**   * Достаточные знания в объеме учебной программы, которые излагаются не всегда последовательны и систематизированы, а также выявляются определённые недочеты в ответе; * Использование научной терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать выводы; * Знания основной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;   Знания основных теорий, концепций и направлений по изучаемой дисциплине с некоторыми недочетами в ответе |
|  | **4 балла — (УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО), ЗАЧТЕНО: \_\_**   * Недостаточно полный объем знаний в рамках образовательного стандарта, требуется периодически задавать наводящие вопросы, чтобы получить правильный ответ. * Неполное усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины; * Ограниченное использование научной терминологии;   Посредственные знания основных теорий, концепций и направлений по изучаемой дисциплине |
|  | **3 балла — (НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО), НЕЗАЧТЕНО:**   * Выявляется ограниченный объем знаний в рамках образовательного стандарта, наводящие вопросы не всегда позволяют получить правильный ответ; * Слабые знания основной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины; * Редкое использование отдельных научных терминов, изложение ответа на вопросы сумбурное, непоследовательное с существенными лингвистическими и логическими ошибками; * Незнание основных теорий, концепций и направлений изучаемой дисциплины;   На предложенные дополнительные вопросы не смог ответить |
|  | **2 балла — (НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО):**   * Фрагментарные знания в рамках образовательного стандарта; * Отрывочные знания отдельных литературных источников, рекомендованных учебной программой дисциплины; * Плохое знание научной терминологии дисциплины, наличие в ответе грубых смысловых, стилистических и логических ошибок;   Незнание ни одной научной теории, концепции и направления изучаемой дисциплины |
|  | **1 балл — (НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО):**  Полное отсутствие знаний в рамках образовательного процесса или отказ от ответа |

После ответа обучающимся на все вопросы, предусмотренные заданием №2,высчитывается сумма баллов по **Заданию №2 промежуточной аттестации зачета – ответ на теоретические вопросы в устной форме.**

После прохождения обучающимся всех двух задач, предусмотренных промежуточной аттестацией - зачет, высчитывается зачетный рейтинг обучающегося=сумме значение результатов (баллов) по каждому из заданий.

Промежуточная аттестация по дисциплине считается успешно пройденной обучающимся при условии получения им зачетного рейтинга не менее 15 баллов и (или) текущего стандартизированного рейтинга не менее 35 баллов.

В случае получения обучающимся зачетного рейтинга менее 15 баллов и (или) текущего стандартизированного рейтинга менее 35 баллов результаты промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность. Дисциплинарный рейтинг обучающегося в этом случае не рассчитывается.

Дисциплинарный рейтинг обучающегося выражается в баллах по 100-бальной шкале и может быть увеличен на величину бонусных баллов (при их наличии).

Дисциплинарный рейтинг по дисциплине (модулю) обучающегося (Рд) рассчитывается как сумма текущего стандартизированного рейтинга (Ртс) и экзаменационного (зачетного) рейтинга (Рэ/Рз) по формуле:

**Рд = Ртс + Рэ/Рз**

Где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Рэ/Рз – зачетный рейтинг.

Итоговая оценка по дисциплине определяется на основании дисциплинарного рейтинга (максимально 100 баллов) по таблице перевода

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **дисциплинарный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** | |
|  | зачет |
| 86 – 105 баллов |  | зачтено |
| 70 – 85 баллов |  | зачтено |
| 50–69 баллов |  | зачтено |
| 49 и менее баллов |  | не зачтено |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

**Перечень вопросов к зачёту по дисциплине «Клиническая психология в геронтологии и гериатрии»**

1.Период старения и старости (геронтогенез).

2.Деонтологические составляющие деятельности клинического психолога.

3. Системные механизмы старения

4. Динамика психофизических функций

5. Социально-психологические типы старости И.С.Кона.

6.Особенности ощущения и восприятия в старости.

7.Социальная детерминированность старения человека.

8.Мотивационная сфера в поздневозрастном аспекте.

9.Проблемв добровольного ухода из жизни в старости.

10.Шизофренический симптомокомплекс в позднем возрастном аспекте.

11.Страх смерти.

12.Особенности мышления в позднем возрасте.

13Танатогенез и культура умирания.

14.Особенности аффективной сферы в позднем возрасте.

15.Динамика психофизических функций в возрастном аспекте.

16.Мотивация семейных отношений в старости

17.Старение и специфические изменения эмоциональной сферы.

18.Понятие об экзогенно-органическом симптомокомплексе

19.Основные типы приспособления к старости.

20.Клинические особенности синдрома травматической церебрастении в позднем возрасте.

21.Возрастная динамика мотивов в период старости.

22.Клинические особенности шизофрении в позднем возрасте.

23.Динамика психофизических функций в старости.

24.Эффективно-эндогеный симптомокомплекс в старости

25.Развитие Я-концепции в старости.

26.Эндогенно-органический симптомокомплекс.

27.Болезнь Пика.

28.Неадаптивное старение.

29.Болезнь Альцгеймера

30.Адаптивное старение.

31.Сенильная деменция.

32.Специфика Я-образа на этапе старения.

33.Влияние социальных стереотипов на Я-концепцию в старости.

34.Основные данные о Маниакально-депрессивном психозе (МДП) в позднем возрасте.

35.Теории «относительности» старения.

36.Психологическое исследование больного эпилепсией в позднем возрасте.

37.Факторы, определяющие поведение человека в старости.

38.Клинические особенности параноидной шизофрении в старости.

39.Клинические особенности МДП в старости.

40.Личность пожилого человека.

41.Специфика Я-образа на этапе старения.

42.Психогенно-невротический симптомокомплекс в старости.

43.Неврозы позднего возраста.

44.Возрастная динамика мотивов в поздней взрослости и старости.

45.Основные типы приспособления к старости.

46.Внутриличностный психологический конфликт. Особенности в позднем возрасте.

47.Неврозоподобные расстройства в позднем возрасте.

