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: введение в науку и методология исследования

по направлению подготовки (специальности)

37.05.01 «Клиническая психология»

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 37.05.01 «Клиническая психология»

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № \_9\_ от «\_30\_» \_\_\_апреля\_\_\_2021 г.

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 учебном 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:**

***ОПК-1*** – способен осуществлять научное исследование в сфере профессиональной деятельности на основе современной методологии;

***ОПК-3*** – способен применять надежные и валидные способы количественной и качественной психологической оценки при решении научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем человека, в том числе с учетом принципов персонализированной медицины;

***ОПК-11*** – способен понимать принципы работы современных информационных технологий и использовать их для решения задач профессиональной деятельности.

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

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Модуль 1. Введение в клиническую психологию**

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

* Устный опрос *(рубежный контроль)*

***ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО ОПРОСА*** *(рубежный контроль)*

1. Охарактеризуйте подходы к разграничению понятий «клиническая психология» и «медицинская психология».
2. Перечислите цели и задачи клинической психологии.
3. Назовите предмет и объект клинической психологии.
4. Перечислите основные разделы (области) клинической психологии.
5. Охарактеризуйте подходы к определению нормы и патологии (субъективная норма, статистическая норма, функциональная норма, социальная норма, идеальная норма).
6. Раскройте классификацию методов исследования в клинической психологии.
7. Психопатология и патопсихология. Определение и взаимосвязь.
8. Назовите объект и предмет патопсихологии.
9. Раскройте содержание цели и задач патопсихологии.
10. Дайте определение понятия «патопсихологический симптом» и «патопсихологический синдром».
11. Перечислите патопсихологические симптомокомплексы, выделенные И.А. Кудрявцевым (1982).
12. Перечислите патопсихологические симптомокомплексы (регистр-синдромы) по классификации В.М. Блейхера (1996).
13. Назовите расстройства, которые в клинике соответствуют аффективно-эндогенному регистр-синдрому.
14. Назовите расстройства, которые в клинике соответствуют экзогенно-органическому регистр-синдрому.
15. Назовите расстройства, которые в клинике соответствуют эндогено-органическому регистр-синдрому.
16. Назовите расстройства, которые в клинике соответствуют личностно-аномальному регистр-синдрому.
17. Назовите расстройства, которые в клинике соответствуют психогенно-психотическому регистр-синдрому и расстройства, которые соответствуют психогенно-невротическому регистр-синдрому.
18. Перечислите подходы к определению понятия «психосоматика».
19. Раскройте содержание понятия «психосоматическая медицина». В чем заключается психосоматический подход к лечению соматических заболеваний?
20. Назовите ученых-основоположников современной психосоматической медицины в России и за рубежом.
21. Дайте определение понятия «психосоматические реакции». Можно ли считать психосоматические реакции патологическими явлениями?
22. Дайте определение понятия «психосоматические расстройства». Назовите две основные группы психосоматических расстройств.
23. Дайте определения понятий «психосоматозы» и «соматоформные расстройства».
24. Перечислите виды соматоформных расстройств.
25. Перечислите заболевания, относящиеся к психосоматозам.
26. Назовите основное отличие соматоформных расстройств от психосоматозов.
27. Раскройте классификацию соматических расстройств психогенного происхождения.
28. Перечислите основные группы теорий и моделей развития психосоматических расстройств (для каждой назовите представителей и основную идею).
29. Дайте определение понятия «нейропсихология».
30. Назовите основные нейропсихологические синдромы.
31. Дайте определение понятий «психологическое консультирование», «психокоррекция» и «психотерапия».
32. Раскройте классификацию психотерапевтических направлений и методов.
33. Назовите этические принципы психолога-консультанта.
34. Назовите показания для экстренной психологической помощи.

**Модуль 2. Методология исследования в клинической психологии**

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

* Устный опрос *(рубежный контроль)*

***ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО ОПРОСА*** *(рубежный контроль)*

1. Дайте определение понятию "метод".
2. Дайте определение понятию "методика".
3. Дайте определение понятию "методология".
4. В чем заключается главное предназначение принципов методологии?
5. Перечислите (кратко) основные методологические принципы клинической психологии.
6. Перечислите (кратко) основные методологические направления клинической психологии.
7. Что является предметом исследования в клинической психологии?
8. Дайте определение психическому процессу и перечислите основные психические процессы.
9. Что характеризуют психические свойства? Что относится к психическим свойствам?
10. Дайте определение психическим состояниям по Н.Д, Левитову. Перечислите основные психические состояния.
11. Назовите критерии ясности сознания по Карлу Ясперсу.
12. Назовите виды регистров психических расстройств и укажите соответствующие им психические расстройства.
13. Назовите психологические методы исследования.
14. Что включает клинико-психологический метод?
15. Что включает экспериментально-психологический метод?
16. Что включает социально-психологический метод?
17. Перечислите параклинические («биологические») методы исследования. С какой целью они применяются?
18. В чем состоит патопсихологический подход к изучению психических расстройств?
19. На что направлен нейропсихологический метод исследования?
20. Какой метод исследования является центральным в патопсихологии?
21. Назовите основную и частную задачи патопсихологии.
22. Какие два общих (интегративных) регистра психических расстройств принято выделять?
23. Чем характеризуются психотические расстройства?
24. Чем характеризуются допсихотические расстройства?
25. Что изучает нейропсихология?
26. Какие пункты включает нейропсихологическое исследования с точки зрения А.Р. Лурия?
27. Перечислите клинические задачи, которые решаются с помощью нейропсихологического исследования.
28. Раскройте содержание основных нейропсихологических факторов.
29. Какие вопросы включает клинико-синдромный анализ с целью выявления нарушенного нейропсихологического фактора?
30. Как соотносятся понятия "психическая функция", "нейропсихологический фактор", "нейропсихологический симптом", "нейропсихологический синдром"?

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1. Введение в клиническую психологию**

**Тема 1.** Клиническая психология как область психологической науки и практики

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:**

1. Что изучает наука клиническая психология? Какой ученый первым предложил использовать этот термин? Какие ученые способствовали развитию клинической психологии (в России и за рубежом)?
2. Как принято соотносить понятия "клиническая психология" и "медицинская психология" в настоящее время? Как вопрос о соотношении этих терминов решался ранее (отечественными и зарубежными учеными)?
3. Назовите предмет и объект изучения клинической психологии.
4. Укажите цели и задачи клинической психологии.
5. Перечислите основные разделы (области) клинической психологии.
6. Назовите функции клинического психолога в учреждениях здравоохранения (в психиатрии, наркологии, неврологии, соматической клинике и пр.).

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. По определению, данному в учебнике "Клиническая психология" М. Перре и У. Бауманна, предметом клинической психологии являются:
2. психические расстройства
3. возрастная динамика психики человека
4. психические аспекты соматических расстройств
5. совокупность социальных отношений
6. В России термины "клиническая психология" и "медицинская психология" зачастую:
7. используются как синонимы
8. используются как антонимы
9. не употребляются в профессиональном сообществе
10. соотносятся как частное и целое
11. Предметом медицинской психологии в международной практике является:
12. изучение мозговой локализации высших психических функций
13. психологические аспекты взаимодействия врача и пациента
14. изменения психической деятельности при патологических состояниях мозга в сопоставлении с нормой
15. взаимоотношения между психикой и телесными функциями
16. отклоняющееся поведение
17. Целью клинической психологии, как области профессиональной деятельности, является:
18. познание психического во всех его проявлениях в нашей жизни
19. охрана и укрепление психического здоровья населения
20. установление общих законов для описания и объяснения социального взаимодействия
21. воспитание личности, способной к самообразованию и саморазвитию, к свободному и компетентному определению себя в обществе, культуре, профессии
22. совершенствование человека, помощь в достижении им вершин в физическом, духовно-нравственном и профессиональном развитии
23. В задачи клинического психолога в учреждениях здравоохранения входит:
24. осуществление психологического консультирования и психокоррекции
25. участие в психотерапии и реабилитации больных
26. участие в диагностической и экспертной работе
27. постановка диагнозов
28. Объектом изучения клинической психологии является:
29. социальные связи, социальное взаимодействие, социальные отношения и способ их организации
30. человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, социальным и духовным состоянием
31. закономерности психики как особой формы жизнедеятельности человека и поведения животных
32. процесс образования, обучения и воспитания человека во всем его объеме и во всех аспектах и проявлениях
33. Предметом изучения клинической психологии являются:
34. расстройства психики и поведения
35. процессы восприятия, формирования и переработки образов и результаты этих процессов
36. взаимоотношения людей в больших и малых социальных группах
37. возрастная динамика психики человека
38. Предметом изучения клинической психологии являются:
39. личностные и поведенческие особенности людей, страдающих различными заболеваниями
40. воздействие психологических факторов на возникновение, развитие и лечение болезней
41. особенности взаимоотношений больных людей и социальной микросреды, в которой они находятся
42. психологические закономерности управленческой деятельности
43. Разделом клинической психологии является:
44. акмеология
45. патопсихология
46. психосоматика
47. психология развития
48. Разделом клинической психологии является:
49. психология девиантного (отклоняющегося) поведения
50. нейропсихология
51. психотерапия
52. психология управления
53. Разделом клинической психологии является:
54. психология аномального развития
55. социальная психология
56. неврозология
57. общая психология

**Тема 2.** Патопсихология

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

* Устный опрос
* Тестирование
* Решение проблемно-ситуационных задач в малых группах

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:**

1. Дайте определение патопсихологии, как одного из разделов клинической психологии. Назовите цель и практические задачи патопсихологии.
2. Назовите объект и предмет изучения патопсихологии.
3. Что изучает наука психопатология? Чем психопатология отличается от патопсихологии и что является общим для этих наук?
4. Назовите ученых, которые внесли наибольший вклад в развитие патопсихологии в России.
5. Дайте определение понятий «патопсихологический симптом» и «патопсихологический синдром (симптомокомплекс, регистр-синдром)».
6. Что такое продуктивные (позитивные) и негативные психопатологические симптомы? Приведите примеры позитивных и негативных симптомов.
7. Чем характеризуются расстройства допсихотического (пограничного) регистра? Какие психические нарушения относятся к расстройствам допсихотического регистра?
8. Чем характеризуются психотические расстройства и состояния? Какие психические нарушения относятся к расстройствам психотического регистра?
9. Перечислите патопсихологические симптомокомплексы, выделенные И.А. Кудрявцевым (1982).
10. Какие нарушения являются наиболее характерными для шизофренического симптомокомплекса?
11. Какие нарушения включает органический симптомокомплекс?
12. Из каких расстройств складывается психопатический (личностно-аномальный) симптомокомплекс?
13. Какие проявления (нарушения) входят в олигофренический симптомокомплекс?
14. Какие нарушения составляют основу симптомокомплекса психогенной дезорганизации психической деятельности?
15. Перечислите патопсихологические симптомокомплексы (регистр-синдромы) по классификации В.М. Блейхера (1996). Для каждого симптомокомплекса укажите психические заболевания, которые соответствуют ему в клинике.
16. Перечислите методы исследования, применяемые в патопсихологии.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. Один из разделов психиатрии, изучающий признаки психических расстройств в динамике – это:
2. патопсихология
3. психопатология
4. клиническая психология
5. психосоматика
6. нейролингвистическое программирование
7. Отрасль клинической психологии, которая изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме – это:
8. патопсихология
9. психопатология
10. клиническая психология
11. психосоматика
12. нейролингвистическое программирование
13. Психотические расстройства и состояния характеризует:
14. дезориентировка и (или) патологическая ориентировка
15. наличие бреда и галлюцинаций
16. адекватность восприятия и суждений текущей ситуации
17. неспособность действовать адекватно сложившейся ситуации, управлять своим поведением
18. наличие критического к себе отношения
19. К расстройствам психотического регистра относится:
20. шизофрения
21. биполярное аффективное расстройство
22. олигофрения
23. деменция
24. Допсихотические («пограничные») расстройства характеризует:
25. сохранность ориентировки во времени, ситуации и собственной личности
26. неспособность адекватно воспринимать и оценивать ситуацию
27. способность организовывать свое поведение и управлять им
28. отсутствие критики к своему состоянию, высказываниям и поступкам
29. К расстройствам допсихотического (пограничного) регистра относятся:
30. неврозы
31. специфические расстройства личности (психопатии)
32. психосоматические расстройства
33. делирий
34. Первым(ой) предпринял(а) попытку выделения патопсихологических синдромов:
35. Б.В. Зейгарник
36. И.А. Кудрявцев
37. А.Р. Лурия
38. В.М. Бехтерев
39. И.П. Павлов
40. К выделенным И.А. Кудрявцевым патопсихологическим симптомокомплексам относится:
41. шизофренический (диссоциативный) симптомокомплекс
42. органический симптомокомплекс
43. олигофренический симптомокомплекс
44. психопатический симптомокомплекс
45. симптомокомплекс психогенной дезорганизации
46. психогенно-невротический симптомокомплекс
47. Синдром представляет собой:
48. частое проявление какого-либо заболевания
49. обусловленное об­щим патогенезом устойчивое сочетание взаимо­связанных позитивных и негативных симптомов
50. признак болезни, качественно новый, не свойственный здоровому организму феномен
51. медицинское заключение о состоянии здоровья обследуемого
52. совокупность сведений, получаемых при медицинском обследовании путём расспроса самого обследуемого и/или знающих его лиц
53. Позитивная (продуктивная) симптоматика включает:
54. галлюцинации
55. сверхценные идеи
56. амнезию
57. абулию
58. Негативная (дефицитарная) симптоматика включает:
59. бред
60. слабоумие
61. парамнезии
62. апатию
63. Негативная симптоматика возникает в связи с:
64. патологической продукцией психики
65. необратимой утратой психической функции
66. торможением, временным выключением психической функции
67. Использование регистр-синдромов для интерпретации результатов психодиагностики способствует:
68. сокращению времени, затрачиваемого на составление заключения
69. сближению позиций клинического психолога и психиатра
70. стигматизации больных
71. Аффективно-эндогенному симптомокомплексу в клинике соответствует(ют):
72. акцентуации характера
73. реактивные психозы
74. церебральный атеросклероз
75. маниакально-депрессивный психоз
76. неврозы
77. Экзогенно-органическому симптомокомплексу в клинике соответствует(ют):
78. последствия черепно-мозговой травмы
79. невротические реакции
80. функциональные аффективные психозы позднего возраста
81. маниакально-депрессивный психоз
82. реактивные психозы
83. Эндогенно-органическому симптомокомплексу в клинике соответствует(ют):
84. последствия токсикомании
85. психопатии
86. маниакально-депрессивный психоз
87. истинная эпилепсия
88. реактивные психозы
89. Личностно-аномальному симптомокомплексу в клинике соответствует(ют):
90. неврозы
91. первичные атрофические процессы в головном мозге
92. акцентуации характера
93. невротические реакции
94. церебральный атеросклероз
95. Психогенно-психотическому симптомокомплексу в клинике соответствует(ют):
96. истинная эпилепсия
97. первичные атрофические процессы в головном мозге
98. маниакально-депрессивный психоз
99. функциональные аффективные психозы позднего возраста
100. реактивные психозы
101. Психогенно-невротическому симптомокомплексу в клинике соответствует(ют):
102. психопатии
103. неврозы
104. последствия черепно-мозговой травмы
105. последствия токсикомании
106. функциональные аффективные психозы позднего возраста
107. Ядром шизофренического симптомокомплекса (по И.А. Кудрявцеву) является:
108. неспособность к обучению и формированию понятий
109. выраженная тенденция к образованию конкретно-ситуационных связей
110. нецеленаправленность мыслительного процесса
111. дефицит общих сведений и знаний
112. актуализация слабых и латентных признаков предметов и понятий
113. Ядром органического симптомокомплекса (по И.А. Кудрявцеву) является:
114. непоследовательность суждений
115. выраженная тенденция к образованию конкретно-ситуационных связей
116. неустойчивость мотивации в процессе обобщения
117. замедленность, стереотипность ассоциаций
118. дефицит интеллекта
119. Ядром олигофренического симптомокомплекса (по И.А. Кудрявцеву) является:
120. примитивность и конкретность мышления
121. неспособность к абстрагированию
122. искажения процесса обобщения с разноплановым подходом к выделению ведущих признаков
123. обстоятельность суждений в сочетании со снижением всех видов запоминания
124. явления парциальной некритичности при оценке своего противоправного поведения и ситуации
125. Ядром психопатического симптомокомплекса (по И.А. Кудрявцеву) является:
126. выраженная аффективная логика суждений при затрагивании наиболее личностно значимых тем
127. специфическое эмоционально выхолощенное и бесплодное резонерство, символика
128. обстоятельность суждений в сочетании со снижением всех видов запоминания
129. явления парциальной некритичности при оценке своего противоправного поведения и ситуации
130. неадекватный уровень притязаний (чаще завышенный)
131. Снижение интеллектуальных и мнестических возможностей испытуемых при относительной сохранности личностно-мотивационного компонента мышления, достаточной адекватности эмоциональных реакций характеризуют:
132. шизофренический (диссоциативный) симптомокомплекс
133. органический симптомокомплекс
134. олигофренический симптомокомплекс
135. психопатический симптомокомплекс
136. симптомокомплекс психогенной дезорганизации
137. Нарушения мыслительной деятельности, детерминированные личностной уплощенностью, изменениями смыслообразующей функции мотивов характеризуют:
138. шизофренический (диссоциативный) симптомокомплекс
139. органический симптомокомплекс
140. олигофренический симптомокомплекс
141. психопатический симптомокомплекс
142. симптомокомплекс психогенной дезорганизации
143. Аффективная обусловленность поведения с парциальной некритичностью и завышенным уровнем притязаний характеризуют:
144. шизофренический (диссоциативный) симптомокомплекс
145. органический симптомокомплекс
146. олигофренический симптомокомплекс
147. психопатический симптомокомплекс
148. симптомокомплекс психогенной дезорганизации
149. Наличие врожденного или приобретен­ного в раннем детстве общего недоразвития психики с преобладанием интеллектуальной недостаточности является общим признаком:
150. олигофрении
151. эпилепсии
152. невротических расстройств
153. психопатии
154. биполярного аффективного расстройства
155. Снижение уровня обобщения, инертность мышления, нарушение критичности, выраженный эгоцентризм в суждениях, специфические речевые расстройства (логорея, олигофазия, употребление уменьшительно-ласкательных суффиксов – чк- -иньк-), сужение объёма и нарушение переключаемости внимания, аффективные расстройства полярного характера являются характерными для:
156. эндогенно-органического регистр-синдрома
157. психогенно-психотического регистр-синдрома
158. психогенно-невротического регистр-синдрома
159. экзогенно-органического регистр-синдрома
160. шизофренического регистр-синдрома
161. Триада Ганнушкина, необходимая для установления психопатии как нозологического диагноза, включает:
162. тотальность характерологических нарушений
163. стойкость нарушений
164. трудности социальной адаптации
165. избирательную уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим
166. Реактивные психозы чаще всего развиваются:
167. при столкновении с препятствием в реализации важных жизненных целей
168. после шоковых сверхсильных психических травм
169. вследствие внутриличностного конфликта
170. при черепно-мозговых травмах
171. при невозможности приспособиться к значительным жизненным изменениям (смена работы, переезд, развод)
172. Восприятие объекта, отсутствующего в реальном пространстве, это:
173. эйдетизм
174. галлюцинации
175. иллюзии
176. парейдолии
177. парамнезии
178. Гипомнезия – это:
179. особые состояния, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами
180. нарушения слухоречевой памяти при акустико-мнестической афазии
181. кратковременное усиление, обострение памяти, резкое увеличение объема и прочности запоминания материала по сравнению со средними нормальными показателями
182. ослабление, снижение памяти или отдельных ее компонентов, недостаточность побуждения к действиям, может иметь различное происхождение
183. совпадение у нескольких людей воспоминаний, противоречащих реальным фактам
184. Псевдореминисценции – это:
185. провалы памяти, заполняемые информацией, источник которой больной забывает
186. особые состояния, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами
187. это замещение провалов памяти информацией и реальными фактами из жизни больного, но значительно смещенными во времени
188. выпадение памяти на разные сведения, навыки либо на тот или иной промежуток времени
189. ощущение того, что хорошо знакомое место или человек кажутся совершенно неизвестными или необычными
190. Заторможение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, кроме:
191. замедления возникновения ассоциаций, уменьшения количества ассоциаций
192. однообразия мыслей и представлений, трудности их образования
193. трудности отделения главного от второстепенного
194. жалоб на утрату способности к мышлению
195. Для разорванности мышления характерно:
196. критичность к своим суждениям
197. отсутствие логической связи между понятиями в высказываниях
198. наличие длительных пауз между высказываниями
199. низкий темп и подвижность ассоциативного процесса
200. ассоциирование с опорой на конкретные признаки
201. Бесплодное, бесцельное, основанное на нарушении мышления мудрствование называется:
202. демагогией
203. амбивалентностью
204. мутизмом
205. резонерством
206. алекситимией
207. Неспособность разделения главного и второстепенного с застреванием на несущественных деталях называется:
208. олигофазией
209. тугоподвижностью
210. разорванностью
211. обстоятельностью
212. разноплановостью
213. Снижение уровня обобщений и искажение процесса обобщения относят к:
214. нарушениям динамики мыслительных процессов
215. нарушениям операциональной стороны мышления
216. нарушениям личностного компонента мышления
217. нарушениям процесса внешней опосредованности познавательной деятельности
218. нарушениям процесса саморегуляции познавательной деятельности
219. Патологическая обстоятельность мышления наиболее характерна для:
220. сенильной деменции
221. эпилепсии
222. шизофрении
223. депрессии
224. нервной анорексии
225. Громкая речь чаще отмечается у:
226. лиц астено-невротического типа
227. больных с элементами навязчивостей
228. больных с ипохондрическими переживаниями
229. пациентов в гипоманиакальном состоянии
230. депрессивных пациентов
231. Краткое, стандартизированное психологическое испытание, в результате которого делается попытка оценить тот или иной психологический процесс или личность в целом – это:
232. наблюдение
233. эксперимент
234. тестирование
235. самонаблюдение
236. беседа
237. Метод психологического исследования, заключающийся в получении информации на основе вербальной (словесной) коммуникации, называется:
238. наблюдение
239. эксперимент
240. беседа
241. самонаблюдение
242. тест
243. Получение субъектом данных о собственных психических процессах и состояниях в момент их протекания или вслед за ним – это:
244. наблюдение
245. эксперимент
246. тестирование
247. самонаблюдение
248. беседа
249. Активное вмешательство исследователя в деятельность испытуемого с целью создания условий для установления психологического факта называется:
250. контент-анализом
251. анализом продуктов деятельности
252. беседой
253. экспериментом
254. наблюдением

**ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:**

*Внимательно ознакомьтесь с условиями задачи и ответьте на вопросы:*

**№1**

*Инструкция:* для каждого из перечисленных в таблице психических нарушений определите симптомокомплекс по В.М. Блейхеру и регистр расстройств (психотический или допсихотический).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Психическое расстройство / заболевание** | **Симптокомплекс по В.М. Блейхеру** | **Регистр нарушений** *(психотический или допсихотический)* |
| **1.** | Агорафобия |  |  |
| **2.** | Деменция в связи с травмой головного мозга |  |  |
| **3.** | Деменция при болезни Альцгеймера |  |  |
| **4.** | Идиотия |  |  |
| **5.** | Нервная анорексия |  |  |
| **6.** | Шизоидное расстройство личности |  |  |

**№2**

*Инструкция:* для каждого из перечисленных в таблице психических нарушений определите симптомокомплекс по В.М. Блейхеру и регистр расстройств (психотический или допсихотический).

| **№** | **Психическое расстройство / заболевание** | **Симптокомплекс по В.М. Блейхеру** | **Регистр нарушений** *(психотический или допсихотический)* |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | Алкогольный делирий |  |  |
| **2.** | Имбецильность |  |  |
| **3.** | Истерическое расстройство личности |  |  |
| **4.** | Нервная булимия |  |  |
| **5.** | Обсессивно-компульсивное расстройство |  |  |
| **6.** | Сосудистая деменция |  |  |

**№3**

*Инструкция:* для каждого из перечисленных в таблице психических нарушений определите симптомокомплекс по В.М. Блейхеру и регистр расстройств (психотический или допсихотический).

| **№** | **Психическое расстройство / заболевание** | **Симптокомплекс по В.М. Блейхеру** | **Регистр нарушений** *(психотический или допсихотический)* |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | Деменция при болезни Гентингтона |  |  |
| **2.** | Депрессивный эпизод тяжелой степени |  |  |
| **3.** | Корсаковский амнестический синдром |  |  |
| **4.** | Неврастения |  |  |
| **5.** | Нейроциркуляторная астения |  |  |
| **6.** | Тревожное расстройство личности |  |  |

**Тема 3.** Нейропсихология

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:**

1. Дайте определение понятию "нейропсихология".
2. Кому принадлежит основная заслуга в создании отечественной нейропсихологии, как самостоятельной отрасли психологической науки?
3. Назовите общую задачу нейропсихологии (единую для всех ее направлений) и предмет изучения этой науки.
4. Перечислите направления нейропсихологии и укажите задачу каждого из этих направлений.
5. Дайте определение понятию высших психических функций (ВПФ). Перечислите ВПФ по классификации Л.С. Выготского.
6. Дайте определение понятию "агнозия". Какие виды агнозий различают в зависимости от пораженного анализатора?
7. Дайте определение понятию "апраксия". Перечислите виды апраксий, которые выделил А.Р. Лурия.
8. Дайте определение понятию "афазия". Какие виды афазий выделил А.Р. Лурия? Чем обусловлено такое многообразие афазий?
9. Что такое нейропсихологический симптом? Какие нарушения относят к первичным нейропсихологическим симптомам, а какие - к вторичным нейропсихологическим симптомам?
10. Что такое нейропсихологический синдром. Приведите классификацию нейропсихологических синдромов.
11. Какие структурно-функциональные блоки мозга выделил А.Р. Лурия?
12. Какие структуры включает первый функциональный блок мозга? Какие функции выполняет первый функциональный блок мозга?
13. Какие структуры включает второй функциональный блок мозга? Какие функции выполняет второй функциональный блок мозга?
14. Какие структуры образуют третий функциональный блок мозга? Какие функции выполняет третий функциональный блок мозга?
15. Приведите схему нейропсихологического исследования по А.Р. Лурия (14 пунктов). Какие пробы (методики, техники) включает каждый пункт?
16. Перечислите задачи, решаемые с помощью методов нейропсихологической диагностики.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. Изменчивость мозговой организации функций является отражением:
2. принципа системной локализации функций
3. принципа динамической локализации функций
4. принципа иерархической соподчиненности функций
5. принципа интеграции
6. всех четырех принципов
7. Жесткость организации мозговых функций обусловлена:
8. меньшей подверженностью травмам
9. их реализацией в макросистемах головного мозга
10. более ранним периодом формирования
11. последними двумя обстоятельствами
12. более поздним периодом формирования
13. Основным тезисом эквипотенционализма является:
14. многоуровневость организации ВПФ
15. функциональная равноценность левого и правого полушарий
16. принципиальная схожесть протекания психических функций у всех людей
17. равноценность роли всех зон мозга в реализации психической деятельности
18. функциональная неравноценность левого и правого полушарий
19. Медиобазальные отделы головного мозга по классификации Лурия относятся:
20. к энергетическому неспецифическому блоку
21. к блоку переработки экстероцептивной информации
22. к блоку программирования, регуляции и контроля
23. блоку хранения информации
24. ни к одному из них
25. Инструментом выделения нейропсихологического фактора является:
26. совокупность физиологических исследований
27. клиническая беседа с больным или испытуемым
28. синдромный анализ
29. математическая процедура
30. симптомный анализ
31. Отличие асинхронии от гетерохронии в развитии психики ребенка заключается:
32. в том, что гетерохрония является естественным фактором развития
33. в масштабности охвата психических функций
34. в том, что асинхрония касается лишь одного аспекта работы мозга
35. в локальности охвата психическихфугкций
36. различий нет, это синонимы
37. Нарушение контроля за исполнением собственного поведения в основном связано с:
38. патологией лобных долей
39. повреждением глубоких структур мозга
40. нарушением работы теменно-затылочных отделов
41. височной патологией
42. мозжечка
43. К числу задач, решаемых с помощью методов нейропсихологической диагностики, не относится:
44. постановка топического диагноза
45. оценка динамики психических функций
46. определение причин аномального психического функционирования
47. выбор форм нейрохирургического вмешательства
48. выбор форм нейропсихологической коррекции
49. Расстройства различных видов ощущений называются:
50. агнозиями
51. галлюцинациями
52. сенсорными расстройствами
53. иллюзиями
54. дереализацией
55. Общим признаком зрительных агнозий являются:
56. неспособность увидеть что-либо
57. изменения полей зрения
58. нарушение мыслительных процессов
59. потеря способности узнавания
60. потеря способности к запоминанию зрительных образов
61. Неспособность опознать плоский предмет наощупь с закрытыми глазами называется:
62. аутотопагнозией
63. тактильной агнозией
64. дермолексией
65. соматоагнозией
66. анозогнозией
67. Аутотопагнозия — признак:
68. нижнетеменного поражения
69. верхнетеменного поражения
70. среднетеменного поражения
71. поражения вторичных отделов зрительного анализатора
72. височных долей
73. Принцип сенсорных коррекций сложных движений был разработан:
74. Бехтеревым
75. Сеченовым
76. Лурия
77. Бернштейном
78. Узнадзе
79. Замена нужных движений на шаблонные является признаком:
80. кинестетической апраксии
81. пространственной апраксии
82. кинетической апраксии
83. регуляторной апраксии
84. эхопраксии
85. Приобретенное речевое расстройство вследствие поражения левого полушария называется:
86. алалией
87. мутизмом
88. дизартрией
89. афазией
90. дислексия
91. Поражение теменно-затылочной зоны левого полушария часто приводит к:
92. эфферентной моторной афазии
93. сенсорной афазии
94. семантической афазии
95. динамической афазии
96. астереогнозу
97. Основным дефектом при вербальной алексии является:
98. слабое зрение
99. нарушения симультанного узнавания
100. перепутывание букв
101. первая и третья причины
102. слабый слух
103. Аграфия — это:
104. потеря способности к рисованию
105. потеря способности переноса навыков письма с правой руки на левую у правшей
106. навязчивые повторения отдельных букв при письме или штрихов при рисовании
107. нарушение способности правильно по форме и смыслу писать
108. неспособность усвоить правила орфографии
109. Акалькулия часто сочетается с:
110. семантической афазией
111. кинестетической апраксией
112. соматоагнозией
113. эмоциональными расстройствами
114. динамической афазией
115. Неспецифические расстройства памяти преимущественно связаны с работой:
116. первого блока мозга
117. второго блока мозга
118. третьего блока мозга
119. всех трех блоков
120. первого и третьего блоков
121. «Полевое поведение» является результатом поражения:
122. лобных долей
123. височных долей
124. затылочных долей
125. теменных долей
126. подкорковых структур
127. Экспериментальным приемом обнаружения модально-специфических нарушений внимания является:
128. корректурная проба
129. одновременное предъявление двух стимулов парным анализаторам
130. управление движущимся объектом
131. узнавание стимульного материала
132. одновременное предъявление трех стимулов парным анализаторам
133. Дефекты мышления, связанные с опосредованием речевых связей, вызываются:
134. поражением конвекситальных отделов лобных долей
135. левовисочными поражениями
136. теменно-затылочными поражениями
137. правовисочными поражениями
138. мозжечковыми поражениями
139. «Круг Пейпеса» в основном описывает циркуляцию эмоциональных процессов:
140. между теменной и височной корой
141. от зрительного анализатора к третичным полям
142. внутри лимбической системы
143. между ретикулярной формацией и лобной корой
144. между лобной и затылочной корой
145. Поражение конвекситальных отделов лобных долей мозга вероятнее приведет к такому эмоциональному состоянию, как:
146. безразличное благодушие
147. грусть
148. депрессия
149. тревога
150. ажитация
151. Процесс познания от общего к частному более представлен:
152. в левом полушарии
153. в правом полушарии
154. одинаково в обоих полушариях
155. в зависимости от стимульного материала
156. у мужчин, чем у женщин
157. Левшество — это:
158. преобладание размера левой руки над правой
159. совместное преобладание леворасположенных парных органов над правыми
160. преобладание левой руки и левой ноги над правыми
161. различия в чувствительности правой и левой половины тела
162. отклонение в развитии, развивающееся при воздействии вредных факторов на плод в период от начала беременности до 8-9 недели
163. Особенностью очаговых поражений мозга у детей является:
164. слабая выраженность симптоматики
165. значительная выраженность симптоматики
166. длительный период обратного развития симптомов
167. высокая зависимость от локализации очага поражения
168. раннее начало манифестации симптомов

**Тема 4.** Психосоматика

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

* Устный опрос
* Тестирование
* Решение проблемно-ситуационных задач в малых группах

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:**

1. Дайте определение понятиям "психосоматика" и "психосоматическая медицина".
2. В чем заключается психосоматический подход к лечению соматических заболеваний?
3. Назовите ученых-основоположников современной психосоматической медицины в России и за рубежом.
4. Дайте определение понятию "психосоматические реакции". Можно ли считать психосоматические реакции патологическими явлениями?
5. Что означает термин "психосоматические расстройства" (дайте определение)? Назовите две основные группы психосоматических расстройств.
6. Что означает термин "соматоформные расстройства"? Перечислите виды (группы) соматоформных расстройств. +
7. Приведите определение понятия "психосоматоз". Какие заболевания относятся к психосоматозам? +
8. Чем соматоформные расстройства отличаются от психосоматозов?
9. Раскройте классификацию соматических расстройств психогенного происхождения.
10. Перечислите основные группы теорий и моделей развития психосоматических расстройств (для каждой группы нужно указать представителей и краткое объяснение механизма развития психосоматических нарушений).
11. Что такое "внутренняя картина болезни"? Какие компоненты включает внутренняя картина болезни?
12. Перечислите типы когнитивного реагирования на заболевание (масштаб переживания болезни).
13. Перечислите типы отношения к болезни по А.Е. Личко и Н.Я. Иванову.
14. Может ли негативная внутренняя картина болезни вызвать ухудшение состояния больного? Какую роль коррекция внутренней картины болезни играет в выздоровлении?