48.Проблемы геронтологии.

49.Психотравмирующие факторы в старости.

50.Влияние социальной активности на процесс старения.

51.Особенности шизофрении в позднем возрасте.

52.Продуктиное (адаптивное) старение.

53.Сознание конечности собственного существования.

54. Восприятие старости

55.Личность пожилого человека.

56.Психологическое исследование больных с экзогенно-органическим симптомокомплексом.

57.Роль социальных факторов в происхождении в развитии пограничных расстройств в позднем возрасте.

58.Факторы развития когнитивных функций в старости.

59.Позднестарческий период.

60.Патопсихологическое обследование больных с эндогенно-органическим поражением головного мозга.

61.Системные механизмы старения.

62.Танатогенез и культура умирания.

63.Этапы умирания

64. Нарушения когнитивных функций в старости

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**«КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ»**

**Ситуационная задача № 1**

Женщина А., 65 лет. Бывший бухгалтер, имеет 30-летний стаж на месте последней работы. Уже два года находится в статусе пенсионера. Сменила место постоянного проживания: переехала из квартиры на загородную дачу. Есть 38-летняя дочь, внук 9 лет (изредка приезжает к ним в гости). Свободное время посвящает чтению газет, книг и работе в саду. Пытается поддерживать контакт со своими старыми знакомыми посредством телефонных разговоров и междугородней переписки. Считает, что вместе с уходом на пенсию потеряла часть себя, критически относится к перспективе предоставленности самой себе, боится умереть в одиночестве.

Вопросы:

1. К какому возрастному периоду можно отнести А.?

2. Охарактеризуйте этап психологического старения по Эриксону.

3. Опишите тип старости в зависимости от характера деятельности,

выделенный Коном И.С.

4. Определите тип старости.

5. Опишите и аргументируйте тип старости А.

**Ситуационная задача № 2**

Мужчина М., 55 лет. Род деятельности связан с дальними грузоперевозками. Ритм и режим сна нестабилен и непостоянен. Время рабочего дня ненормировано, чем обусловлены проблемы с пищеварением в связи с редкими, но плотными приемами пищи. Стаж курения более десяти лет. Вес тела превышает норму. Редкие выходные проводит за употреблением алкоголя. Жалуется на проблемы с вниманием и памятью на текущие события. Наблюдается повышенный уровень тревожности.

Вопросы:

1. Определите тип старения.

2. Имеют ли место быть телесные и психические изменения,

указывающие на процесс старения?

3. Присутствует ли факт воздействия патогенных факторов?

4. Опишите параметры старения, указанные в данном случае.

5. Опишите и аргументируйте тип старости М.

**Ситуационная задача № 3**

Мужчина С., 60 лет. Отставной офицер, ветеран афганского конфликта. На пенсии. Детей нет. Единственный сын погиб в автомобильной аварии. С женой разведен. Был уволен в запас по причине аддиктивного поведения в форме алкоголизма. Около года назад возобновил употребление алкоголя по причине уныния и нежелания жить. Спустя некоторое время стал слышать голос собственного сына. Содержание речи покойного было представлено упреками вины и греховности отца. По словам бывшей жены, навещающей его, муж иногда после долгого нахождения в одной позе резко начинал ходить по комнате, проявляя активность в отношении невидимых им вещей и явлений.

Вопросы:

1. Значим ли фактор смены социального статуса как фактор причины

предпатологии?

2. Является ли аддиктивное поведение пресенильным психическим

расстройством?

3. На какое инволюционное заболевание указывает наличие моторных

возбуждений?

4. Охарактеризуйте специфические признаки, черты данной

инволюционной психопатологии.

5. Имеет ли место быть опасность суицидального исхода?

**Ситуационная задача № 4**

Женщина М., 73 года. Проживает в частном доме со своей внучкой и двумя внуками. Во время снегопада поскользнулась на террасе и получила травму плеча, спустя небольшой промежуток времени была обнаружена родственниками, а затем госпитализирована. По прошествии некоторого времени после реабилитационно-терапевтических мероприятий стали наблюдаться реакции страха одиночества и безлюдных помещений. Боязнь травматизации приняла форму чрезмерно щепетильного внимания к состоянию собственного здоровья, в частности, к динамике артериального давления, к телесным ощущениям сердечной и присердечной области. По описанию близкими изменений, можно отметить сужение круга интересов, чрезмерную изменчивость настроения, доходящую до агрессивных реакций, в виде упреков по поводу обеспечения благоприятных бытовых условий. Частые жалобы на трудности чтения книг по садоводству, с проблемами осуществления письменных заметок.

Вопросы:

1. К группе каких психотравмирующих факторов можно отнести

соматизацию?

2. Укажите признаки конкретных неврозоподобных расстройств.

3. Опишите предпосылки формирования фобического синдрома.

4. Существует ли риск развития сосудистых заболеваний, исходя из

описанной симптоматической картины?

5. Определите тип старения.

**Ситуационная задача № 5**

Больной К., 1969 г. р. Жалоб нет. При расспросе отмечает головные боли, которые беспокоили некоторое время после ЧМТ в 11-летнем возрасте. Во время исследования спокоен, адекватен, на вопросы отвечает по-существу. Задания выполняет без возражений в достаточном темпе. Инструкции понимает сразу, удерживает. Ошибки самостоятельно не корригирует, при указании на них реагирует критически. Темп достаточный, истощаемости нет. Эмоционально устойчив, фон настроения ровный. При исследовании внимания в пробе на серийный отсчет допускает ошибки в десятках, в единицах при переходе через десяток. При исследовании механической памяти 10 слов запомнил с 3-го прочтения, отсроченное воспроизведение – 7 слов. При исследовании опосредованного запоминания методикой «Пиктограммы» отмечаются затруднения при опосредовании абстрактных понятий «надежда», «подвиг». Большинство рисунков конкретно-ситуационного содержания (подвиг – «один

тонет, другой его спасает», вкусный ужин – «ложка и язык облизывает рот – вкусно»). Воспроизвел 80%. При исследовании абстрактно-логического и понятийного мышления в методике «Исключение лишнего» в некоторых заданиях затрудняется выделить один предмет. В пробе на сравнение понятий в основном использует существенные признаки, иногда не находит сходства (обман-ошибка, река-птица), несравнимые понятия вызывают недоумение. Переносный смысл пословиц понимает верно, затрудняется в тех, которые «никогда не слышал». В целом мышление логичное, последовательное, адекватное. Конструктивный праксис сохранен, орнаменты «Кубиков Кооса» собирает в достаточном темпе. В личностном профиле (опросник Мини-Мульт) показатели по всем шкалам в пределах нормативного распределения. Значительное повышение баллов по шкале К (выше 65Тб). Наиболее высокие показатели по базисным шкалам № 1 и 8 (53Тб)».

Вопросы:

1. Определите степень нарушений интеллектуально-мнестической

сферы.

2. Оцените особенности мышления.

3. Обозначьте сохранные звенья психических функций.

4. Опишите личностный профиль по результатам опросника Мини-

Мульт.

5. Какие дополнительные методы диагностики целесообразно провести

в представленном случае?

**Ситуационная задача № 6**

Больная В., 1955 г. р. Жалобы на плаксивость, раздражительность, «ничего не хочется делать», «нет радости в жизни». При расспросе отмечает нарушения памяти, считает

себя немного рассеянной, «путаю номера телефонов». Внешне ухожена, спокойна, ориентирована в месте, времени, собственной личности. Во время эксперимента не понимает инструкции к заданиям. Не справляясь с элементарными пробами, удивляется своей несостоятельности, плачет. Эмоционально неустойчива. Критическое

отношение снижено, считает себя здоровой. При исследовании внимания очень медленно отыскивает числа в таблицах Шульте, некоторые не узнает. При исследовании памяти не помнит важные даты свой жизни – в каком году родился сын, когда окончила институт, удивляется этому и плачет. Кривая запоминания 10 слов: 4, 6, 6, 5; отсроченное воспроизведение 1 слово. Методику «Пиктограммы» выполнить не смогла, при просьбе рисовать, пыталась написать слово прописью. В пробах на исследование мышления выявлены сугубо конкретные суждения (учитывая высшее филологическое образование). Сравнение понятий осуществляет на основании внешних признаков. Исключение лишнего производит по случайному выбору. Переносный смысл пословиц трактует буквально: «Правильно говорят, в колодец плевать нельзя». Остальные пословицы поясняет формально: «Все в этой жизни относительно». В пробах на исследование двигательных функций руки наблюдаются симметричные скованность в движениях, быстрая истощаемость, замедленность. Пробы на реципрокную координацию движений (поочередное сжатие и распрямление пальцев кистей рук) выполнить поочередно не может. При переходе от предыдущего задания к следующему начинает выполнять предыдущее. Пробу «кулак-ребро-ладонь» выполняет неверно, проговаривание инструкции не облегчает выполнение задания. Пробы на повторение ритмических структур выполняет с ошибками, несложную серию простукивает ошибочно. Страдает номинативная функция речи: не может назвать изображение предметов в методике «исключение лишнего», геометрических фигур (круг, треугольник, прямоугольник, овал), путает их.

Вопросы:

1. Оцените наличие и степень выраженности нарушений памяти.

2. Проанализируйте имеющиеся нарушения интеллекта.

3. Опишите нарушения мышления, наблюдающиеся в ходе

исследования.

4. О чем свидетельствуют результаты выполнения

нейропсихологических проб?

5. Выделите ведущий патопсихологический синдром.

**Ситуационная задача № 7**

Больная А., 50 лет. Работает директором ателье. Проживает в собственной квартире вместе со своей дочерью и внуком. В прошлом участвовала в конкурсах красоты, всегда уделяла особое внимание своему внешнему виду. В последнее время стиль одежды принял претензионный и вульгарный характер. По описанию сотрудников фирмы строгие управленческие черты характера приняли форму деспотичных и необоснованно требовательных. Дает работу на дом, не поощряет сверхурочные часы, утверждая необходимость загруженности истинного специалиста. В последнее время участились конфликты и ссоры с подчиненными. По описанию близких, А. перестала соблюдать режим сна, ссылаясь на бессонницу начала употребление снотворных без рекомендаций врача. Близкими была пресечена попытка суицида. При ответе на вопрос о ее причине, рассказала о подозрении у себя неизлечимого заболевания – рака, начавшемся недавно «старческом маразме», повлекшем за собой проблемы на работе, требования сотрудников уволиться. Причиной обращения родственников к психиатру послужили жалобы на подавленное настроение А., отказ от еды, чрезмерную заторможенность, перетекающую в кратковременные ступоры.

Вопросы:

1. Назовите возрастной период протекающих изменений.

2. Чем представлены характерологические изменения?

3. Укажите тип психического расстройства, описанный в данном

примере.

4. Составьте план психокоррекционных мероприятий для А.

5. Какие рекомендации следует дать родственникам А.?

**Ситуационная задача № 8**

Больной Д., 1962 г. р. Жалобы на головные боли в лобной области сжимающего характера. При расспросе отмечает снижение памяти, настроения. Страдает гипертонической болезнью. Во время исследования безынициативен, инертен, немногословен. Сидит в однообразном положении, ссутулившись. На вопросы отвечает формально, чаще односложно. Не все инструкции понимает с первого раза, задания выполняет без интереса, в замедленном темпе. Результатами не интересуется. Эмоционально невыразителен, фон настроения устойчивый. Критическое отношение к заболеванию формальное. При исследовании внимания пробу на серийный отсчет выполнял очень медленно, резко увеличены латентные периоды (20-25 сек), ошибки в единицах при переходе через десяток самостоятельно не исправлял. Кривая запоминания 10 слов 3, 3, 3; отсроченное воспроизведение 3 слова. В методике «Пиктограммы» выражены затруднения при опосредовании абстрактных понятий, медленно опосредует только понятия ситуационного содержания. Линии и контуры нечеткие, образы размытые, незавершенные. Воспроизвел 30% понятий. При исследовании абстрактно-логического и понятийного мышления в пробе на сравнение пар понятий использовал для сравнения внешние признаки («озеро маленькое, река большая»), в пробе на исключение лишнего предмета наряду с существенными и категориальными признаками («зонт лишний, барабан, пистолет и фуражка – атрибуты военного») часто объединял попарно, затруднялся что-либо исключить. Конструктивный праксис значительно замедлен, доступен сбор простых орнаментов методики «Кубики Кооса».