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. Термин «психосоматика» в медицину ввел:
2. Гиппократ
3. Райх
4. Хайнрот
5. Гроддек
6. Якоби
7. Конверсионные расстройства, положившие начало психоаналитическому направлению в психосоматике, были описаны:
8. Александером
9. Джеллиффе
10. Фрейдом
11. Адлером
12. Райхом
13. Сторонники психоаналитической теории считают, что:
14. отсутствует логически понятная связь между содержанием аффективного конфликта и клиническими симптомами
15. центральная роль в формировании психосоматической патологии принадлежит бессознательному
16. асоциальные мысли, вытесненные в область бессознательного, проявляются в расстройствах внутренних органов
17. освобождение от влияния бессознательного материала может быть достигнуто через его осознание
18. Ф. Александер рассматривал психосоматический симптом как:
19. символическое замещение подавленного конфликта
20. физиологическое сопровождение хронического эмоционального состояния
21. неспецифическую реакцию на конфликт
22. отщепление аффективной реакции от содержания психической травмы и направление ее по другому руслу
23. верно все названное
24. верно 2 и 3
25. В концепции алекситимии психосоматические заболевания рассматриваются как следствие:
26. нарушений в иммунной системе, которые обусловлены отказом от веры в будущее
27. хронического дистресса
28. накопления телесных проявлений неотреагированных, не получивших разрядки эмоций
29. активизации противоречащих друг другу безусловных реакций, выработанных на один и тот же условный стимул
30. Кратковременные изменения со стороны различных систем организма (учащение пульса, покраснение или бледность кожных покровов и др.) – это:
31. соматоформные расстройства
32. психосоматозы
33. психосоматические реакции
34. вегетативные неврозы
35. органные неврозы
36. К соматоформным нарушениям (F45) относится:
37. хроническое болевое соматоформное расстройство
38. ипохондрическое расстройство
39. соматизированное расстройство
40. соматоформная вегетативная дисфункция
41. О наличии соматизированного расстройства (F45.0) можно судить в том случае, если симптомы заболевания, не имеющие органической основы, длятся в течение этого времени:
42. от 2-3 недель до 1 месяца
43. не менее полугода
44. не менее 2 лет
45. от 5 лет и более
46. При ипохондрии:
47. пациент уверен в наличии у него тяжелой болезни, хотя результаты клинического обследования это опровергают
48. убежденность пациента в том, что он болен, носит бредовой характер
49. нормальные физиологические ощущения (н-р учащение дыхания и пульса при физической нагрузке) расцениваются как симптомы болезни
50. наблюдаются тревожное и депрессивное настроение
51. К классическим психосоматическим заболеваниям («Holy Seven» — «Святая семерка») относятся все нижеперечисленные заболевания, за исключением этого:
52. нейродермита
53. ипохондрии
54. ревматоидного артрита
55. язвенной болезни
56. бронхиальной астмы
57. Атипично протекающая депрессия, при которой собственно симптомы депрессии скрыты за маской стойких соматических и вегетативных жалоб – это:
58. маскированная депрессия
59. скрытая депрессия
60. соматизированная депрессия
61. биполярное аффективное расстройство
62. Признаком соматизированной депрессии являются:
63. многочисленные разнообразные соматовегетативные жалобы, которые не могут быть объяснены каким-либо органическим неврологическим или соматическим заболеванием
64. снижение интересов или утрата чувства удовольствия
65. суточные колебания самочувствия – ухудшение состояния в ночное и предрассветное время и улучшение во второй половине дня
66. значимые стрессовые события, которые предшествовали появлению основных жалоб больного
67. А. Гольдшейдер выделял два уровня картины болезни:
68. мотивационный и чувственный
69. сенситивный и интеллектуальный
70. эмоциональный и интеллектуальный
71. мотивационный и интеллектуальный
72. эмоциональный и сенситивный
73. Какой из перечисленных уровней в структуре внутренней картины болезни по В.В. Николаевой включает в себя представления, знания о своем заболевании, размышления о его причинах и возможных последствиях:
74. мотивационный
75. чувственный
76. эмоциональный
77. интеллектуальный
78. психодинамический
79. В структуре внутренней картины болезни изменение поведения и образа жизни в условиях болезни, а также действия, направленные на возвращение здоровья – это:
80. чувственный уровень
81. мотивационный уровень
82. интеллектуальный уровень
83. психодинамический уровень
84. эмоциональный уровень

**ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:**

*Внимательно ознакомьтесь с условиями задачи и ответьте на вопросы:*

**№1**

*Инструкция:* ознакомьтесь с описание клинического случая и определите, какое психосоматическое расстройство (*соматоформное расстройство или органический психосоматоз*) здесь представлено.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ** | **Психосоматическое расстройство** |
| **1.** | Пациент Д., 38 лет, находится под наблюдением врача-терапевта в связи с диагнозом ИБС (ишемическая болезнь сердца). Характеризуется преувеличенной потребностью в деятельности, сверхвовлеченностью в работу, нехваткой времени для отдыха, упорством и сверхактивностью в достижении цели, нередко сразу в нескольких областях жизнедеятельности, неумением выполнять однообразную, монотонную работу. Все делает быстро, его отличает выразительная эмоциональная речь, яркая жестикуляция и мимика. Импульсивен, несдержан, амбициозен. Стремится к доминированию. |  |
| **2.** | Пациентка Л., 23 года, страдает от повторяющихся приступов удушья в форме шумного свистящего дыхания, которые сопровождаются чувством сдавления в горле и страхом смерти. Приступ продолжается 1-2 минуты, после его окончания отмечается отрыжка воздухом. При ларинго- и бронхоскопии органической патологии не выявлено. |  |

**№2**

*Инструкция:* ознакомьтесь с описание клинического случая и определите, какое психосоматическое расстройство (*соматоформное расстройство или органический психосоматоз*) здесь представлено.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ** | **Психосоматическое расстройство** |
| **1.** | Больная С., 37 лет, поступила в стационар с жалобами на периодическое ухудшение состояния, особенно после психоэмоционального перенапряжения. При этом возникает боль и "замирание" в области сердца, ощущение "перебоев", чувство давления в области грудной клетки, головокружение, тошнота, слюнотечение, ощущение жара, потливость, повышенное выделение мочи. Общесоматическое и лабораторное обследование признаков органической патологии не выявило. |  |
| **2.** | Пациент Н., 42 года, страдает гипертонической болезнью. Характеризуется как трудолюбивый, аккуратный и добросовестный человек. Сдержан в выражении эмоций – как положительных, так и отрицательных. Редко решается высказывать свои суждения и отношения, если знает, что они отличаются от мнения собеседника. Из страха потерять расположение окружающих редко отказывает в просьбах, вследствие чего часто остается работать сверурочно, выполняет работу за своих коллег. Воспитан гиперопекающими родителями, с ориентацией на социальных успех. |  |

**№3**

*Инструкция:* ознакомьтесь с описание клинического случая и определите, какое психосоматическое расстройство (*соматоформное расстройство или органический психосоматоз*) здесь представлено.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ** | **Психосоматическое расстройство** |
| **1.** | Пациентка С., 28 лет, жалуется на периодически возникающие приступообразные ухудшения состояния, проявляющиеся учащением пульса, сухостью во рту, повышением АД, онемением и похолоданием конечностей, ознобом, обильным выделением бесцветной мочи. Общесоматическое и лабораторное обследование признаков органической патологии не выявило. |  |
| **2.** | Студент Л. медицинского университета, 22 лет, проходит обследование по поводу бронхиальной астмы. Из анамнеза известно, что болен в течение 12 лет, приступы беспокоят 2-3 раза в год. Летом, как правило, приступов нет. Рос и воспитывался в неполной семье. Мать развелась с отцом, когда Л. было 4 года. Мать гипернормативная, гиперопекающая, работает участковым терапевтом. |  |

**Тема 5.** Детская клиническая психология

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

* Устный опрос
* Тестирование
* Решение проблемно-ситуационных задач в малых группах

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:**

1. Дайте определение детской клинической психологии, как науки. Перечислите термины, значение которых в той или иной степени схоже с детской клинической психологией.
2. Назовите предмет изучения детской клинической психологии и наиболее значимые теоретические проблемы данной науки.
3. Перечислите практические задачи клинической психологии детей и подростков. Укажите основные виды деятельности детских клинических психологов.
4. Перечислите ученых, занимавшихся развитием детской клинической психологии в России и за рубежом.
5. Какой термин, обозначающий детей с теми или иными недостатками в развитии, считается наиболее корректным в настоящее время?
6. Лев Семенович Выготский разработал учение о сложной структуре дефекта, в соответствии с которым выделил в структуре аномального развития первичный дефект и вторичный дефект. Дайте определение первичному и вторичному дефекту и приведите примеры первичного и вторичного дефекта при различных заболеваниях (например, при умственной отсталости и глухоте).
7. В соответствии с представлениями о возрастных уровнях нервно-психического реагирования ответьте, как реагирует на любое патогенное воздействие ребенок в возрасте от 0 до 3 лет?
8. В соответствии с представлениями о возрастных уровнях нервно-психического реагирования перечислите расстройства вследствие разного рода патогенных воздействий (в т.ч. при психотравмирующих обстоятельствах), которые возникают у детей в возрасте от 4 до 7 лет.
9. В соответствии с представлениями о возрастных уровнях нервно-психического реагирования назовите реакции на вредоносное воздействие, которые отмечаются у детей и подростков в возрасте от 7 до 12 лет.
10. В соответствии с представлениями о возрастных уровнях нервно-психического реагирования укажите реакции на патогенное воздействие, которые выходят на первый план в возрасте от 12 до 16 лет.
11. Какие клинические типы дизонтогенеза предложили выделить Г.К. Ушаков и В.В. Ковалев? Дайте краткую характеристику каждому типу.
12. Какие виды дизонтогенеза выделил В.В. Лебединский?
13. Коротко охарактеризуйте общее психическое недоразвитие, как вид дизонтогенеза. В основе какого психического нарушения (нарушений) лежит этот тип дизонтогенеза?
14. Коротко охарактеризуйте задержанное психического развитие, как вид дизонтогенеза. В основе какого психического нарушения (нарушений) лежит этот тип дизонтогенеза?
15. Коротко охарактеризуйте поврежденное психическое развитие, как вид дизонтогенеза. В основе какого психического нарушения (нарушений) лежит этот тип дизонтогенеза?
16. Коротко охарактеризуйте дефицитарное психическое развитие, как вид дизонтогенеза. В основе какого психического нарушения (нарушений) лежит этот тип дизонтогенеза?
17. Коротко охарактеризуйте искаженное психическое развитие, как вид дизонтогенеза. В основе какого психического нарушения (нарушений) лежит этот тип дизонтогенеза?
18. Коротко охарактеризуйте дисгармоническое психическое развитие, как вид дизонтогенеза. В основе какого психического нарушения (нарушений) лежит этот тип дизонтогенеза?
19. Каких принципов и правил должен придерживаться детский клинический психолог в процессе психологического обследования детей и подростков с ОВЗ?
20. Перечислите клинико-психологические методы диагностики детей и подростков с ОВЗ.
21. Перечислите экспериментально-психологические методики, применяемые при работе с детьми и подростками с нарушенным развитием.
22. Какие экспериментально-психологические методы используются при диагностике родителей и педагогов детей и подростков с ОВЗ?
23. Назовите общие направления психокоррекционной работы с детьми и подростками с отклонениями в развитии.
24. Как проводится психокоррекционная работа с семьей ребенка с ОВЗ (что является предметом данной работы, какие методы и приемы работы использует психолог)?

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. Любое отклонение от нормального психического онтогенетического развития – это:
2. онтогенез
3. дизонтогенез
4. синдромогенез
5. патогенез
6. асинхрония
7. Предмет детской клинической психологии – это:
8. поведение как психологическая категория и как свойство индивида
9. изучение мозговых механизмов психической деятельности
10. изменение психической деятельности при патологических состояниях мозга в сопоставлении с нормой
11. закономерности психического дизонтогенеза
12. расстройства (нарушения) психики и поведения
13. Разделом детской клинической психологии является:
14. организационная психология
15. педагогическая психология
16. детская нейропсихология
17. учение об общих закономерностях нарушенного развития (дизонтогенеза)
18. психология отклоняющегося поведения
19. Разделом детской клинической психологии является:
20. психосоматические проблемы детей и подростков
21. конфликтология
22. учение об общих закономерностях нарушенного развития (дизонтогенеза)
23. социальная психология
24. судебно-психиатрическая экспертиза
25. Разделом детской клинической психологии является:
26. детская патопсихология
27. возрастная психология
28. психология стресса
29. психосоматическая медицина
30. психотерапия и психокоррекция при нарушенном развитии
31. Детская клиническая психология занимается изучением следующих теоретических проблем:
32. проблемы психосоматических и соматопсихических соотношений
33. норма и патология развития
34. психологические особенности больного человека
35. формулирование специфических законов, механизмов формирования нарушений психики
36. этические аспекты оказания психологической помощи
37. Детская клиническая психология занимается изучением следующих теоретических проблем:
38. выявление и описание структуры дефекта и механизмов его формирования
39. мозговая локализация высших психических функций
40. анализ роли биологических и социальных факторов в развитии
41. личностные и поведенческие особенности людей, страдающих различными, заболеваниями
42. феномен взаимодействия между людьми, в частности, феномен общения
43. К видам деятельности детского клинической психолога относится:
44. профилактика и разрешение конфликтов между сотрудниками организации
45. квалификация типа дизонтогенеза; выделение нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности
46. психотерапия и психокоррекция; абилитация и реабилитация
47. формирование благоприятного психологического климата в коллективе
48. экспертная работа по социальному запросу
49. К видам деятельности детского клинической психолога относится:
50. прогноз развития ребенка с отклонениями
51. работа с семьей и окружением ребенка с нарушениями психического развития
52. отбор и оценка персонала при приеме на работу
53. профилактика эмоционального выгорания и стрессов среди работников
54. диагностика (дифференциальная клиническая диагностика, участие в нозологической диагностике, психологическая диагностика нарушений)
55. В настоящее время под дизонтогениями понимают отклонения от нормального психического развития, возникшие вследствие воздействия патогенного фактора на этом этапе онтогенеза:
56. пренатальный (внутриутробный)
57. перинатальный (околородовый)
58. младенчество
59. раннее детство
60. юношеский возраст
61. зрелость
62. Изучением проблем дизонтогенеза в отечественной клинической психологии и детской психиатрии занимался(-лась):
63. Г.Е. Сухарева
64. Г.К. Ушаков
65. В.В. Лебединский
66. С. Минухин
67. С.Я. Рубинштейн
68. Изучением проблем дизонтогенеза в отечественной клинической психологии и детской психиатрии занимался:
69. В.В. Ковалев
70. И.П. Павлов
71. Л.С. Выготский
72. В.Н. Мясищев
73. А.Е. Личко
74. Наиболее корректным по отношению к детям, имеющим те или иные недостатки психического развития, является термин:
75. аномальные дети
76. дефектные дети
77. дети группы риска
78. плохо адаптирующиеся дети
79. дети с ограниченными возможностями здоровья
80. Дизонтогенез может быть вызван:
81. органической патологией
82. психическими расстройствами
83. соматическими и неврологическими заболеваниями
84. дисгармоничными стилями семейного воспитания
85. гармоничным стилем семейного воспитания
86. К биологическим факторам дизонтогенеза относятся(-ится):
87. разного рода стрессогенные факторы
88. ранние заболевания с поражением центральной нервной системы
89. внутриутробные нарушения
90. генетические факторы
91. неблагоприятные условия воспитания
92. патология родов
93. К социальным факторам дизонтогенеза относятся(-ится):
94. разного рода стрессогенные факторы
95. ранние заболевания с поражением центральной нервной системы
96. внутриутробные нарушения
97. генетические факторы
98. неблагоприятные условия воспитания
99. патология родов
100. Проявления патологического воздействия на незрелый мозг зависят от:
101. степени распространённости патологического процесса (объем поврежденных участков мозга)
102. мозговой локализации патологического процесса
103. социальных условий, в которых находится больной ребенок
104. времени возникновения патогенного фактора (возраст ребенка)
105. длительности воздействия патогенного фактора
106. Более грубые отклонения в психическом развитии преимущественно возникают при:
107. раннем воздействии патогенного фактора, чем при позднем
108. воздействии повреждающих вредностей на ранних этапах эмбриогенеза, чем в постнатальный период
109. локальных поражениях головного мозга, чем при диффузных поражениях
110. диффузных органических поражениях головного мозга, чем при локальных поражениях
111. отторжении ребенка социумом, чем при наличии полноценных социальных контактов
112. Учении о сложной структуре дефекта при нарушенном развитии разработал:
113. Виктор Васильевич Лебединский
114. Лев Семенович Выготский
115. Андрей Евгеньевич Личко
116. Геннадий Константинович Ушаков
117. Владимир Викторович Ковалев
118. Первичный дефект обусловлен:
119. повреждающим биологическим фактором
120. анатомическим нарушением того или иного органа
121. социальной депривацией вследствие поражения органов чувств
122. постоянным ощущением неуспеха
123. вторичным дефектом
124. Фактором, обуславливающим вторичное недоразвитие психических функций, является:
125. близость к первично нарушенной функции
126. нахождение функции в сензитивном периоде на момент действия повреждающего фактора
127. социальная депривация
128. наличие социальной поддержки
129. оказание ранней коррекционно-развивающей помощи
130. Первичным дефектом при умственной отсталости является:
131. примитивность психологических реакций
132. интеллектуальная недостаточность
133. неадекватно завышенная самооценка
134. несформированность волевых качеств
135. негативизм
136. При глухоте, возникшей до овладения речью, первичным дефектом является:
137. заниженность самооценки
138. неспособность говорить (немота)
139. замкнутость и отгороженность от внешнего мира
140. нарушение слухового восприятия
141. депрессивные реакции
142. Наиболее уязвимой к вторичному недоразвитию при воздействии повреждающих факторов в дошкольный период являются эта психическая функция:
143. зрительное восприятие
144. слуховое восприятие
145. произвольная моторика
146. кратковременная память
147. речь
148. Основным объектом психодиагностики и психолого-педагогического коррекционного воздействия с позиции учения Л.С. Выготского о сложной структуре дефекта являются:
149. первичные нарушения
150. вторичные нарушения
151. локальные поражения определенных корковых зон
152. сенсорные и гностические расстройства, обусловленные дефектами анализаторных систем
153. инвалидизирующие соматические заболевания
154. Возрастные уровни нервно-психического реагирования детей и подростков на различные патогенные воздействия (Ковалев В.В., 1979) включают:
155. психомоторный
156. сенсомоторный
157. аффективный
158. сомато-вегетативный
159. эмоционально-идеаторный
160. Типичным вариантом нервно-психического реагирования на патогенное воздействие для ребенка в возрасте от 0 до 3 лет является(-ются):
161. негативизм
162. патологическое фантазирование
163. общая и вегетативная возбудимость
164. психомоторная возбудимость
165. Типичным вариантом нервно-психического реагирования на патогенное воздействие для ребенка в возрасте от 4 до 7 лет является(-ются):
166. тики
167. сверхценные увлечения
168. повышение температуры тела
169. агрессия
170. Типичным вариантом нервно-психического реагирования на патогенное воздействие для ребенка в возрасте от 7 до 12 лет является(-ются):
171. заикание
172. сверхценные ипохондрические идеи, такие, как идеи мнимого уродства
173. нарушение сна и аппетита
174. страхи
175. Типичным вариантом нервно-психического реагирования на патогенное воздействие для подростка в возрасте от 12 до 16 лет является(-ются):
176. желудочно-кишечные расстройства
177. психогенные реакции протеста, оппозиции, эмансипации
178. страхи
179. заикание
180. Г.К. Ушаков и В.В. Ковалев предложили следующую классификацию типов дизонтогенеза:
181. регрессия (регресс) – распад – ретардация – асинхрония
182. дети с сенсорной неполноценностью – дети с задержкой психического развития – дети с психопатоподобными (психопатическими) формами поведения – умственно отсталые дети – дети с начальными проявлениями психических заболеваний (шизофрения, эпилепсия)
183. общее психическое недоразвитие – задержанное психическое развитие – поврежденное психическое развитие – дефицитарное психическое развитие – искаженное психическое развитие – дисгармоническое психическое развитие
184. задержанное развитие – поврежденное развитие – искаженное развитие
185. дети с отклонениями развития в связи с органическими нарушениями (умственная отсталость) – дети с отклонениями в развитии в связи с функциональной незрелостью (неврозы и психосоматические заболевания) – дети с отклонениями в развитии на почве психических (эмоциональной, сенсорной, когнитивной) деприваций (госпитализм)
186. Классификация психического дизонтогенеза, предложенная В.В. Лебединским, включает следующие виды:
187. регрессия (регресс) – распад – ретардация – асинхрония
188. дети с сенсорной неполноценностью – дети с задержкой психического развития – дети с психопатоподобными (психопатическими) формами поведения – умственно отсталые дети – дети с начальными проявлениями психических заболеваний (шизофрения, эпилепсия)
189. общее психическое недоразвитие – задержанное психическое развитие – поврежденное психическое развитие – дефицитарное психическое развитие – искаженное психическое развитие – дисгармоническое психическое развитие
190. задержанное развитие – поврежденное развитие – искаженное развитие
191. дети с отклонениями развития в связи с органическими нарушениями (умственная отсталость) – дети с отклонениями в развитии в связи с функциональной незрелостью (неврозы и психосоматические заболевания) – дети с отклонениями в развитии на почве психических (эмоциональной, сенсорной, когнитивной) деприваций (госпитализм)
192. Грубая дезорганизация либо выпадение функции вследствие поражения нервной системы – это (Ушаков Г.К., Ковалев В.В.):
193. регрессия (регресс)
194. распад
195. ретардация
196. асинхрония
197. Тип нарушенного психического развития (по Г.К. Ушакову и В.В. Ковалеву), который характеризуется выраженным опережением развития одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительным отставанием темпа и сроков созревания других функций и свойств, что становится основой дисгармонической структуры личности и психики в целом – это:
198. регрессия (регресс)
199. распад
200. ретардация
201. асинхрония
202. Возврат функций на более ранний возрастной уровень – это (Ушаков Г.К., Ковалев В.В.):
203. регрессия (регресс)
204. распад
205. ретардация
206. асинхрония
207. Клинический тип дизонтогенеза (по Г.К. Ушакову и В.В. Ковалеву), при котором наблюдается запаздывание или приостановка психического развития – это:
208. регрессия (регресс)
209. распад
210. ретардация
211. асинхрония
212. Асинхрония отличается от гетерохронии тем, что:
213. характеризуется разновременностью формирования различных функций с опережающим развитием одной по отношению к другим
214. имеет место при нормальном психическом развитии
215. наблюдается при патологии психического развития
216. психическое развитие соответствует возрастным нормативам
217. психическое развитие не соответствует возрастным нормативам
218. Вариант психического дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому), при котором имеет место сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящие в ряду качественно новых патологических образований – это:
219. общее психическое недоразвитие
220. задержанное психическое развитие
221. поврежденное психическое развитие
222. дефицитарное психическое развитие
223. искаженное психическое развитие
224. дисгармоническое психическое развитие
225. Замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с фиксацией на более ранних возрастных этапах – это (Лебединский В.В.):
226. общее психическое недоразвитие
227. задержанное психическое развитие
228. поврежденное психическое развитие
229. дефицитарное психическое развитие
230. искаженное психическое развитие
231. дисгармоническое психическое развитие
232. Общая стойкая задержка психического развития при наиболее ранних поражениях мозга, что обуславливает первичность и тотальность недоразвития мозговых систем – это (Лебединский В.В.):
233. общее психическое недоразвитие
234. задержанное психическое развитие
235. поврежденное психическое развитие
236. дефицитарное психическое развитие
237. искаженное психическое развитие
238. дисгармоническое психическое развитие
239. Вид психического дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому), основой которого является врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики, преимущественно в эмоционально-волевой сфере – это:
240. общее психическое недоразвитие
241. задержанное психическое развитие
242. поврежденное психическое развитие
243. дефицитарное психическое развитие
244. искаженное психическое развитие
245. дисгармоническое психическое развитие
246. Типичной моделью общего психического недоразвития является(-ются):
247. задержка психического развития
248. ранний детский аутизм
249. олигофрения (умственная отсталость)
250. психопатии
251. органическая деменция
252. патологические формирования личности
253. Характерной моделью поврежденного психического развития является(-ются):
254. задержка психического развития
255. ранний детский аутизм
256. олигофрения (умственная отсталость)
257. психопатии
258. органическая деменция