Вопросы:

1. Назовите имеющиеся нарушения внимания.

2. Опишите нарушения интеллектуально-мнестической сферы.

3. Проанализируйте поведение больного в эксперименте и сделайте

вывод об особенностях эмоционально-волевой сферы.

4. Оцените имеющиеся нарушения мышления.

5. Выделите ведущий патопсихологический синдром.

**Ситуационная задача № 9**

Больная К., в 40-летнем возрасте перенесла травму головного мозга после чего ухудшилась память, часто беспокоила головная боль. Продолжала работать инженером. С 64 лет еще более начала ухудшаться память. Забывала, куда положила посуду, какую покупку надо сделать. К 66 годам стала ворчливой, раздражительной, обидчивой. Обвиняла сестру в пропаже вещей. Перестала ходить в магазин, т.к. путалась в ценах. Иногда по ночам искала «пропавшие» вещи. Со временем стала тревожной, суетливой. Речь была сбивчивой, состоящей из обрывков фраз. Потеряла ориентировку во времени, путалась в месте пребывания.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны в задаче?

2. Каким синдромом определяется состояние?

3. При каких расстройствах может наблюдаться данная клиническая

картина?

4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

5. Дайте прогноз болезненного состояния пациента.

**Ситуационная задача № 10**

Больная Г., 63г. Жалоб активно не предъявляет. При расспросе отмечает расстройства памяти, слабость, плаксивость. Дезориентирована в месте, времени, на прием доставлена в сопровождении мужа. Во время исследования на вопросы отвечает не сразу, часто не понимает их смысл. Может сообщить скудные сведения о себе, не помнит возраст дочерей, внуков, путается в датах. Речь обеднена, некоторые слова выговаривает с трудом. Крайне эмоционально неустойчива, резко переходит от спокойного состояния до плача «навзрыд» без малейшего повода. Инструкции к заданиям не удерживает, сразу забывает, часто не понимает их смысл, темп выполнения выражено замедлен. Выполняет только простые методики, при обнаружении ошибок плачет, просит простить ее за несостоятельность. Критическое отношение резко снижено. При исследовании внимания по таблицам Шульте скорость поиска чисел замедлена, забывает на чем остановилась, до конца выполнить не смогла. Пробы на серийный отсчет от 100 по 7, от 50 по 3 недоступны выполнению. При исследовании механической памяти кривая запоминания 10 слов: 3, 3, 3, 4. Отмечается феномен края, воспроизводит 3 последних предъявленных слова. Отсроченное воспроизведение 1 слово. На протяжении обследования обнаруживает явления фиксационной амнезии. Исследовать опосредованное запоминание не удалось, больная не смогла нарисовать рисунки даже к простым понятиям. При исследовании абстрактно-логического и понятийного мышления в пробе на исключение лишнего предмета не понимает смысл задания, выбор лишнего носит случайный характер, обосновать затрудняется, иногда исключает часто используемые ею в быту предметы («выбираю будильник, он нас будит»). В методике «Классификация» не может дать название некоторым изображенным предметам, но знает их функциональное предназначение, несколько раз приходится повторять инструкцию. В методике на сравнение пар понятий не могла найти ни сходство, ни отличие даже простых понятий. Переносный смысл пословиц и метафор пониманию недоступен. Письмо под диктовку частично нарушено, наблюдаются грамматические ошибки, пропуски букв, повторение одних и тех же элементов в разных буквах, сохранна автоматизированная письменная речь (правильно пишет только свои фамилию, имя и отчество). Элементарные счетные операции не выполняет. Конструктивный праксис резко нарушен (не собирает даже простые орнаменты кубики Коса, фигуры из спичек по образцу). Проведение личностных опросников нецелесообразно, учитывая грубые

расстройства когнитивных функций.

Вопросы:

1. Обозначьте нарушения когнитивных функций, наблюдающихся в

исследовании.

2. Опишите проявления фиксационной амнезии.

3. Определите характер нарушений мышления.

4. Сформулируйте заключение по данным экспериментально-

психологического заключения и выделите ведущий патопсихологический

синдром.

5. В пользу какого диагноза свидетельствуют выявленные нарушения?

**Ситуационная задача № 11**

Больная Р., 82 г. Жалобы на плаксивость, пониженное настроение, плохой аппетит, нарушения сна, жжение в области поясницы, раздражительность. При расспросе ухудшение памяти отрицает. Во время исследования беспокойна, неусидчива, инструкции с первого раза не усваивает, не удерживает. Истощаема, медлительна. Задания выполняет формально, о результатах спрашивает в конце исследования. При указании на ошибки удивляется, выражает недовольство, оправдывается, ссылается на

возраст и плохое самочувствие. Критическое отношение снижено. При исследовании внимания в таблицах Шульте поиск чисел проводила в медленном темпе, находила цифры в составе других чисел (2 в 12, 22; 3 в 13, 23 и т.д.). Инструкцию поняла после третьего повтора, ошибок не корригировала. При исследовании механической памяти кривая запоминания 10 слов: 2, 3, 3 слова. Отсроченное воспроизведение 0. При исследовании абстрактно-логического и понятийного мышления в методиках на сравнение понятий использовала конкретные признаки («у вороны нет дверей и ступенек»), исключение лишнего выполняла механически, не могла пояснить выбор предмета, переносный смысл пословиц истолковывала буквально («осенью узнаешь, сколько цыплят») или отказывалась отвечать («не знаю, впервые слышу»).

Вопросы:

1. Обоснуйте целесообразность проведения личностных опросников в

данном случае.

2. Укажите наблюдающиеся нарушения интеллектуально-мнестической

сферы.

3. Какие расстройства мышления выявлены в ходе исследования?

4. Выделите ведущий патопсихологический синдром.

5. В пользу какого диагноза свидетельствуют данные ЭПИ?

**Ситуационная задача № 12**

Больная К., 53 г. На приеме в сопровождении мужа и сестры. Жалобы на пониженное настроение, плаксивость, «дети меня не любят, никто не любит». При расспросе чаще отвечает, что «не понимает, о чем спрашивают». Постоянно причитает: «Люди добрые, скажите, в чем я виновата?». Во время исследования медлительна. Говорит тихим голосом, темп речи замедлен. Инструкцию с первого раза не понимала из-за языкового барьера. При ответе на вопросы была робкой, нерешительной. После приведенных примеров понимала смысл заданий, самостоятельно выполняла только после подсказок. Результатами не интересовалась, ошибок не корригировала. При исследовании внимания не может называть цифры после 10, хотя порядок их показывает правильно. Скорость выполнения таблиц Шульте (1, 35; 1, 24; 1, 31; 1, 45) уменьшается к концу задания, свидетельствуя об истощаемости психических процессов. Коэффициент переключаемости по таблице Шульте-Горбова снижен. При исследовании интеллектуально-мнестической сферы кривая запоминания 10 слов: 2, 4, 8, 4; отсроченное воспроизведение 5 слов. В методике «Пиктограммы» использовала простые символы для несложных понятий (веселый праздник – елка; болезнь – таблетки; любовь – цветок; дружба – двое людей; вкусный ужин – тарелка). Абстрактные понятия опосредовать не смогла (надежда, справедливость, развитие, победа). Воспроизвела 60%. При исследовании абстрактно-логического и понятийного мышления пробу на исключение лишнего предмета выполняла на основании функциональных признаков, принципа «нужности в квартире», объединяла предметы попарно («телега и машина с колесами, моряк на корабле»; «пистолет дома не нужен, зонт, фуражка, барабан – детям играть дома пригодятся»). Пробу на классификацию предметов выполнить не смогла, уже на первом этапе возникли сложности из-за выраженной истощаемости, образовала более 15 групп и около 10 карточек не могла ни с чем объединить. Названия групп предметов на русском языке дать не могла. Конструктивный праксис резко нарушен. Самостоятельно без подсказки не могла собирать даже простые орнаменты методики «Кубики Кооса». Применение личностных опросников на русском языке нецелесообразно.

Вопросы:

1. Оцените степень нарушений интеллектуально-мнестической сферы.

Имеют ли место явления псевдодементного поведения?

2. Какой вид имеет кривая истощаемости активного внимания?

3. Опишите характер нарушений мышления, наблюдающихся в ходе

исследования.

4. Определите особенности эмоциональной сферы в данном случае.

5. Сформулируйте заключение по данным ЭПИ и выделите ведущий

патопсихологический синдром.

**Ситуационная задача № 13**

Больной Б., 60 лет. Живет с дочерью и зятем. Анамнез не отягощен. Всегда был общителен, имел много друзей, увлекался точными науками. Зимой любил кататься на лыжах с внуками. Два года назад у Б. изменился характер, он стал замкнутым, грубым, циничным. Потерял интерес ко всему. Начал увлекаться эзотерикой, ходил к целителям, с целью очищения «загрязненных чакр», тратил на это пенсию. Хотел подать на соседку в полицию из-за того, что она якобы ночью проникает в их квартиру через балкон и крадет у них деньги. Говорил, что «соседка подключается к нему, пытается прочитать его мысли с помощью сотового телефона». При попытке разубедить его в этом раздражался, становился напряженным, подолгу ни с кем не разговаривал.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальную диагностику описанного случая.

2. Какие признаки свидетельствуют о его наличии психического

заболевания?

3.Пречислите необходимые для диагностики дополнительные сведения.

4. Укажите заболевания в старческом возрасте со сходной

симптоматикой.

5.Какие рекомендации следует дать родственникам больного?

**Ситуационная задача № 14**

Женщина Б., 76 лет, проживает одна в квартире около десяти лет. Организовала приют для кошек, подбирала бездомных животных. Соседи неоднократно обращались к родственникам Б. с жалобами на антисанитарные условия ее проживания. Приехавшие навестить женщину дети, обнаружили, что Б. их не сразу узнала, «думала пришли пионеры забрать котят», пониженного питания, истощена, всю пенсию тратит на еду для животных, не следит за собой, ходит в старой грязной одежде, отказывается от ухода за ней соседкой, не закрывает входную дверь, потому что «потеряла ключи». В беседе не помнит где хранятся ее документы, не ориентируется во времени, на приезд близких отреагировала с раздражительностью, плакала, требовала оставить ее в покое. Считает, что находится в «гостях у тетки, в деревне». При этом,

периодически могла самостоятельно ходить в магазин, покупать одни и те же продукты для своих питомцев, оплачивать коммунальные услуги.

Вопросы:

1. Дайте квалификцию мнестическим расстройствам.

2. При каких заболеваниях наблюдаются указанные нарушения?

3. О чем свидетельствует сохранность некоторых навыков?

4. Какова тактика оказания помощи Б.

5. Охарактеризуйте статус дееспособности описанный в данном

примере.