патологические формирования личности

1. Дефицитарное психическое развитие связано с этим заболеванием:
2. заболевания органов зрения и слуха
3. детский церебральный паралич
4. тяжелые пороки сердца
5. бронхиальная астма
6. шизофрения
7. Искаженное развитие наблюдается:
8. задержке психического развития
9. раннем детском аутизме
10. олигофрении (умственной отсталости)
11. психопатиях
12. органической деменции
13. патологических формированиях личности
14. Моделью дисгармонического развития является(-ются):
15. задержка психического развития
16. ранний детский аутизм
17. олигофрения (умственная отсталость)
18. психопатии
19. органическая деменция
20. патологические формирования личности
21. В наибольшей степени при общем психическом недоразвитии нарушается:
22. речь
23. память
24. интеллект
25. моторика
26. восприятие
27. Наиболее легкая степень общего психического недоразвития, при которой дети способны освоить программу вспомогательной школы и пройти профессиональную подготовку по несложным видам трудовой деятельности – это:
28. идиотия
29. имбецильность
30. дебильность
31. деменция
32. ранний детский аутизм
33. В отличие от детей с умственной отсталостью дети с задержкой психического развития:
34. имеют лучший прогноз в плане обучения и воспитания
35. нуждаются преимущественно в социальной опеке
36. могут обучаться в вспомогательной школе
37. при адекватном индивидуальном подходе способны удовлетворительно осваивать программу обучения массовой школы
38. Задержка психического развития (ЗПР) выражается в:
39. недостаточности общего запаса знаний
40. ограниченности представлений
41. незрелости мышления
42. преобладании учебных интересов над игровыми
43. быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности
44. зрелости эмоций
45. Органическая деменция в отличие от олигофрении:
46. возникает либо начинает грубо прогрессировать в возрасте после 2—3 лет
47. возникает при наиболее ранних поражениях мозга (генетических, внутриутробных, родовых, ранних постнатальных)
48. связана с перенесенными инфекциями, интоксикациями, травмами нервной системы
49. бывает обусловлена наследственными дегенеративными, обменными заболеваниями мозга
50. Для дифференциальной диагностики органической деменции и олигофрении имеет принципиальное значение:
51. уровень IQ не превышает 79 баллов
52. указание на первоначально правильное и своевременное развитие ребенка
53. хронологическая связь психического снижения с перенесенной вредностью
54. значительно меньшая массивность поражения нервной системы
55. В соответствии с классификацией Г.Е. Сухаревой при органической деменции первого типа у детей преобладает(-ют):
56. грубые нейродинамические расстройства (замедленность и ригидность мыслительных процессов, тяжелая психическая истощаемость)
57. нарушения критики и целенаправленности мышления
58. низкий уровень обобщения
59. недостаточность побуждений к деятельности
60. В соответствии с классификацией Г.Е. Сухаревой при органической деменции второго типа у детей преобладает(-ют):
61. грубые нейродинамические расстройства (замедленность и ригидность мыслительных процессов, тяжелая психическая истощаемость)
62. нарушения критики и целенаправленности мышления
63. низкий уровень обобщения
64. недостаточность побуждений к деятельности
65. В соответствии с классификацией Г.Е. Сухаревой при органической деменции третьего типа у детей преобладает(-ют):
66. грубые нейродинамические расстройства (замедленность и ригидность мыслительных процессов, тяжелая психическая истощаемость)
67. нарушения критики и целенаправленности мышления
68. низкий уровень обобщения
69. недостаточность побуждений к деятельности
70. В соответствии с классификацией Г.Е. Сухаревой при органической деменции четвертого типа у детей преобладает(-ют):
71. грубые нейродинамические расстройства (замедленность и ригидность мыслительных процессов, тяжелая психическая истощаемость)
72. нарушения критики и целенаправленности мышления
73. низкий уровень обобщения
74. недостаточность побуждений к деятельности
75. Своеобразие развития и формирования личности ребенка с дефицитарным психическим развитием является следствием:
76. интеллектуального недоразвития, обусловленного органическим поражением головного мозга
77. основного дефекта, затрудняющего полноценные социальные контакты (социальной депривации)
78. неправильного воспитания
79. явлениями асинхронии с опережающим развитием одних функций по отношению к другим
80. Литературная, богатая неологизмами речь, неиспользуемая для диалога, общения и познания окружающего мира характерна для детей с этим психическим расстройством:
81. психопатия
82. органическая деменция
83. умственная отсталость
84. ранний детский аутизм
85. задержка психического развития
86. Примером асинхронии при раннем детском аутизме является:
87. преждевременное развитие речи значительно обгоняет формирование локомоторных (двигательных) функций
88. возврат к автономной речи вследствие потери потребностей в коммуникации
89. временная потеря навыков ходьбы, опрятности
90. развитие вербального интеллекта парадоксально опережает становление предметных навыков
91. Ребенка с ранним детским аутизмом характеризует:
92. сосредоточенность на своих переживаниях
93. отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия
94. активность и открытость в контактах со средой
95. выраженное стремление к новому, тяга к частой смене обстановки
96. медлительность и низкая координированность движений в сочетании с импульсивностью
97. Попытки разрушить стереотипные условия жизни ребенка с ранним детским аутизмом вызывают у него:
98. диффузную тревогу
99. выздоровление
100. агрессию либо самоагрессию
101. адаптацию
102. Характер психодиагностического обследования ребенка зависит от этого фактора:
103. возраст
104. пол
105. состояние здоровья (включая наличие или отсутствие речевых, двигательных или сенсорных нарушений)
106. уровень образования
107. этническая принадлежность
108. Продолжительность психодиагностического обследования ребенка младшего школьного возраста не должно превышать:
109. 15 – 20 минут
110. 25 минут
111. 30 – 45 минут
112. 1 часа
113. 1,5 часа
114. Продолжительность психодиагностического обследования подростка или взрослого составляет около:
115. 15 – 20 минут
116. 25 минут
117. 30 – 45 минут
118. 1 часа
119. 1,5 часа
120. При проведении психодиагностического обследования ребенка не рекомендуется:
121. отвлекаться на заполнение протокола исследования
122. оказывать помощь (если она не предусмотрена процедурой обследования)
123. усиленно хвалить ребенка
124. устанавливать с ребенком психологический контакт
125. критиковать ребенка
126. К умениям, необходимым психологу-диагносту, работающему с детьми (Кононова М.П., 1963), относится:
127. умение быстро и точно вести протокол исследования
128. умение оказать первую медицинскую помощь (при необходимости)
129. умение сохранять с ребенком эмоциональный контакт
130. умение распределять свое внимание между наблюдением за тем, как ребенок выполняет задание, и наблюдением за его поведением
131. К методам клинико-психологической диагностики, используемым для оценки психического развития детей, относится(-ятся):
132. наблюдение
133. проективные тесты
134. беседа
135. тесты интеллекта
136. тесты-опросники
137. С помощью метода наблюдения можно выявить и оценить такие особенности ребенка, как:
138. навязчивые или стереотипные действия
139. проявления тревожности
140. навыки самообслуживания, опрятность в одежде
141. коэффициент интеллекта
142. преобладающий фон настроения
143. особенности его двигательного развития
144. Родители и педагоги могут предоставить психологу следующую информацию о ребенке:
145. анамнестические данные
146. типичное для ребенка поведение, его отношение к родителям
147. нарушения ориентировки в пространстве и времени
148. интересы и склонности
149. проявления отклонений в развитии
150. собственное отношение родителей (педагогов) к проблемам ребенка
151. К методам экспериментально-психологического обследования, применяемым при работе с детьми и подростками с нарушенным развитием, относится(-ятся):
152. наблюдение
153. проективные тесты
154. беседа
155. тесты интеллекта
156. тесты-опросники
157. Задачи диагностического исследования ребенка с отклонениями в развитии включают:
158. определение запаса знаний, умений и навыков у ребенка
159. оценка профессиональной направленности и профпригодности
160. выявление эмоционально-личностных особенностей ребенка,
161. определение уровня развития высших психических функций
162. выявление отношения ребенка к родителям и к социуму
163. Психодиагностика родителей ребенка с отклонениями в психическом развитии направлена на:
164. получение дополнительной информации о ребенке
165. исследование особенностей реагирования родителей на болезнь ребенка
166. исследование личностных особенностей родителей
167. изучение внутрисемейных и детско-родительских отношений
168. Для получения от родителей дополнительной информации о проблемах ребенка может быть использована эта методика:
169. методика «Уровень невротизации и психопатизации» (УНП)
170. методика обучающего эксперимента А.Я. Ивановой
171. методика «Личностная шкала проявлений тревоги» Дж. Тейлора
172. опросник «Оценка особенностей развития ребенка дошкольного возраста» М.М. Семаго
173. методика изучения фрустрационнных реакций С. Розенцвейга
174. Отечественный психолог, разрабатывавшая проблемы патопсихологической диагностики, автор книги «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике» – это:
175. Блюма Вульфовна Зейгарник
176. Груня Ефимовна Сухарева
177. Алла Борисовна Холмогорова
178. Сусанна Яковлевна Рубинштейн
179. Валентина Васильевна Николаева
180. К методам изучения и оценки познавательной деятельности (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи), применяемым с детьми с нарушенным развитием, относится:
181. заучивание 10 слов
182. методика «Лесенка» (Т.В. Дембо – Т.Д. Марцинковская)
183. складывание пирамидки из 4, 6, 8 колец
184. методика изучения фрустрационных реакций (детский вариант) С. Розенцвейга
185. таблицы Шульте («Отыскивание чисел»)
186. методика «Установление последовательности событий» («Сюжетные картинки»)
187. Оценить уровень интеллектуального развития ребенка можно при помощи этой методики:
188. методика Рене Жиля
189. тест «Прогрессивные матрицы Равена»
190. методика изучения фрустрационных реакций (детский вариант) С. Розенцвейга
191. школьный тест умственного развития (ШТУР)
192. тест Векслера (детский вариант)
193. методика «Два дома» (в адаптации Т.Д. Марцинковской)
194. Для изучения эмоционально-личностной сферы ребенка используется:
195. методика «Исключение четвертого лишнего»
196. складывание разрезных картинок
197. анкета «Оценка эмоциональной и коммуникативно-поведенческой сферы детей с тяжелыми нарушениями развития» В.В.Ткачевой
198. методика «Классификация предметов»
199. тест «Рисунок несуществующего животного»
200. методика Кооса («Кубики Кооса»)
201. Об особенностях взаимоотношений ребенка с родителями и другими субъектами внешнего мира можно узнать при помощи этого теста:
202. тест Векслера (детский вариант)
203. методика Рене Жиля
204. тест на опосредствованное запоминание (по А.Н. Леонтьеву)
205. методика «Лесенка для ребенка», разработанная В.В.Ткачевой
206. рисуночный тест «Дом, дерево, человек»
207. методика «Доски Сегена»
208. Методика «Складывание разрезных картинок» позволяет оценить уровень целостного восприятия предметной картинки и уровень развития наглядно-образного мышления у ребенка начиная с этого возраста:
209. 2 года
210. 3 года
211. 5 лет
212. 9 месяцев
213. 1,5 года
214. Методика, направленная на оценку наглядно действенного мышления детей, для которой применяются доски с выемками разной геометрической формы и соответствующими им вкладышами – это:
215. методика Кооса
216. «Доски Сегена»
217. «Пиктограмма»
218. «Прогрессивные матрицы Равена»
219. Тест Векслера
220. Необходимым условием применения теста «Таблицы Шульте» является:
221. освоение программы начальной школы
222. знание ребенком чисел
223. возраст от 3 лет и старше
224. присутствие родителей
225. Для оценки интеллекта детей от 4,5 до 9 лет и испытуемых с аномальным развитием применяется этот вариант теста Равена:
226. «Стандартные прогрессивные матрицы»
227. «Продвинутые прогрессивные матрицы»
228. «Цветные прогрессивные матрицы»
229. «Сборка объекта» («Складывание фигур»)
230. Преимуществом методики обучающего эксперимента А.Я. Ивановой является то, что этот метод:
231. не требует наличия у ребенка школьных знаний
232. может применяться начиная с 2-х летнего возраста
233. позволяет выявить не только актуальные, но и потенциальные учебные возможности ребенка, его обучаемость
234. используется без получения согласия на обследование родителей или опекунов ребенка
235. Для изучения личностных особенностей родителей детей с отклонениями в психическом развитии используется:
236. опросник родительского отношения (ОРО) А.Я. Варги и В.В. Столина
237. 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла
238. методика «Уровень невротизации и психопатизации» (УНП)
239. анкета «Психологический тип родителя» В.В.Ткачевой
240. Для оценки психического здоровья родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, изучение отдельных психических и психопатологических состояний применяется:
241. методика «Социограмма: Моя семья» В.В. Ткачевой
242. тест СМИЛ
243. методика «Лесенка – для родителей» В.В. Ткачевой
244. методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Цунга
245. Характер взаимодействия родителей и ребенка с недостатками в психическом развитии позволяет оценить эта методика:
246. опросник Шмишека
247. методика РARI Е. Шеффер и Р. Белла
248. шкала тревоги Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина
249. тест «Личностный опросник Г. Айзенка»
250. Проективная методика, включающая шесть картин, изображающих детей с отклонениями в развитии (нарушениями интеллекта, сенсорной и двигательной сферы), где родителям предлагается описать каждую из картин, отвечая на поставленные вопросы – это:
251. «Тематический апперцептивный тест» (ТАТ) Г. Мюррея и К. Морган
252. тест М. Люшера
253. тест «Автопортрет» Р. Бернса
254. «Адаптированный Тематический апперцептивный тест» (АТАТ) В.В. Ткачевой
255. методика изучения фрустрационнных реакций С. Розенцвейга
256. Фактором, повышающим эффективность психокоррекционной работы с детьми, имеющими нарушения психического развития, является:
257. сотрудничество родителей с психологом
258. информирование родителей о психических особенностях детей с данным заболеванием
259. обучение родителей оптимальным методам взаимодействия с их ребенком
260. формирование адекватных родительских установок на отклонения в развитии ребенка
261. привлечение родителей в психокоррекционный процесс
262. К общим направлениям работы с детьми с отклонениями в психическом развитии относится:
263. формирование социального интереса
264. смягчение общего фона сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги и страхов
265. коррекция установок и мотивов с целью выработки нового стиля жизни
266. коррекция чувства неполноценности
267. Психологическая коррекция с детьми с задержкой психического развития направлена на:
268. эмоциональную стимуляцию ребенка и стабилизацию его внутренних аффективных процессов
269. развитие способности ребенка длительное время удерживать внимание на каком-либо занятии или предмете
270. стимуляцию познавательной активности ребенка
271. активизацию и совершенствование способов взаимодействия ребенка с окружающими
272. развитие произвольной регуляции поведения
273. выработку более адекватных и гибких форм реагирования ребенка на свое заболевание
274. Работа специалиста по психологической коррекции с детьми с дисгармоническим развитием (ранние дисгармонии) направлена на:
275. эмоциональную стимуляцию ребенка и стабилизацию его внутренних аффективных процессов
276. развитие способности ребенка длительное время удерживать внимание на каком-либо занятии или предмете
277. стимуляцию познавательной активности ребенка
278. активизацию и совершенствование способов взаимодействия ребенка с окружающими
279. развитие произвольной регуляции поведения
280. выработку более адекватных и гибких форм реагирования ребенка на свое заболевание
281. Организация психологической коррекции с детьми с расстройствами аутистического спектра направлена на:
282. эмоциональную стимуляцию ребенка и стабилизацию его внутренних аффективных процессов
283. развитие способности ребенка длительное время удерживать внимание на каком-либо занятии или предмете
284. стимуляцию познавательной активности ребенка
285. активизацию и совершенствование способов взаимодействия ребенка с окружающими
286. развитие произвольной регуляции поведения
287. выработку более адекватных и гибких форм реагирования ребенка на свое заболевание
288. Психологическая коррекция с соматически ослабленными детьми направлена на:
289. эмоциональную стимуляцию ребенка и стабилизацию его внутренних аффективных процессов
290. развитие способности ребенка длительное время удерживать внимание на каком-либо занятии или предмете
291. стимуляцию познавательной активности ребенка
292. активизацию и совершенствование способов взаимодействия ребенка с окружающими
293. развитие произвольной регуляции поведения
294. выработку более адекватных и гибких форм реагирования ребенка на свое заболевание
295. Психологическая коррекция с гиперактивными детьми направлена на:
296. эмоциональную стимуляцию ребенка и стабилизацию его внутренних аффективных процессов
297. развитие способности ребенка длительное время удерживать внимание на каком-либо занятии или предмете
298. стимуляцию познавательной активности ребенка
299. активизацию и совершенствование способов взаимодействия ребенка с окружающими
300. развитие произвольной регуляции поведения
301. выработку более адекватных и гибких форм реагирования ребенка на свое заболевание
302. Родителям гиперактивного ребенка рекомендуется:
303. обещания и поощрения ребенку предоставлять сразу
304. строго отчитывать ребенка за каждое проявление неусидчивости и невнимательности
305. организовать режим дня таким образом, чтобы не перегружать ребенка
306. убедить ребенка в том, что будут любить его только при условии его хорошего поведения
307. Психокоррекционная работа с семьями, воспитывающими детей с ОВЗ, включает:
308. коррекцию переживаний членов семьи по поводу рождения ребенка с недостатками развития (стресс, фрустрация, чувство вины)
309. формирование у родителей компетентности в отношении возрастных и индивидуальных особенностей ребенка
310. принятие родителями ребенка таким, какой он есть
311. рефлексию родителями собственной стратегии воспитания
312. обучение родителей методическим приемам работы с ребенком по формированию у него навыков адекватного поведения
313. коррекцию отношений между матерью и ребенком
314. коррекцию отношений между матерью и отцом ребенка

**ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:**

*Инструкция:* Ознакомьтесь с описание ребенка с ОВЗ и ответьте на вопросы.

**№1.**

|  |
| --- |
| ***Описание:*** |
| Заболевание проявляется в отсутствии или значительном снижении контактов, «уходе» в свой внутренний мир. Отсутствие контактов наблюдается как по отношению к родным и близким, так и сверстникам. Ребенок, где бы он ни находился, ведет себя так, как будто он один. Обращает на себя внимание эмоциональная холодность и безразличие к близким, часто с повышенной ранимостью, чувствительностью к критике и малейшим замечаниям в свой адрес. Поскольку человеческое лицо особенно часто бывает сверхсильным раздражителем, такие дети избегают взгляда, прямого зрительного контакта. Многие окружающие предметы, явления и некоторые люди вызывают у них постоянное чувство страха. Отмечается своеобразие моторики и речи этих детей детей. Уже начав ходить, они еще долго сохраняют неуклюжесть движений, испытывают трудности в овладении бегом, прыжками. Одним из основных признаков данного психического заболевания являются характерные особенности речи. Нередко при большом словарном запасе дети не пользуются речью для общения. Характерно неупотребление личных местоимений: ребенок говорит о себе во втором или третьем лице. При недоразвитии коммуникативной функции речи может наблюдаться повышенное стремление к словотворчеству. *(Карвасарский Б.Д., 2004)* |
| ***Вопрос 1:*** |
| Определите тип психического дизонтогенеза. |
| ***Ответ:*** |
|  |
| ***Вопрос 2:*** |
| Сформулируйте рекомендации по проведению психокоррекционной работы с таким ребенком. |
| ***Ответ:*** |
|  |

**№2.**

|  |
| --- |
| ***Описание:*** |
| Такие дети отличаются уже внешне. Они более субтильны, часто рост у них меньше среднего и личико сохраняет черты более раннего возраста, даже когда они уже становятся школьниками. У этих детей особенно сильно выражено отставание в развитии эмоциональной сферы. Они находятся как бы на более ранней стадии развития по сравнению с хронологическим возрастом. У них наблюдается большая выраженность эмоциональных проявлений, яркость эмоций и вместе с тем их неустойчивость и лабильность, для них очень характерны легкие переходы от смеха к слезам и наоборот. У детей этой группы очень выражены игровые интересы, которые преобладают даже в школьном возрасте. *(Лубовский В.И., 2003)* |
| ***Вопрос 1:*** |
| Определите тип психического дизонтогенеза. |
| ***Ответ:*** |
|  |
| ***Вопрос 2:*** |
| Сформулируйте рекомендации по проведению психокоррекционной работы с таким ребенком. |
| ***Ответ:*** |
|  |

**№3.**

|  |
| --- |
| ***Описание:*** |
| Основной характеристикой такого ребенка или подростка является эгоцентризм, то есть стремление быть в центре событий, обращать на себя внимание окружающих. С ранних лет наблюдается капризность; девочки нередко стремятся привлечь к себе внимание различными вымыслами и фантазиями. Они очень ревнивы к похвалам в адрес других, из-за чего вступают в конфликты с окружающими. В школьном возрасте стремление привлечь к себе внимание проявляется также в характере одежды и прически. Неспособность к волевому усилию приводит к тому, что даже при хорошем интеллекте успехи в учебе значительно ниже возможностей. Конфликты вероятны не только с одноклассниками, но и с учителями. В подростковом возрасте типичны кокетство, склонность к интригам и сплетням. Эгоцентризм делает их чуждыми к переживаниям и трудностям близких, друзей, они сосредоточены только на своих переживаниях и интересах. *(Карвасарский Б.Д., 2004)* |
| ***Вопрос 1:*** |
| Определите тип психического дизонтогенеза. |
| ***Ответ:*** |
|  |
| ***Вопрос 2:*** |
| Сформулируйте рекомендации по проведению психокоррекционной работы с таким ребенком. |
| ***Ответ:*** |
|  |

**Тема 6.** Психологическое консультирование, психологическая коррекция и психотерапия

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:**

1. Дайте определение понятия "психологическое консультирование". Назовите предмет и объект психологического консультирования.
2. Какие ученые способствовали развитию психологического консультирования, как формы психологической помощи?
3. Какие задачи по мнению Ю.А. Алешиной должен решить консультант в процессе оказания психологической помощи клиенту?
4. Каких принципов должен придерживаться психолог-консультант в работе с клиентом?
5. Перечислите психологические средства, находящиеся в распоряжении консультанта.
6. Дайте краткую характеристику вербальному и невербальному способу коммуникации.
7. Какие виды слушание применяет психолог-консультант? Дайте краткую характеристику каждому виду слушания.
8. Коротко опишите то, что происходит на первом этапе психологического консультирования. Какие задачи психолог-консультант должен решить на этом этапе? Как называется этот этап?
9. На что направлена работа консультанта на втором этапе психологического консультирования? Как принято называть этот этап?
10. На что направлены действия консультанта на третьем этапе психологического консультирования? Как называется этот этап работы?
11. Дайте определение понятий "психокоррекция" и "психотерапия".
12. Чем медицинская психотерапия отличается от немедицинской психотерапии? Почему клинический психолог не может заниматься медицинской психотерапией?
13. Чем психологическое консультирование отличается от психотерапии?
14. Какую проблему психологов, работающих в области психотерапии позволил решить термин "психологическая коррекция"?
15. Перечислите основные теоретические направления в психотерапии.
16. Раскройте классификацию методов психотерапии по принадлежности тому или иному психолого-психотерапевтическому направлению.
17. Раскройте классификацию методов психотерапии по целям ее использования.
18. Раскройте классификацию методов психотерапии по фокусу приложения.
19. Раскройте классификацию методов психотерапии по стилю работы специалиста.
20. Раскройте классификацию методов психотерапии в зависимости от разных механизмов психотерапевтических техник.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. В процессе психологического консультирования психолог помогает клиенту решить эту проблему (выступая в качестве основного, а не вспомогательного специалиста):
2. выбор профессии
3. кризис супружеской жизни
4. купирование абстинентного синдрома
5. суицидальное поведение
6. переживание утраты
7. В процессе психологического консультирования психолог помогает клиенту решить эту проблему (выступая в качестве основного, а не вспомогательного специалиста):
8. возрастной кризис
9. школьный буллинг
10. отстаивание личных границ в отношениях
11. конфликт в рабочем коллективе
12. алкогольная зависимость
13. Слово консультирование произошло от латинского слова consultare, которое переводится как:
14. заботиться
15. исправлять
16. лечить
17. советоваться
18. воздействовать
19. В отечественной психологической литературе термин "психологическое консультирование" появился:
20. в 2000-х гг.
21. в 1936 г.
22. в 1950-х гг.
23. в начале 1990-х гг.
24. в 1980-х гг.
25. Психологическое консультирование как вид профессиональной деятельности, сфокусированной на помощи в решении психологических проблем психически здоровых людей, раньше других твердился в этой стране:
26. США
27. Россия
28. Канада
29. Великобритания
30. Австралия
31. Разработчик недирективного клиент-центрированного подхода в психологическом консультировании Карл Роджерс придавал особое значение:
32. переживанию психологом эмпатического понимания внутреннего состояния клиента
33. ответственности клиента за его собственное развитие
34. безусловной положительной оценке и принятию клиента консультантом
35. искренности (конгруэнтности) консультанта
36. Целью психологического консультирования в рамках психоаналитического психолого-психотерапевтического направления является:
37. установление доверительного контакта с клиентом
38. осознание вытесненных в бессознательное переживаний клиента
39. исправление неадекватного поведения и обучение эффективному поведению
40. поощрение открытости клиента собственным переживаниям, уверенности в себе
41. помощь в пересмотре системы убеждений, норм, представлений, коррекция иррациональных установок
42. Целью психологического консультирования в рамках поведенческого психолого-психотерапевтического направления является:
43. установление доверительного контакта с клиентом
44. осознание вытесненных в бессознательное переживаний клиента
45. исправление неадекватного поведения и обучение эффективному поведению
46. поощрение открытости клиента собственным переживаниям, уверенности в себе
47. помощь в пересмотре системы убеждений, норм, представлений, коррекция иррациональных установок
48. Целью психологического консультирования в рамках модели рационально-эмоциональной терапии А. Эллиса является:
49. установление доверительного контакта с клиентом
50. осознание вытесненных в бессознательное переживаний клиента
51. исправление неадекватного поведения и обучение эффективному поведению
52. поощрение открытости клиента собственным переживаниям, уверенности в себе
53. помощь в пересмотре системы убеждений, норм, представлений, коррекция иррациональных установок
54. Целью психологического консультирования в рамках модели клиент-центрированной терапии К. Роджерса является:
55. установление доверительного контакта с клиентом
56. осознание вытесненных в бессознательное переживаний клиента
57. исправление неадекватного поведения и обучение эффективному поведению
58. поощрение открытости клиента собственным переживаниям, уверенности в себе
59. помощь в пересмотре системы убеждений, норм, представлений, коррекция иррациональных установок
60. Консультант имеет право нарушить правило конфиденциальности в этом случае:
61. риск для жизни клиента или других людей
62. смерть клиента
63. преступные действия клиента
64. обращение к консультанту за разъяснениями членов семьи клиента
65. Принцип разграничения личных и профессиональных сторон в пространстве консультирования предполагает, что:
66. запрещено вступать с клиентом в сексуальные отношения
67. запрещено вступать с клиентом в дружеские отношения
68. не рекомендуется консультировать знакомых, друзей и родственников
69. не рекомендуется демонстрировать осуждение или свое личное отношение к различным аспектам поведения клиента
70. Конгруэнтность – это:
71. способность встать на место клиента
72. безоценочное восприятие клиента
73. искренность консультанта
74. согласованность или соответствие информации, одновременно передаваемой человеком вербальным и невербальным способом
75. Цель работы с клиентом при проблемно-ориентированном консультировании:
76. перестройка личности клиента
77. формирование и укрепление способности клиента к адекватным ситуации действиям
78. овладение техниками, позволяющими улучшить самоконтроль
79. анализ индивидуальных, личностных причин проблемы
80. предотвращение подобных проблем в будущем
81. изменение поведения клиента
82. Цель работы с клиентом при личностно-ориентированном консультировании:
83. перестройка личности клиента
84. формирование и укрепление способности клиента к адекватным ситуации действиям
85. овладение техниками, позволяющими улучшить самоконтроль
86. анализ индивидуальных, личностных причин проблемы
87. предотвращение подобных проблем в будущем
88. изменение поведения клиента