**Ситуационная задача № 15**

Женщина Д., 65 лет. Работала учителем физики и математики более 40 лет, была победителем конкурса «Учитель года». В настоящее время пенсионер, страдает артритом. Два года назад получила сотрясение головного мозга вследствие случайного падения около дома. Через некоторое время после выписки из больницы стала замечать, что её соседка «излишне интересуется ее здоровьем». Спустя время начала избегать встреч, считая, что после разговоров с ней ухудшается самочувствие, усиливаются головные боли. Пришла к выводу, что «у неё дурной глаз», «проблемы с суставами – её рук дело». Стала предпринимать попытки загородить выход из дома, следила за соседкой, убедившись, что «та что-то замышляет». Однажды не смогла выбраться из дома, в связи с чем вызывали сотрудников МЧС.

Вопросы:

1. Дайте квалификацию психическому состоянию Д.

2. Назовите причины сформировавшихся расстройств у Д.

3. Обозначьте тактику оказания помощи Д.

4. Составьте план терапевтических мероприятий для Д.

5. Какие особенности поведения следует учитывать при оказании

психологической помощи?

**Ситуационная задача № 16**

Мужчина Л., 75 лет, пенсионер. Проживает в частном доме с сыном. Имеет инвалидность, в следствие заболевания сосудов нижних конечностей ампутированы обе ноги. Материальное положение неудовлетворительное, со слов соседей сын злоупотребляет алкоголем, пропивает пособие по безработице, отбирает пенсию у отца. Приехавшие родственники обратились к участковому с просьбой о помощи, сообщили, что пенсионер не справляется с элементарными бытовыми потребностями, подвергается побоям. При осмотре Л. предъявляет жалобы на соседей, которые «в сговоре с сыном», хотят «завладеть его имуществом, отобрать дом», угрожает расправиться с «недоброжелателями».

Вопросы:

1. Имеет ли место необходимость о возбуждении комиссионного

расследования о факте жестокого обращения с пожилыми людьми?

2. О чем свидетельствуют высказывания Л. в отношении соседей?

3. Укажите способы оказания консультативной помощи инвалиду.

4. Существует ли необходимость проведения реабилитационных работ?

5. Каковы задачи реабилитации в данном случае?

**Ситуационная задача № 17**

Больная С., 75 лет. Среди родственников психически больных не было. Мать больной в 68 лет умерла от инсульта. Окончила 10 классов, бухгалтерские курсы. Работала бухгалтером, кассиром. С 55 лет на пенсии, но продолжала работать вахтером в гостинице до 62 лет. С 60 лет наблюдались частые колебания артериального давления (до 180-200 мм рт.ст), с того же времени беспокоили головные боли, головокружения, из-за быстрой утомляемости стало тяжело работать, справляться с делами. С 70 лет родственники отмечали у больной снижение памяти: забывала, куда клала вещи, названия предметов, стала обидчивой, раздражалась и плакала по пустякам. В течение последнего года не справляется с подсчетом денег, разучилась готовить пищу, за неделю до поступления в больницу включила дома газ, но не зажгла его.

Во время беседы обнаружились выраженные нарушения памяти: путала даты собственной жизни, ошибалась в определении текущей даты, не смогла запомнить имени лечащего врача. С излишней подробностью сообщала о событиях последней недели. В беседе была мягкой, доброжелательной. Большинство пословиц и метафор объясняла конкретно, смысл отдельных образных выражений переносила на себя. Жаловалась на плохую память, шум в ушах. При этом была слезливой, но быстро успокаивалась.

*Вопросы:*

1.Предположительный диагноз?

2.Роль клинического психолога в работе с пациентом и его родственниками?

**Ситуационная задача № 18**

На приеме в клинике больная А., 57 лет, в сопровождении родственников. Жалобы родственников на неадекватное поведение больной, отдельные высказывания бредового характера. Анамнез без особенностей. Тяжелых заболеваний, травм, операций в течение жизни не было, алкоголем не злоупотребляла. Разведена, детей не имеет. Проживает с семьей сестры. Имеет средне-специальное образование, в течение всей жизни, до относительно недавнего времени, проработала на электроламповом заводе. Около трех лет назад стала отмечать повышенную утомляемость, слабость, беспричинное снижение настроения, резко снизилась производительность труда, стала допускать брак, была переведена на более простую работу, но вскоре перестала справляться и с ней. Около года не работает. Дома родственники постепенно стали замечать странности в поведении больной: она стала забывать, где что лежит, как готовить пищу, мыть посуду, не могла назвать многие предметы, особенно редко употребляемые в быту, отмечались ошибки в письме ("забывала" как пишется та или иная буква), чтении, счете. Однажды забыла выключить электроплиту, что чуть не явилось причиной пожара, свою вину отрицала. Постепенно перестала выходить из дома, дома почти ничего не делала, выглядывая из окон, спрашивала сестру, что это за люди ходят вокруг дома, стала без причины раздражаться, иногда плакать. При осмотре: Соматически удовлетворительна. АД – 130/85 мм.рт.ст., ЧСС – 86/мин. Неврологически: Очаговой симптоматики, менингеальных знаков нет. В беседе не может точно назвать свой возраст, текущую дату, правильно перечислить с кем проживает, не совсем понимает, где находится («вроде какой-то санаторий»). Темп мышления замедлен, интеллектуально-мнестические функции существенно снижены. Больной себя не считает. Говорит, что ей надо немного отдохнуть и она снова сможет выйти на работу.

*Вопросы:*

1. Предположительный диагноз?

2. Какие стадии заболевания существуют?

3. Роль клинического психолога в работе с пациентом и его родственниками?

**Ситуационная задача №19**

Больная М.,86 лет. В детстве перенесла корь. После окончания 8 классов школы нигде не училась. Всю жизнь была домохозяйкой. По характеру была вспыльчивой, часто конфликтовала с мужем, агрессивна к детям. В течение последних 10 лет после смерти мужа живет одна. В возрасте 76 лет стала забывать, куда клала вещи, усилилась ворчливость, склонность к конфликтам. С 77 лет перестала следить за собой, не знала меры в еде, обвиняла родственников в воровстве. За несколько дней до поступления не спала ночами, собирала в узел вещи, говорила, что ей нужно куда-то идти, громко кричала, когда ее удерживали, разбила палкой окно. При поступлении в стационар была суетлива, связывала постельное белье в узел, собиралась куда-то идти. В беседе выявилось значительное снижение памяти на прошлые и настоящие события: не могла назвать текущую дату, запомнить имя. Отчество лечащего врача, сообщить свой домашний адрес. Считала, что ей 36 лет, живет с мужем, у нее двое маленьких детей, «еще в школу не ходят». Постоянно спешит к ним идти, говорит. Что она недавно была в магазине, и «забежала в аптеку», врача называет «аптекарем». Настроение с оттенком эйфории, пытается плоско шутить, чувство дистанции отсутствует. Говорит о хорошей памяти и умении вести хозяйство. Предъявляемые ей пословицы, метафоры понимает конкретно, различение понятий проводит по второстепенным признакам, удаются только элементарные обобщения («обувь», «посуда»).

*Вопросы:*

1. Предположительный диагноз?
2. Какие методики необходимо использовать при проведении экспериментально-психологического исследования больной?

**Ситуационная задача № 20**

Больному 65 лет. Родной дядя страдал психическим заболеванием, был подозрительным, преследовал жену обвинениями в измене. Окончил 8 классов, работал в колхозе. Терпеливый, сдержанный, спокойный. В 20-летнем возрасте женился, отношения в семье были хорошими. В возрасте 36 лет стал раздражительным, придирчивым, упрямым, ссорился с женой по малейшему поводу. Три года тому назад, однажды его пригласили в прокуратуру для свидетельских показаний по делу о драке, у него были основания предполагать, что его тоже привлекут к ответственности. Выйдя из прокуратуры, заметил, что за ним следом идут незнакомые люди. Решил, что после этого за ним установили наблюдение. Старался обмануть «шпионов», уйти от их наблюдения. С этой целью уехал на железнодорожную станцию за 200 км от места его жительства. Но и там ему показалось, что незнакомые лица ходят возле него, «слышал», как они договариваются окружить и убить его, пришел за помощью в отделение полиции, но по лицам сотрудников понял, что они тоже против него. Убежал в страхе через железнодорожные пути, попал под поезд. Был доставлен в больницу, где ему была произведена ампутация правой голени. В больнице был тревожен, считал, что персонал в заговоре против него, слышал угрожающие «голоса», уверял, что его хотят отравить лекарствами, поэтому отказывался от инъекций. Пытался покончить с собой, затянув шею полотенцем. В связи с этим переведен в психиатрическую больницу. Был тревожен, подозрителен. Считал, что его намеревались убить, опасался, что преследователи могут его обнаружить и в этой больнице. Отказывался от лекарств. Принимал таблетки после того, как кто-нибудь из больных проглатывал таблетку из этой же коробки. Сообщил врачу, что некоторые больные специально подосланы сюда для наблюдения за ним, он якобы слышал, как одна из медсестер говорила этим больным: «не спускайте с него глаз». Замечал, как они подают жестами друг другу какие-то знаки, переглядываются. На протяжении последующих трех лет несколько раз поступал в больницу. Каждый раз лечение в стационаре дает улучшение, но вскоре идеи преследования вновь возникают. Поддерживающее лечение в диспансере принимает не аккуратно. В неврологическом состоянии и со стороны внутренних органов отклонений не выявлено.

*Вопросы:*

1. Поставьте синдромальный и нозологический диагноз?
2. Охарактеризуйте роль клинического психолога в работе с пациентом и его родственниками?

**Ситуационная задача № 21**

Больная 60 лет, домохозяйка. Отец умер от рака пищевода, мать от кровоизлияния в мозг. В детстве болела краснухой. Закончила 10 классов, затем поступила в лесотехнический институт, но в связи с замужеством, оставила его. Работала нормировщицей, кассиром. Замужем с 20 лет, было 4 беременности, из них две закончились родами, две медицинским абортом. По характеру общительная, решительная, честолюбивая, гордая. В 30-летнем возрасте через три недели после смерти отца у больной возникла тоска, с трудом выполняла домашнюю работу, пропал интерес к жизни. Спустя три месяца настроение постепенно выровнялось, вновь стала активной, общительной. Подобные состояния наступали у больной дважды в возрасте 32 и 34 лет без видимой причины. Тоска была глубокой, прекращала общаться, медленно двигалась, большую часть времени проводила в постели, аппетита не было, ела мало по принуждению, сон был короткий или вовсе не могла уснуть. До госпитализации теряла несколько килограмм физического веса. Лечилась в психиатрической больнице. В промежутках между приступами чувствовала себя здоровой, родные не замечали каких-либо перемен в характере больной, возвращалась на прежнее место работы, справлялась с бытовыми и профессиональными обязанностями. Перед последним поступлением появились мысли о своей никчемности, несколько раз хотела покончить с собой, но родные вовремя замечали ее приготовления. При поступлении: число, месяц и год называет правильно. Лицо печальное, глаза широко открыты, углы рта опущены. Поза согбенная. Говорит тихим монотонным голосом, с паузами, немногословна. Неохотно поднимается с постели, ходит медленно. Жалуется на тоску, плохой аппетит, бессонницу. Высказывает идеи самоуничижения, уверена, что никогда не выздоровеет, будет всю жизнь мучиться, «лучше сейчас умереть». К вечеру тоска несколько уменьшается, больная становится общительнее. В соматическом и неврологическом состоянии отклонений не выявлено.

*Вопросы:*

1. Поставить синдромальный и нозологический диагноз.

2. Охарактеризуйте роль клинического психолога в работе с пациентом и его родственниками.