1. Минимальное вмешательство в речь говорящего при максимальной сосредоточенности на ней – это:
2. активное слушание
3. рефлексивное слушание
4. нерефлексивное слушание
5. эмпатическое слушание
6. пассивное слушание
7. В отношении активного слушания верно следующее:
8. основано на особых приемах участия в беседе, предполагающих активное выражение собственных переживаний и соображений
9. позволяет точнее понять психологические состояния, чувства, мысли собеседника
10. применяется в случае, если клиенту необходимо выговориться, дать выход своим чувствам
11. представляет собой использование поощряющих реплик типа «Да?», «Пожалуйста, продолжайте» и т. п. или невербальных способов демонстрации внимания, поощрения и поддержки (кивание и покачивание головой, наклон туловища вперед и др.)
12. Содержанием первого этапа психологического консультирования является:
13. работа с проблемой клиента посредством различных психокоррекционных методов
14. оценка проблем клиента, формирование конструктивного запроса клиента на психологическую помощь
15. установление доверительного контакта с клиентом
16. соотнесение изменений, произошедших с клиентом в течение сеанса, с его жизненной реальностью (заземление)
17. Содержанием второго этапа психологического консультирования является:
18. работа с проблемой клиента посредством различных психокоррекционных методов
19. оценка проблем клиента, формирование конструктивного запроса клиента на психологическую помощь
20. установление доверительного контакта с клиентом
21. соотнесение изменений, произошедших с клиентом в течение сеанса, с его жизненной реальностью (заземление)
22. Содержанием третьего этапа психологического консультирования является:
23. работа с проблемой клиента посредством различных психокоррекционных методов
24. оценка проблем клиента, формирование конструктивного запроса клиента на психологическую помощь
25. установление доверительного контакта с клиентом
26. соотнесение изменений, произошедших с клиентом в течение сеанса, с его жизненной реальностью (заземление)
27. Характерной особенностью медицинской модели психотерапии является:
28. ориентация на устранение жалоб-симптомов
29. объект – психически здоровые люди ("клиенты")
30. используются только психологические средства (слово, средства невербальной коммуникации, разные виды научения и др.)
31. реализуется лицами с высшим медицинским образованием (врач-психотерапевт)
32. Характерной особенностью психологической модели психотерапии является:
33. ориентация на исследование жалоб-симптомов с целью выявления первопричины их появления и работы уже с ней
34. объект – люди, имеющие психическое расстройство ("пациенты")
35. наряду с психологическими средствами применяются физио-, фармако-, фито-и другие терапевтические средства
36. реализуется лицами с высшим медицинским или психологическим образованием (врач-психотерапевт или психолог)
37. В соответствии с представлениями о целевых стратегиях психотерапии определите направленность действий специалиста, позволяющую добиться наибольших результатов, хотя и требующую наиболее длительной психотерапевтической работы:
38. реконструкция связей пациента с ближайшим социальным окружением
39. реконструкция внутреннего мира личности пациента
40. коррекция неадекватных, самофрустрирующих стереотипов переживания и поведения
41. непосредственное воздействие на симптомы болезни с помощью суггестии и тренинга
42. выработка новых, более зрелых и конструктивных способов восприятия, переживания и поведения
43. В соответствии с представлениями о целевых стратегиях психотерапии определите направленность действий специалиста, при которой улучшение состояния пациента происходит в наиболее короткие сроки, хотя результаты могут быть неустойчивыми:
44. реконструкция связей пациента с ближайшим социальным окружением
45. реконструкция внутреннего мира личности пациента
46. коррекция неадекватных, самофрустрирующих стереотипов переживания и поведения
47. непосредственное воздействие на симптомы болезни с помощью суггестии и тренинга
48. выработка новых, более зрелых и конструктивных способов восприятия, переживания и поведения
49. Термин "психологическая коррекция" возник как наиболее корректный с юридической точки зрения аналог термина:
50. психологическая психотерапия
51. психодинамическая психотерапия
52. неврачебная психотерапия
53. немедицинская психотерапия
54. поведенческая психотерапия
55. Психотерапия в отличие от психологического консультирования (преимущественно):
56. затрагивает глубинные аспекты личности, лежащие в основе большинства жизненных трудностей и конфликтов
57. используется при работе со здоровыми людьми
58. ориентирована на разрешение конкретных жизненных ситуаций и проблем
59. ориентирована на реконструирование личности
60. в большинстве случаев бывает краткосрочной (5-6 встреч)
61. направлена на помощь человеку в лучшем использовании личностных ресурсов, уже имеющихся в его распоряжении
62. Классификация методов психотерапии по фокусу приложения включает:
63. социоориентированные методы
64. суггестивные методы
65. симптомо-ориентированные методы
66. личностно-ориентированные методы
67. гуманистические методы
68. Классификация видов психотерапии в зависимости от разных механизмов психотерапевтических техник включает:
69. когнитивно-бихевиоральную психотерапия
70. телесно-ориентированную психотерапию
71. содержательно-ориентированную психотерапию
72. психодинамическую психотерапию
73. процессуально-ориентированную психотерапию
74. К психодинамическому направлению в психотерапии относится:
75. личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова
76. гештальт-терапия Фрица и Лауры Перлз
77. клиент-центрированная психотерапия Карла Роджерса
78. классический психоанализ Зигмунда Фрейда
79. экзистенциальное консультирование Ролло Мея и Ирвина Ялома
80. К экзистенциально-гуманистическому направлению в психотерапии относится:
81. личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова
82. гештальт-терапия Фрица и Лауры Перлз
83. клиент-центрированная психотерапия Карла Роджерса
84. классический психоанализ Зигмунда Фрейда
85. экзистенциальное консультирование Ролло Мея и Ирвина Ялома
86. Наиболее успешно поведенческая психотерапия применяется при:
87. кризисах самоопределения
88. тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройствах
89. аддиктивном поведении и зависимостях
90. переживании утраты
91. состояниях, при которых возможно выделить какой-то определенный симптом как «мишень» для психотерапевтического вмешательства
92. Целью когнитивно-поведенческой психотерапии является:
93. приобретение пациентом способности к самоактуализации личности
94. изменение отношений внутри семейной системы, поддерживающих болезнь или дезадаптивные симптомы одного из членов
95. изменение нелогичных или нецелесообразных мыслей и убеждений человека
96. восстановление способности личности к свободному сознательному выбору с чувством ответственности за этот выбор
97. устранение нежелательных форм поведения и выработка полезных для клиента навыков поведения
98. помощь клиенту в осознании и конструктивном разрешении внутриличностного конфликта
99. Целью экзистенциально-гуманистической психотерапии является:
100. приобретение пациентом способности к самоактуализации личности
101. изменение отношений внутри семейной системы, поддерживающих болезнь или дезадаптивные симптомы одного из членов
102. изменение нелогичных или нецелесообразных мыслей и убеждений человека
103. восстановление способности личности к свободному сознательному выбору с чувством ответственности за этот выбор
104. устранение нежелательных форм поведения и выработка полезных для клиента навыков поведения
105. помощь клиенту в осознании и конструктивном разрешении внутриличностного конфликта
106. Факторами, обеспечивающими успешность психотерапии, являются:
107. относительно высокая длительность болезни / проблемы
108. пожилой возраст
109. высокий уровень интеллекта
110. низкая мотивация на лечение
111. способность к рефлексии

**Тема 7.** Неотложная помощь в клинической психологии

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:**

1. Что такое психогения?
2. Раскройте классификацию психогений по МКБ-10.
3. Какие расстройства психики относятся к реакциям на тяжелый острый стресс? Что является основным проявлением острой реакции на тяжелый стресс?
4. Опишите гипокинетический и гиперкинетический варианты острой реакции на тяжелый стресс. Какова продолжительность острых реакций на тяжелый стресс?
5. В чем заключается неотложная помощь лицам, оказавшимся в чрезвычайных ситуациях?
6. Какие методы психотерапии используются в лечении острых реакций на тяжелый стресс?
7. Как возникает посттравматическое стрессовое расстройство и каковы его симптомы?
8. Вследствие чего возникают расстройства адаптации? В чем отличие стрессовых факторов, вызывающих расстройства адаптации от стрессовых факторов, вызывающих острые и хронические стрессовые расстройства (рассмотренные в предыдущих пунктах)?
9. Перечислите проявления расстройств адаптации в соматической, психологической и поведенческой сфере.
10. Что включает психотерапия при расстройствах адаптации?

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. Психогениями называются психические заболевания, возникающие вследствие:
2. перенесенных поражений головного мозга, приведших к его резидуальной органической недостаточности (черепно-мозговые травмы, отравления, менингиты и др.)
3. нервных перенапряжений и срывов, трудно разрешимых ситуаций, проблем и конфликтов
4. личностно значимых интенсивных переживаний (острых или хронических)
5. отклонений внутриутробного формирования структур организма от нормального развития
6. шокирующих чрезвычайных обстоятельств (особенно – с угрозой для жизни)
7. К общим свойствам психогенных расстройств по Ясперсу относится:
8. наличие временного промежутка (порой значительного) между действием психотравмирующего фактора и появления симптомов расстройства
9. связь расстройств по времени с действием психической травмы
10. наличие психологически понятных связей между проявлениями расстройства и содержанием психотравмы
11. психологическая понятность симптомов отсутствует или выражена слабо
12. прекращение или значительное ослабление проявлений расстройства по мере уменьшения значимости травмирующей ситуации
13. Уязвимость к воздействию психотравмирующих факторов повышает:
14. преобладание сангвинического или флегматического типа темперамента
15. наследственное психопатологическое и психосоматическое отягощение
16. вторичные поражения мозга при заболеваниях печени, почек, сердца, легких, сосудов
17. завышенные жизненные притязания и связанный с ними напряженный образ жизни
18. гармоничное семейное воспитание
19. Уязвимость к воздействию психотравмирующих факторов понижает:
20. преобладание сангвинического или флегматического типа темперамента
21. наследственное психопатологическое и психосоматическое отягощение
22. вторичные поражения мозга при заболеваниях печени, почек, сердца, легких, сосудов
23. завышенные жизненные притязания и связанный с ними напряженный образ жизни
24. гармоничное семейное воспитание
25. В МКБ-10 психогенные расстройства представлены в рубриках:
26. F07
27. F40-42
28. F44-48
29. F32
30. F43
31. Острые реакции на тяжелый стресс включают расстройства, которые возникают вследствие:
32. ситуаций, содержащих прямую угрозу гибели человека
33. миграции, перехода на положение беженца
34. террористических актов, взятия в заложники
35. участия в боевых действиях
36. потери близких, переживания разлуки
37. Гипокинетический вариант острой реакции на тяжелый стресс проявляется:
38. безучастностью к происходящему
39. двигательной обездвиженностью вплоть до полного оцепенения
40. стремлением куда-то бежать – без учёта места наибольшей опасности
41. аффективным психомоторным возбуждением с беспорядочными движениями («двигательной бурей»)
42. отсутствием речевого общения с окружающими, отсутствием ответа на обращенную речь
43. Гиперкинетический вариант острой реакции на тяжелый стресс проявляется:
44. безучастностью к происходящему
45. двигательной обездвиженностью вплоть до полного оцепенения
46. стремлением куда-то бежать – без учёта места наибольшей опасности
47. аффективным психомоторным возбуждением с беспорядочными движениями («двигательной бурей»)
48. отсутствием речевого общения с окружающими, отсутствием ответа на обращенную речь
49. Продолжительность аффективно-шоковых расстройств при острых реакциях на тяжелый стресс составляет:
50. от 1 до 3 месяцев
51. от 1 месяца до полугода
52. от 2 суток до 4 недель
53. от нескольких часов до 2-3 дней
54. от 2 лет и более
55. Проявлением посттравматического стрессового расстройства является:
56. легкость создания теплых доверительных отношений
57. повышенная реакция на испуг
58. стойкие непроизвольные и чрезвычайно живые воспоминания перенесенного (флэшбэк)
59. стремление быть в обществе других людей, открытость
60. повторяющиеся тяжелые сны о травматическом событии
61. Расстройства адаптации возникают вследствие:
62. стихийных бедствий – наводнений, землетрясений, пожаров
63. утраты имущества и (или) сбережений, тяжелого материального положения
64. стрессовых жизненных событий, не содержащих прямой и непосредственной угрозы физическому существованию
65. приобретения статуса родителей либо отделения повзрослевших детей от родительской семьи
66. неудачи в достижении заветной личной цели
67. К соматическим сигналам расстройств адаптации относятся:
68. повышенная утомляемость
69. замедленность реакций
70. расстройство аппетита (снижение или расторможение)
71. снижение организованности и целеустремленности в образе жизни
72. К психологическим сигналам расстройств адаптации относятся:
73. боль в теле
74. повышенная эмоциональная чувствительность и уязвимость
75. рассеянность, забывчивость
76. склонность к драматическому поведению и эмоциональным вспышкам
77. К поведенческим сигналам расстройств адаптации относятся:
78. алкоголизация и наркотизация
79. большое число ошибок в работе
80. головная боль
81. агрессивное и асоциальное поведение (особенно у подростков)
82. Кризис возникает:
83. в ситуациях, когда усвоенных ранее образцов поведения недостаточно для совладания с обстоятельствами
84. в ситуациях, когда требуется найти новые способы поведения и новые смыслы жизни
85. исключительно вследствие ситуаций, связанных с угрозой для жизни и здоровья
86. исключительно вследствие ситуаций, не содержащих прямой и непосредственной угрозы физическому состоянию человека

**Модуль 2. Методология исследования в клинической психологии**

**Тема 1.** *Развитие методологии научных исследований в клинической психологии*

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Понятие нормы в клинической психологии.

2. Понятие аномалии развития и патологии.

3. Изучение проблем разграничения нормы и патологии, уровней здоровья.

4. Изучение проблем развития и нарушений психики.

5. Соотношение биологического и психосоциального, психосоматического и соматопсихического.

6. Парадигмы психического здоровья.

7. Проблемы психической адаптации и компенсации.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ОКАЗЫВАЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ СЛЕДУЮЩИХ ОБЩЕТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ ПСИХОЛОГИИ, КРОМЕ:
   1. анализа компонентов, входящих в состав психических процессов;
   2. изучения соотношения развития и распада психики;
   3. разработки философско-психологических проблем;
   4. установления роли личностного компонента в структуре различных форм психической деятельности;
   5. клинико-патопсихологический подход в диагностике психических расстройств.
2. КАКАЯ ЭТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ПОЛУЧИЛА НАИБОЛЬШЕЕ РАЗВИТИЕ В ПОСЛЕДНЕЙ ЧЕТВЕРТИ XX В.?
   1. модель Гиппократа;
   2. биоэтика;
   3. деонтологическая модель;
   4. модель Парацельса;
   5. этическое учение Платона.
3. КАКОЙ ПРИНЦИП В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ МОЖЕТ КОНКРЕТИЗИРОВАТЬСЯ КАК ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ?
4. принцип единства сознания и деятельности;
5. принцип развития;
6. принцип личностного подхода;
7. принцип структурности;
8. принцип индивидуализации исследования.
9. КТО ВВЕЛ В ОБРАЩЕНИЕ ТЕРМИН «ДЕОНТОЛОГИЯ»?
10. Декарт;
11. Спиноза;
12. Бентам;
13. Бубер;
14. Сократ.
15. КАК НАЗЫВАЮТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ, ОТЧЕТЛИВО СВЯЗАННЫЕ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ФУНКЦИЯМИ:
16. психодинамические;
17. психофизиологические
18. биопсихические;
19. нейрофизиологические;
20. биохимические.
21. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЯЕМЫХ СТАДИЙ НЕ ВХОДИТ В ЧИСЛО ФАЗ ОПИСАННОГО Г. СЕЛЬЕ АДАПТАЦИОННОГО СИНДРОМА:
22. истощения;
23. тревоги;
24. генерализации;
25. сопротивления;
26. верно «3» и «4».
27. СОСТОЯНИЯ ПОЛНОГО ИЛИ ЧАСТИЧНОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ НАРУШЕННЫХ В СВЯЗИ С БОЛЕЗНЬЮ ФУНКЦИЙ НАЗЫВАЕТСЯ
28. адаптацией;
29. компенсацией;
30. гиперкомпенсацией;
31. кооперацией;
32. атрибуцией.
33. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:
    * 1. отработке практических навыков;
      2. повышении уровня знаний;
      3. установлении эмоциональной дистанции с больными;
      4. совершенствовании профессионализма, установлении адекватной эмоциональной дистанции с больными, формировании индивидуального врачебного «имиджа»;
      5. установлении дружеских отношений с коллегами.
34. АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТА К УСЛОВИЯМ СТАЦИОНАРА ДЛИТСЯ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО:
    1. около 5 дней;
    2. около 2 недель;
    3. первые два дня госпитализации;
    4. 15 дней;
    5. первые 6 часов госпитализации.
35. АДАПТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА РЕДУКЦИЮ ПАТОГЕННОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ, ПРЕДОХРАНЯЯ ОТ БОЛЕЗНЕННЫХ ЧУВСТВ И ВОСПОМИНАНИЙ, А ТАКЖЕ ОТ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, НАЗЫВАЮТ:
36. копинг-механизмами;
37. механизмами психологической защиты;
38. компенсаторными психологическими механизмами;
39. адаптивными психологическими реакциями;
40. блокирующими психологическими механизмами.
41. ПРЕОДОЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ И СВЯЗАННЫХ С НЕЙ ТРУДНОСТЕЙ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОСОМАТИКЕ НАЗЫВАЮТ ТЕРМИНОМ:
42. психологическая защита;
43. сила Я;
44. копинг;
45. отреагирование;
46. инсайт.
47. В ПРЕОДОЛЕНИИ СТРЕССА ВАЖНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ:
48. механизмы психологической защиты;
49. вид стрессора;
50. психологические стратегии совладания со стрессом;
51. психологические ресурсы преодоления стресса;
52. верно все, кроме «2».

**Тема 2.** *Развитие теорий личности и их значение для разработки научных основ клинико-психологической диагностики и вмешательства*

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Проблема личности в клинической психологии.

2. Основные подходы к пониманию личности в психологии.

3. Понимание патологии (болезни) представителями различных направлений в психологии.