**Ситуационная задача № 22**

Больная 49 лет. Наследственность психопатологически не отягощена. Окончила 8 классов, несколько лет работала кассиром, счетоводом. 25 лет, после того как вышла замуж, занимается домашними делами. По характеру мнительная, тревожная, застенчивая, зависела от мужа, не могла самостоятельно принять решения. С 48 лет стали нерегулярными менструации, беспокоят «приливы жара к голове», головные боли, утомляемость, раздражительность, плохой сон. Обратилась в психоневрологический диспансер месяц назад, после того как умер муж от рака желудка. Тяжело переживала утрату, много плакала, при засыпании видела мужа, который звал ее к себе, казалось, что за ее спиной кто-то стоит, настроение было тоскливым, постоянно думала о том, как будет жить одна без мужа, страшили материальные затруднения. Настроение подавленное, выражение лица печальное, на глазах слезы. Постоянно думает о муже, слышит его голос, видит по вечерам сбоку его тень. Рассказывая об этом, плачет, считает, что жизнь для нее потеряла смысл. Часто жалуется на головные боли, участившиеся приступы «прилива жара», потливость, сердцебиение. После трех недель лечения тоска значительно уменьшилась, стала ходить на прогулки, хлопотала об устройстве на работу. В соматическом и неврологическом состоянии без отклонений.

*Вопросы:*

1. Поставьте синдромальный и нозологический диагноз.

2. Охарактеризуйте роль клинического психолога в работе с пациентом и его родственниками.

**Эталон решения ситуационных задач**

1.Амнестическая деменция

2.Учитывая истощаемость внимания пациента, лабильность эмоций, беседы не следует затягивать надолго. Проблемы пациента могут затрагивать семейные взаимоотношения, поэтому необходимо разъяснить родственникам особенности психического состояния пациента, предупредить о риске возникновения у пациента расстройства мозгового кровообращения.

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра психиатрии, медицинской психологии\_\_

направление подготовки (специальность)\_\_ Клиническая психология

дисциплина\_ Клиническая психология в геронтологии, гериатрии

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

1. Практическая часть: Ситуационная задача №1

2. Период старения и старости (геронтогенез).

3.Деонтологические составляющие деятельности клинического психолога.

Зав. кафедрой психиатрии, медицинской

психологии, д.м.н., профессор Будза В.Г.

Декан факультетов фармацевтического, Михайлова И.В.

высшего сестринского образования,

клинической психологии, д.б.н., доцент

« 8 » мая 2019г.

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ОК-1 способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | Знать психологию больного позднего возраста, проблемы геронтологии, фазы и законы геронтогенеза; общевозрастные тенденции и индивидуальные различия пожилых людей (когнитивные особенности, аффективную сферу и т.п.); мотивационную сферу в поздневозрастном аспекте; особенности Я-концепции, личность пожилого человека; адаптивый и неадаптивый процесс старения; поведенческие особенности позднего возраста | вопросы №1-16…… |
| Уметь грамотно проводить беседу с пациентом с учетом их личностных особенностей, осведомленности и ведущих мотивов; оценивать своё состояние в момент взаимодействия с пациентом, владеть простейшими приёмами саморегуляции; психологически грамотно строить своё профессиональное общение, управлять ходом взаимодействия с пациентом, его вниманием, мышлением. | Все практические занятия |
| Владеть навыками психологически грамотного (дифференцированного) взаимодействия с больными позднего возраста; навыками рациональной, суггестивной, поведенческой психотерапии | Все практические занятия |
| … | ПК1 готовностью разрабатывать дизайн психологического исследования, формулировать проблемы и гипотезы, планировать и проводить эмпирические исследования, анализировать и обобщать полученные данные в виде научных статей и докладов | Знать психологию больного позднего возраста, проблемы геронтологии, фазы и законы геронтогенеза; мотивационную сферу в поздневозрастном аспекте | вопросы №1-16, 19, 21,23,25,28,30,32,35,37,40,41,44,48,50,52,53,54,55,59,61-64…… |
| Уметь психологически грамотно строить своё профессиональное общение, управлять ходом взаимодействия с пациентом, его вниманием, мышлением | Все практические занятия |
| Владеть навыками психологически грамотного (дифференцированного) взаимодействия с больными позднего возраста; - навыками рациональной, суггестивной, поведенческой | Все практические занятия |
|  | ПК7 готовностью и способностью осуществлять психологическое консультирование населения в целях психопрофилактики, сохранения и улучшения психического и физического здоровья, формирования здорового образа жизни, а также личностного развития | Знать Общевозрастные тенденции и индивидуальные различия пожилых людей (когнитивные особенности, аффективную сферу и т.п.); мотивационную сферу в поздневозрастном аспекте; особенности Я-концепции, личность пожилого человека; адаптивый и неадаптивый процесс старения; поведенческие особенности позднего возраста | вопросы №1-16, 19, 21,23,25,28,30,32,35,37,40,41,44,48,50,52,53,54,55,59,61-64…… |
|  | Уметь психологически грамотно строить своё профессиональное общение, управлять ходом взаимодействия с пациентом, его вниманием, мышлением. | Все практические занятия |
| Владеть навыками психологически грамотного (дифференцированного) взаимодействия с больными позднего возраста; навыками рациональной, суггестивной, поведенческой психотерапии | Все практические занятия |

1. **Порядок расчета текущего рейтинга и бонусных баллов по дисциплине (модулю)**
   1. Текущий фактический рейтинг обучающегося формируется в результате проведения текущего контроля успеваемости, в том числе контроля выполнения обучающимся самостоятельной (внеаудиторной) работы, по дисциплине (модулю), практике.
   2. Бонусные баллы определяются в диапазоне от 0 до 5 баллов. Критериями получения бонусных являются:

* посещение обучающимся всех практических занятий и лекций – 2 балла (при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине (донорская справка, участие от ОрГМУ в спортивных, научных, учебных мероприятиях различного уровня);
  + Текущий стандартизированный рейтинг (Ртс) выражается в баллах по шкале от 0 до 70 и вычисляется по формуле 1:

**Ртс = (Ртф \* 70) / макс (Ртф) (1)**

где,

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Ртф – текущий фактический рейтинг;

макс (Ртф) – максимальное значение текущего фактического рейтинга из диапазона, установленного преподавателем по дисциплине (модулю).