4. Теории личности в рамках развития отечественной и зарубежной психологии.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. ЛИЧНОСТЬ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ РЕЗУЛЬТАТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПОСОБНОСТЕЙ, ПРОШЛОГО ОПЫТА И ОЖИДАНИЙ ИНДИВИДУУМА, С ОДНОЙ СТОРОНЫ, И ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ —С ДРУГОЙ, ПО МНЕНИЮ:
2. бихевиористов;
3. гештальтистов;
4. психоаналитиков;
5. когнитивистов;
6. гуманистов.
7. ЛИЧНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА В ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ МЕРЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ ОЦЕНКУ ИМ СИТУАЦИИ, А ТАКЖЕ ТО, ОТКУДА ИСХОДИТ КОНТРОЛЬ ЗА ЕГО ПОСТУПКАМИ, ПО МНЕНИЮ:
8. бихевиористов;
9. гештальтистов;
10. фрейдистов;
11. когнитивистов;
12. гуманистов.
13. ВЛИЯНИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ НА ПОВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА ПОДЧЕРКИВАЕТ ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТИ:
14. аналитическая;
15. гуманистическая;
16. когнитивная;
17. деятельностная;
18. социального научения.
19. ТЕОРИИ ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ ПЫТАЮТСЯ ОПИСЫВАТЬ ЛИЧНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА НА ОСНОВАНИИ:
20. его физической конституции;
21. тех моделей, которым он подражает;
22. факторов, контролирующих его поступки;
23. его индивидуально-психологических особенностей;
24. его психофизиологических особенностей.
25. В СХЕМЕ ЛИЧНОСТИ Г. АЙЗЕНКА ВЫДЕЛЯЮТСЯ ДВА ИЗМЕРЕНИЯ: СТАБИЛЬНОСТЬ/НЕСТАБИЛЬНОСТЬ И:
26. подвижность/уравновешенность;
27. экстраверсия/интроверсия;
28. экстрапунитивность/интропунитивность;
29. психотизм/депрессия;
30. сила/подвижность.
31. БИХЕВИОРИСТСКИЙ ПОДХОД РАССМАТРИВАЕТ ЧЕЛОВЕКА КАК РЕЗУЛЬТАТ:
32. постижения им последствий своего поведения;
33. когнитивной интерпретации различных ситуаций;
34. конфликтов между познавательными силами и реальностью;
35. взаимодействий между людьми;
36. самоактуализации.
37. ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ ТЕОРИИ ЧЕРТ ЯВЛЯЕТСЯ:
38. Г. Олпорт;
39. Г. Айзенк;
40. К. Роджерс;
41. К. Левин;
42. А. Бандура.
43. ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
44. К. Юнг;
45. А. Адлер;
46. Фрейд;
47. Э. Фромм;
48. К. Хорни.
49. МНОГИЕ ЧЕРТЫ ЛИЧНОСТИ ОБУСЛОВЛЕНЫ ПОЛОВЫМИ ВЛЕЧЕНИЯМИ, ПОДАВЛЯЮЩИМИСЯ В ДЕТСТВЕ, СОГЛАСНО:
50. ассоцианизму;
51. бихевиоризму;
52. когнитивизму;
53. психоанализу;
54. гештальт-теории.
55. ПРИНЦИП, ЧТО ЧУВСТВА И ПОВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ НЕАДЕКВАТНЫМИ, КОГДА ИСТОЛКОВАНИЕ ИМ СИТУАЦИЙ ОСНОВАНО НА ИРРАЦИОНАЛЬНЫХ МЫСЛЯХ, ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ПОДХОДА:
56. бихевиорального;
57. когнитивного;
58. деятельностного;
59. психоаналитического;
60. феноменологического.
61. ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ЗАЩИТЫ БЫЛА ВПЕРВЫЕ РАЗРАБОТАНА:
62. в гештальтпсихологии;
63. в гуманистической психологии;
64. в бихевиоризме;
65. в психоанализе;
66. в когнитивной психологии.
67. ТОЛЬКО ПОВЕДЕНИЕ, ПОДДАЮЩЕЕСЯ НАБЛЮДЕНИЮ, МОЖЕТ БЫТЬ ОПИСАНО ОБЪЕКТИВНО, ПО МНЕНИЮ:
68. гештальтистов;
69. фрейдистов;
70. бихевиористов;
71. когнитивистов;
72. гуманистов.
73. В КАЧЕСТВЕ ЭЛЕМЕНТОВ ЛИЧНОСТИ БИХЕВИОРИСТСКАЯ ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ НАЗЫВАЕТ:
74. задатки;
75. рефлексы или социальные навыки;
76. способности;
77. темперамент;
78. архетипы.
79. ОДНИМ ИЗ ОСНОВОПОЛОЖНИКОВ СОЦИАЛЬНОГО НАУЧЕНИЯ В ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
80. Дж. Уотсон;
81. Б. Скиннер;
82. А. Бандура;
83. К. Хорни;
84. Дж. Келли.
85. «РАСЦВЕТ» ЛИЧНОСТИ ЗАВИСИТ ОТ ТОГО, КАК ЧЕЛОВЕК СПРАВЛЯЕТСЯ С КАЖДЫМ ИЗ ВОСЬМИ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ КРИЗИСОВ, ЧЕРЕЗ КОТОРЫЕ ОН ПРОХОДИТ В ТЕЧЕНИИ СВОЕЙ ЖИЗНИ; СОГЛАСНО:
86. Э. Эриксону;
87. К. Бюлеру;
88. А. Валлону;
89. А. Маслоу;
90. М. Эриксону.
91. ЛИЧНОСТЬ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК СОВОКУПНОСТЬ Я-СОСТОЯНИЙ В КОНЦЕПЦИИ:
92. К. Роджерса;
93. А. Бандуры;
94. Э. Берна;
95. А. Маслоу;
96. Р. Бендлеру.
97. КАК НАЗЫВАЕТСЯ КОНЦЕПЦИЯ, СОГЛАСНО КОТОРОЙ ЧЕЛО­ВЕЧЕСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТЕМ, ПРИНИМАЕТ ЧЕЛОВЕК ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА РЕЗУЛЬТАТ ПОВЕДЕНИЯ НА СЕБЯ ИЛИ ВОЗ­ЛАГАЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ НА КОГО-ТО ИЛИ ЧТО-ТО В СРЕДЕ:
98. Концепция уровня ожиданий;
99. Концепция целевой установки;
100. Концепция эгоизма—альтруизма;
101. Концепция локуса контроля;
102. Концепция когнитивного диссонанса.
103. КТО РАЗРАБОТАЛ И ПРЕДЛОЖИЛ АССОЦИАТИВНЫЙ ЭКСПЕ­РИМЕНТ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ НЕОСОЗНАВАЕМЫХ АФФЕКТИВНЫХ ОБ­РАЗОВАНИЙ:
104. 3. Фрейд;
105. К. Юнг;
106. П. Жане;
107. И. Брейер;
108. А. Адлер.
109. КТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНО­ВАТЕЛЕМ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ:
110. Э. Эриксон;
111. Г. Олпорт;
112. А. Адлер;
113. В.М. Бехтерев;
114. А. Маслоу.
115. ПОНЯТИЯ ЭКСТРАВЕРСИИ И ИНТРОВЕРСИИ ВВЕЛ:
116. К. Юнг;
117. Ж. Пиаже;
118. К. Левин;
119. А. Адлер;
120. Г. Айзенк.
121. БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ СОЗРЕВАНИЯ ЛИЧНОСТИ СТАВИТ В ОСНОВУ ТАКОЙ ПОДХОД К РАЗВИТИЮ ЛИЧНОСТИ:
122. психогенетический;
123. социогенетический;
124. биогенетический;
125. двухфакторный;
126. психодинамический.
127. ИЕРАРХИЧЕСКУЮ ПИРАМИДУ ПОТРЕБНОСТЕЙ РАЗРАБОТАЛ:
128. К. Роджерс:
129. А. Маслоу:
130. Г. Олпорт;
131. В. Кёлер;
132. К. Левин.
133. В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ, ЧЕМ ТЕОРИЯ ДРУГИХ ПСИХОАНАЛИТИКОВ, ОРИЕНТИРОВАНА НА РАССМОТРЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОВЕДЕНИЯ КОНЦЕПЦИЯ:
134. К. Юнга;
135. А. Адлера;
136. К. Хорни;
137. Э. Фромма;
138. В. Райха.
139. ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ КОНЦЕПЦИИ ОТНОШЕНИЙ ЛИЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
140. Л.С. Выготский;
141. В.А. Ядов;
142. А.Н. Мясищев;
143. А.А. Бодалев;
144. С.Л. Рубинштейн.
145. КАКИЕ ПОНЯТИЯ НЕ ВХОДЯТ В КОНЦЕПЦИЮ ЛИЧНОСТИ В БИХЕВИОРИЗМЕ:
146. оперантноеобусловливание;
147. подкрепление;
148. классическое обуславливание;
149. систематическая десенсибилизация;
150. самоактуализация.
151. В ДЕЯТЕЛЬНОСТНОМ ПОДХОДЕ НАИБОЛЕЕ ПОПУЛЯРНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ МОДЕЛЬ ЛИЧНОСТИ:
152. двухкомпонентная;
153. трехкомпонентная;
154. четырехкомпонентная;
155. пятикомпонентная;
156. семикомпонентная.
157. С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СУБЪЕКТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛИЧНОСТЬ ИССЛЕДУЕТСЯ:
158. А.Н. Леонтьевым;
159. А.Ф. Лазурским;
160. К.К. Платоновым;
161. А.Г. Ковалевым;
162. Б.Г. Ананьевым.
163. КАК СОВОКУПНОСТЬ ВНУТРЕННИХ УСЛОВИЙ, ЧЕРЕЗ КОТОРЫЕ ПРЕЛОМЛЯЮТСЯ ВНЕШНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ, ТРАКТУЕТ ЛИЧНОСТЬ:
164. А.Н. Леонтьев;
165. С Л. Рубинштейн;
166. К. К. Платонов;
167. А. Г. Ковалев;
168. А.Р. Лурия.
169. ЛИЧНОСТЬ—СУБЪЕКТ И ОБЪЕКТ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ, ПО МНЕНИЮ:
170. А.Н. Леонтьева;
171. С.Л. Рубинштейна;
172. К.К. Платонова;
173. А. Г. Ковалева;
174. А.Ф. Лазурского.
175. КОНЦЕПЦИЯ ЛИЧНОСТИ КАК СОВОКУПНОСТИ СУБЪЕКТИВНЫХ ОТНОШЕНИЙ К СЕБЕ, ДРУГИМ И МИРУ БЫЛА ВЫДВИНУТА:
176. Э. Кречмером;
177. А.В. Петровским;
178. А.Ф. Лазурским;
179. В.М. Бехтеревым;
180. К.К. Платонов.
181. АВТОРОМ КОНЦЕПЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТНОГО ОПОСРЕДСТВОВАНИЯ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
182. А.В. Петровский;
183. А.Ф. Лазурский;
184. Б.Д. Парыгин;
185. Г.М. Андреева;
186. С.Л. Рубинштейн.
187. АВТОРОМ ИЕРАРХИЧЕСКОЙ СХЕМЫ ДИСПОЗИЦИОННОЙ РЕГУЛЯЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
188. А.Н. Леонтьев;
189. В.А. Ядов;
190. А.Н. Мясищев;
191. А.Г. Асмолов;
192. А.А. Бодалев.
193. К ТЕМПЕРАМЕНТУ НЕ СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬ ТОЛЬКО ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИКИ, КОТОРЫЕ ВЫРАЖАЮТСЯ В «ИМПУЛЬСИВНОСТИ» И «ВПЕЧАТЛИТЕЛЬНОСТИ», ПО МНЕНИЮ:
194. С.Л. Рубинштейна;
195. Б.М.Теплова;
196. В.Н. Небылииына;
197. И.П. Павлова;
198. В.М. Бехтерева
199. К ТЕМПЕРАМЕНТУ СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬ ТОЛЬКО ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИКИ, КОТОРЫЕ ВЫРАЖАЮТСЯ В ИМПУЛЬСИВНОСТИ И «ВПЕЧАТЛИТЕЛЬНОСТИ», СОГЛАСНО:
200. С.Л. Рубинштейну;
201. Б.М. Теплову;
202. В.Д. Небылицыну;
203. Л.С. Выготскому;
204. А.Н. Леонтьеву.
205. ТРИ ТАКИХ ВЕДУЩИХ КОМПОНЕНТА ТЕМПЕРАМЕНТА, КАК ОБЩАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ, ЕГО МОТОРИКА И ЭМОЦИОНАЛЬНОСТЬ, ПРЕДЛОЖИЛ ВЫДЕЛИТЬ:
206. С.Л. Рубинштейн;
207. Б.М. Теплов;
208. В.Д. Небылицын;
209. А.Н. Леонтьев;
210. Л.С. Выготский.
211. ПО И.П. ПАВЛОВУ, КЛАССИФИКАЦИЯ ТИПОВ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ДОЛЖНА БЫТЬ ОСНОВАНА НА УЧЕТЕ ПАРАМЕТРОВ:
212. сила, уравновешенность, подвижность;
213. активность - пассивность;
214. соотношения жидкостей в организме;
215. особенностей строения тела;
216. скорость и устойчивость нервных импульсов.
217. ПО И.П. ПАВЛОВУ, СИЛЬНЫЙ, УРАВНОВЕШЕННЫЙ И ПОДВИЖНЫЙ ТИП НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:
218. сангвиников;
219. флегматиков;
220. холериков;
221. меланхоликов;
222. атлетиков.
223. ПО И.П. ПАВЛОВУ, СИЛЬНЫЙ, НЕУРАВНОВЕШЕННЫЙ И ПОДВИЖНЫЙ ТИП НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:
224. сангвиников;
225. флегматиков;
226. холериков;
227. меланхоликов;
228. пикников.
229. ХАРАКТЕР ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СОВОКУПНОСТЬ ОСНОВНЫХ НАКЛОННОСТЕЙ, СОГЛАСНО:
230. В.Н. Мясищеву;
231. А.Н. Леонтьеву;
232. А.Ф. Лазурскому;
233. В.Д. Небылицыну;
234. Б.М. Теплову.
235. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДАЮТ ОСНОВАНИЯ СВЯЗЫВАТЬ АСОЦИАЛЬНОЕ, В ЧАСТНОСТИ — АГРЕССИВНОЕ, ПО­ВЕДЕНИЕ С ОСОБЕННОСТЯМИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ:
236. Гипоталамуса;
237. Гиппокампа;
238. Лимбической системы;
239. Ретикулярной формации;
240. Фронтальной коры.
241. С НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ И СПО­СОБНОСТИ К НАУЧЕНИЮ СВЯЗЫВАЮТ ПРОИСХОЖДЕНИЕ КАКОГО ИЗ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ:
242. Тревожное;
243. Нарцисстическое;
244. Диссоциальное;
245. Пассивно-агрессивное;
246. Шизоидное.
247. В ОТЛИЧИЕ ОТ К. ЛЕОНГАРДА, ОПИСАВШЕГО АКЦЕНТУАЦИИ ЛИЧНОСТИ, А.Е. ЛИЧКО:
248. Рассматривал акцентуации как проявление тем­перамента;
249. Считал их специфическими проявлениями под­росткового криза;
250. Соотносил акцентуации с характером как стерж­невым свойством личности;
251. Рассматривал акцентуации как предиктор психозов;
252. Предполагал, что акцентуации встречаются только у 12 – 15% населения.
253. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ЛУЧШЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОНЯТИЕ АК­ЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА/ЛИЧНОСТИ:
254. Результат длительного и/или неблагоприятного течения неврозов;
255. Вариант нормы;
256. Не приводящие к значительной социальной дизадаптации психопатии;
257. Мягкие дефектные состояния после латентных психотических расстройств;
258. Инициальный период расстройства личности.
259. АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:
260. Нормальные и патологические;
261. Явные и скрытые;
262. Временные и постоянные;
263. Нормативные и девиантные;
264. Ядерные и краевые.
265. КТО СФОРМУЛИРОВАЛ ДИНАМИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП ИЗУЧЕ­НИЯ ПСИХОПАТИЙ:
266. И.П. Павлов;
267. Р. Крафт-Эбинг;
268. П.Б. Ганнушкин;
269. О.В. Кербиков;
270. К. Леонгард.
271. ПО П.Б.ГАННУШКИНУ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ПСИХОПАТИЯХ (ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВАХ) ПОДРАЗУМЕВАЕТ НАЛИЧИЕ В ПОВЕДЕНИИ ТАКИХ ПРИЗНАКОВ КАК:
     1. Тотальность;
     2. Стабильность;
     3. Динамичность;
     4. Дезадаптация;
     5. Всех, кроме п. «3».
272. КОНЦЕПЦИЯ ЯДЕРНЫХ И КРАЕВЫХ ПСИХОПАТИЙ О.В. КЕРБИКОВА ВОСХОДИТ К РАБОТАМ:
273. Э. Крепелина;
274. Э. Кречмера;
275. Й. Шультца;
276. П.Б. Ганнушкина;
277. Р. Крафт-Эбинга.
278. В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ ПСИХОПАТИИ РАЗДЕЛЯЮТ­СЯ НА:
279. Ядерные, конституциональные;
280. Нажитые, патохарактерологические формиро­вания;
281. Органические;
282. Псевдоорганические;
283. Верно все, кроме указанного в п. «4».
284. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ВОЗНИКАЮТ В ПРЕДПОЧТИТЕЛЬ­НОМ ДЛЯ КАЖДОГО ИЗ ТИПОВ ВОЗРАСТЕ, НО, В ОБЩЕМ, ЧАЩЕ:
285. В подростковом или детском возрасте;
286. В ранней молодости;
287. В зрелом возрасте;
288. В возрасте до 9 лет;
289. В период адаптации к обучению в школе.
290. ДЛЯ КАКОГО ПОДХОДА К ПОНИМАНИЮ ИЗБЕГАЮЩЕГО РАС­СТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО ПРЕДСТАВЛЕНИЕ, ЧТО ДИС­ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ И ВЕРОВАНИЯ КОРЕНЯТСЯ В КРАЙНЕЙ КРИТИЧНОСТИ СО СТОРОНЫ РОДИТЕЛЕЙ НА РАННИХ ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ:
291. Психодинамического;
292. Гуманистического;
293. Когнитивно-поведенческого;
294. Трансперсонального;
295. Гештальт-подхода.
296. СОГЛАСНО ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ, НА КАКОЙ СТА­ДИИ РАЗВИТИЯ ЗАФИКСИРОВАНЫ ЛЮДИ С ЗАВИСИМЫМ РАС­СТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ:
297. Оральная;
298. Анальная;
299. Фаллическая;
300. Генитальная;
301. Латентная.
302. СОГЛАСНО ТЕОРИИ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ, КАКОЙ ТИП ПРИВЯЗАННОСТИ СВОЙСТВЕНЕН ЛЮДЯМ С ЗАВИСИМЫМ РАССТРОЙ­СТВОМ ЛИЧНОСТИ:
303. Безопасный;
304. Небезопасный;
305. Заземленный;
306. Аффективный;
307. Неадаптивный.
308. СВЕРХПРОЩАЮЩЕЕ ИЛИ ОТВЕРГАЮЩЕЕ ОТНОШЕНИЕ РОДИ­ТЕЛЕЙ К РЕБЕНКУ НА ОРАЛЬНОЙ ФАЗЕ РАЗВИТИЯ ПРЕДРАСПОЛА­ГАЕТ К РАССТРОЙСТВУ ЛИЧНОСТИ КАКОГО ТИПА:
309. Зависимое;
310. Избегающее;
311. Нарцисстическое;
312. Шизоидное;
313. Диссоциальное.
314. АНАНКАСТНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ СВЯЗАНО С А-ФИКСАЦИЕЙ ПОДОБНО ТОМУ, КАК ЗАВИСИМОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧ­НОСТИ — С Б-ФИКСАЦИЕЙ (В КАКОМ ПУНКТЕ СОДЕРЖАНИЕ А И Б ПРЕДСТАВЛЕНЫ ВЕРНО):
315. Генитальной — фаллической;
316. Анальной — оральной;
317. Оральной — анальной;
318. Латентной — фаллической;
319. Генитальной – анальной.
320. НА КАКОЙ ИЗ ТЕОРИЙ ОСНОВАНО ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ТОМ, ЧТО ЛЮДИ С ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ ВЕДУТ СЕБЯ В СООТВЕТСТВИИ С НЕРЕАЛИСТИЧЕСКИМИ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМИ О СОВЕРШЕНСТВЕ:
321. Гуманистической;
322. Психоаналитической;
323. Когнитивно-поведенческой;
324. Биологической;
325. Экзистенциальной.
326. В РАМКАХ КАКОГО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПРЕДСТАВ­ЛЕНИЕ О ТОМ, ЧТО САМООПИСАНИЕ ТИПА «Я НЕАДЕКВАТНА И НЕ МОГУ УПРАВЛЯТЬ СОБСТВЕННОЙ ЖИЗНЬЮ» ПРИВОДИТ ЖЕНЩИ­НУ С ИСТЕРИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ К КОНЦЕНТ­РАЦИИ ВНИМАНИЯ НА СЕБЕ И ПОИСКУ ОДОБРЕНИЯ ЧЕРЕЗ ПРЕДЪЯВЛЕНИЕ ГИПЕРФЕМИНИННЫХ ПАТТЕРНОВ ПОВЕДЕНИЯ:
327. Психоаналитическое;
328. Гуманистическое;
329. Когнитивно-поведенческое;
330. Гештальт-психологическое;
331. Экзистенциальное.

**Тема 3.** *Нарушения психических процессов и личности при различных психических расстройствах*

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Генезис и структура патопсихологических синдромов.

2. Возрастной аспект патопсихологической семиотики.

3. Патопсихологическое исследование для изучения нарушенных психических функций.

4. Нарушения сознания.

5. Нарушения восприятия.

6. Нарушения памяти.

7. Клиническая и психологическая феноменология расстройств мышления.

8. Аномалии эмоционально-личностной сферы.

9. Патопсихологические механизмы нарушения и изменения мотивационно-потребностной сферы.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ВВЕДЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ОПОСРЕДОВАНИЯ УЛУЧШАЕТ ЗАПОМИНАНИЕ, В ТО ВРЕМЯ КАК У РЯДА БОЛЬНЫХ, НАОБОРОТ, УХУДШАЕТ. КТО ОПИСАЛ ЭТОТ ЭФФЕКТ:
2. А.Р. Лурия;
3. Б.В. Зейгарник;
4. Г.В. Биренбаум;
5. С.Г. Жислин;
6. Т. Рибо.
7. КТО ПРЕДЛОЖИЛ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАМЯТИ МЕТОДОМ ПИК­ТОГРАММЫ:
8. С.Я. Рубинштейн;
9. А.Р. Лурия;
10. Т. Рибо;
11. Б.В. Зейгарник;
12. Г.В. Биренбаум.
13. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ИЗУЧАЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ МЕТО­ДИКИ ВЫГОТСКОГО—САХАРОВА:
14. Понятийное мышление;
15. Конструктивный праксис;
16. Опосредованное запоминание;
17. Процессы абстрагирования;
18. Непосредственное запоминание.
19. ТАБЛИЦЫ ШУЛЬТЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ОБЪЕМА ВНИМАНИЯ, А ТАБЛИЦЫ ШУЛЬТЕ—ГОРБОВА ДЛЯ ИС­СЛЕДОВАНИЯ:
20. Устойчивости внимания;
21. Переключаемость внимания;
22. Динамической асимметрии внимания;
23. Концентрации внимания;
24. Объема внимания.
25. В ОТЛИЧИЕ ОТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПАТОПСИ­ХОЛОГИЯ ОПИРАЕТСЯ НА:
26. Особо тщательную стандартизацию;
27. Психофизиологическое представление о лич­ности;
28. Моделирование определенных ситуаций, в кото­рых проявляются исследуемые виды психичес­кой деятельности;
29. Стандартизацию норм по нозологическому при­знаку;
30. Знание психопатологическихсимптомокомплексов.
31. МЕТОДИКА Б.В. ЗЕЙГАРНИК «СООТНОШЕНИЕ ПОСЛОВИЦ, МЕТАФОР И ФРАЗ» НАПРАВЛЕНА НА ДИАГНОСТИКУ:
32. Осведомленности;
33. Интеллекта;
34. Комбинаторики;
35. Шизофренических расстройств мышления;
36. Памяти.
37. МЕТОДИКА ДЕМБО—РУБИНШТЕЙН ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:
38. Тест уровня самооценки;
39. Экспериментально-психологическую методику изучения свойств личности по самооценке;
40. Экспериментально-психологическую методику изучения самооценки;
41. Опросник черт личности;
42. Проективную методику изучения ценностно-смысловой сферы.
43. ЦЕЛЕВЫЕ УСТАНОВКИ ПРОБЫ БУРДОНА И МАТРИЦ РАВЕНА СООТНОСЯТСЯ КАК:
44. Предпосылки интеллекта — интеллект;
45. Интеллект — мышление;
46. Ригидность — гибкость;
47. Частное – общее;
48. Не соотносятся.
49. ДЛЯ КАКОЙ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ЦЕЛЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ОБЫЧ­НО ШКАЛА ДЕПРЕССИИ М. ГАМИЛЬТОНА:
50. Оценка структуры депрессии;
51. Дифференциация невротической и эндогенной депрессии;
52. Выявление соматогенных депрессий;
53. Контроль эффективности антидепрессантов;
54. Верно все перечисленное выше.
55. УКАЖИТЕ, ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАБЛЮДАЮТСЯ НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ И ИНТЕЛЛЕКТА
56. прогрессивный паралич;
57. сосудистые заболевания мозга;
58. травмы головного мозга;
59. опухоли головного мозга;
60. все перечисленные выше заболевания.
61. СУЩЕСТВЕННЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ВНИМАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ УКАЗАННЫЕ, КРОМЕ:
    1. устойчивость;
    2. разноплановость;
    3. переключаемость;
    4. концентрация;
    5. объем.
62. БУКВЕННУЮ КОРРЕКТУРНУЮ ПРОБУ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНИМАНИЯ ПРЕДЛОЖИЛ:
    1. Шульте;
    2. Векслер;
    3. Бурдон;
    4. Бине;
    5. Айзенк.
63. ОСНОВАТЕЛЕМ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ШКОЛЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
    1. Лебединский;
    2. Лазурский;
    3. Ананьев;
    4. Зейгарник;
    5. Рубинштейн.
64. К ТИПИЧНЫМ НАРУШЕНИЯМ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ УКАЗАННЫЕ, КРОМЕ:
    1. резонерства;
    2. разноплановости;
    3. соскальзывания;
    4. склонности к детализации;
    5. неологизмов.
65. ПАМЯТЬ МОЖЕТ ХАРАКТЕРИЗОВАТЬСЯ ВСЕМИ УКАЗАННЫМИ ВИДАМИ, КРОМЕ:
    1. оперативной;
    2. познавательной;
    3. кратковременной;
    4. отсроченной;
    5. зрительной.
66. ТИПИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ УКАЗАННЫЕ, КРОМЕ:
    1. замедленности;
    2. тугоподвижности;
    3. актуализации малозначимых «латентных» признаков;
    4. вязкости;
    5. обстоятельности.
67. ПРИНЦИП ПОСТРОЕНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТА –
68. направленность на качественный анализ психической деятельности больных;
69. стандартизация условий исследования, ограничение времени;
70. наличие специального оборудования;
71. направленность на количественный анализ психической деятельности больных;
72. нет верного ответа.
73. РАЗНОПЛАНОВОСТЬ МЫШЛЕНИЯ И ИСКАЖЕНИЕ ПРОЦЕССОВ ОБОБЩЕНИЯ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ:
74. эпилепсии;
75. депрессии;
76. шизофрении;
77. олигофрении;
78. астении.
79. КОРСАКОВСКИЙ СИНДРОМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ ....
80. эпилепсии;
81. неврозах;
82. депрессиях;
83. алкоголизме;
84. психопатиях.
85. КТО ВПЕРВЫЕ ПРЕДПРИНЯЛ ПОПЫТКУ ВЫДЕЛЕНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ?
86. Б. В. Зейгарник;
87. И. А. Кудрявцев;
88. А. Р. Лурия;
89. В. М. Бехтерев;
90. нет верного ответа.
91. К ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКЕ НЕ ОТНОСИТСЯ
92. галлюцинации;
93. бред;
94. сверхценные идеи;
95. апатия;
96. нет верного ответа.
97. К НЕГАТИВНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКЕ ОТНОСИТСЯ
98. навязчивые действия
99. галлюциноз
100. абулия
101. бред
102. сверхценные идеи.
103. ЗАВИСИМОСТЬ ПРОТЕКАНИЯ НАРУШЕНИЙ ОТ ВРЕМЕНИ ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПРИ
104. шизофрении;
105. МДП;
106. эпилепсии;
107. олигофрении;
108. нет верного ответа.
109. В «РЕАКТИВНУЮ ТРИАДУ» ЯСПЕРСА НЕ ВХОДИТ ОДНА ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ХАРАКТЕРИСТИК:
110. реактивное состояние вызывается психической травмой;
111. психогенно-травмирующая ситуация отражается в клинической картине заболевания, в содержании его симптомов;
112. реактивное состояние не прекращается, даже после исчезновения вызвавшей его причины;
113. реактивное состояние прекращается с исчезновением вызвавшей его причины;
114. нет верного ответа.
115. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ОТЛИЧИЕМ РЕАКТИВНЫХ ПСИХОЗОВ ОТ НЕВРОЗОВ В КЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
116. нарушения психических функций;
117. наличие негативной симптоматики;
118. судорожные приступы;
119. наличие продуктивной симптоматики;
120. нет верного ответа.
121. ВОСПРИЯТИЕ ОБЪЕКТА, ОТСУТСТВУЮЩЕГО В РЕАЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ, ЭТО:
122. эйдетизм;
123. галлюцинации;
124. иллюзии;
125. парейдолии;
126. нет верного ответа.
127. ОБЪЕМ ХРАНЯЩЕЙСЯ ИНФОРМАЦИИ В КРАТКОВРЕМЕННОЙ ПАМЯТИ:
128. 7 ± 2;
129. неограничен;
130. предел неизвестен;
131. в среднем 10;
132. 6.
133. ОШИБОЧНЫЕ ВОСПРИЯТИЯ РЕАЛЬНЫХ ВЕЩЕЙ ИЛИ ЯВЛЕНИЙ НАЗЫВАЮТСЯ:
134. агнозией;
135. галлюцинацией;
136. иллюзией;
137. парейдолии;
138. нет верного ответа.
139. РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ:
140. шизофрении;
141. ишемии;
142. панкреатите;
143. бронхите;
144. нет верного ответа.
145. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ КОРСАКОВСКОГО СИНДРОМА***:***

1. прогрессирующая амнезия;

2. антероретроградная амнезия;

3. фиксационная амнезия;

4. верны ответы 1, 2;

5. верны ответы 2, 3.

1. ГИПОМНЕЗИЯ – ЭТО:
2. особые состояния, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами;
3. нарушения слухоречевой памяти при акустико-мнестической афазии;
4. кратковременное усиление, обострение памяти, резкое увеличение объема и прочности запоминания материала по сравнению со средними нормальными показателями;
5. ослабление, снижение памяти или отдельных ее компонентов, недостаточность побуждения к действиям, может иметь различное происхождение.
6. нет верного ответа.
7. ПСЕВДОРЕМИНИСЦЕНЦИИ – ЭТО:
8. провалы памяти, заполняемые информацией, источник которой больной забывает;
9. особые состояния, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами;
10. это замещение провалов памяти информацией и реальными фактами из жизни больного, но значительно смещенными во времени;
11. выпадение памяти на разные сведения, навыки либо на тот или иной промежуток времени;
12. нет верного ответа.
13. ПРОБА НА АССОЦИАТИВНУЮ ПАМЯТЬ ПОЗВОЛЯЕТ:
14. судить о большей или меньшей сохранности механической и логической памяти;
15. сравнить показатели непосредственного и опосредованного запоминания;
16. верны ответы 1 и 2;
17. выявить объем запоминания;
18. нет верного ответа.
19. ЗАТОРМОЖЕНИЕ ПРОЦЕССА МЫШЛЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ:
20. замедления возникновения ассоциаций, уменьшения количества ассоциаций;
21. однообразия мыслей и представлений, трудности их образования;
22. трудности отделения главного от второстепенного;
23. жалоб на утрату способности к мышлению;
24. все ответы верны.
25. ДЛЯ РАЗОРВАННОСТИ МЫШЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНО***:***

1. нарушение грамматической структуры речи;

2. отсутствие логической связи между понятиями в высказываниях;

3. наличие длительных пауз между высказываниями;

4. все варианты верны;

5. нет верного варианта ответа.

1. БЕСПЛОДНОЕ, БЕСЦЕЛЬНОЕ, ОСНОВАННОЕ НА НАРУШЕНИИ МЫШЛЕНИЯ МУДРСТВОВАНИЕ НАЗЫВАЕТСЯ:
2. демагогией
3. амбивалентностью
4. мутизмом
5. резонерством
6. нет верного ответа
7. НЕСПОСОБНОСТЬ РАЗДЕЛЕНИЯ ГЛАВНОГО И ВТОРОСТЕПЕННОГО С ЗАСТРЕВАНИЕМ НА НЕСУЩЕСТВЕННЫХ ДЕТАЛЯХ НАЗЫВАЕТСЯ:
8. олигофазией;
9. тугоподвижностью;
10. разорванностью;
11. обстоятельностью;
12. нет верного ответа.
13. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ОБОБЩЕНИЙ И ИСКАЖЕНИЕ ПРОЦЕССА ОБОБЩЕНИЯ ОТНОСЯТ К:
14. нарушениям динамики мыслительных процессов;
15. нарушениям операциональной стороны мышления;
16. нарушениям личностного компонента мышления;
17. нарушениям процесса внешней опосредованности познавательной деятельности;
18. нарушениям процесса саморегуляции познавательной деятельности.
19. НАПРАВЛЕННОСТЬ МЕТОДИКИ «ИСКЛЮЧЕНИЕ»:
20. исследование уровня и характера протекания процесса обобщения и отвлечения;
21. изучение интеллектуального уровня;
22. изучение целенаправленности и критичности мышления;
23. все ответы верны;
24. нет верного ответа.
25. МЕТОДИКА НАПРАВЛЕННАЯ НА ИЗУЧЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО УРОВНЯ, РАСКРЫВАЕТ ХОД РАССУЖДЕНИЙ ОБСЛЕДУЕМОГО И ДАЕТ БОЛЕЕ ПОЛНУЮ ОЦЕНКУ ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМА ОСМЫСЛЕНИЯ В ДИНАМИКЕ.
26. Определение и сравнение понятий;
27. Понимание переносного смысла пословиц и метафор;
28. Понимание сюжетных картин;
29. Формирование искусственных понятий;
30. все ответы верны;
31. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЕРНО ОПИСЫВАЕТ ШКАЛУ ТРЕ­ВОГИ М. ГАМИЛЬТОНА:
32. личностный опросник, направленный на выяв¬ление конституциональной тревожности и си-туационной тревоги;
33. клинико-диагностический опросник, диффе¬ренцирующий невротическую и психотическую тревогу;
34. стандартизованный опросник для выявления соматических эквивалентов тревоги;
35. нестандартизованное интервью, используемое в работе с подростками;
36. верны ответы «2» и «3».

**Тема 4.** *Роль нейропсихологии индивидуальных различий человека в медицинской психологии*

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Нейропсихология индивидуальных различий.

2. Дефицитарность некоторых психических функций как индивидуально-психологическая характеристика.

3. Природа индивидуально-психологических различий. Нейропсихологический подход к изучению биологических основ психики.

4. Значение нейропсихологических исследований индивидуальных различий для изучения проблемы типологии нормы.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. С ПРАВЫМ (НЕДОМИНАНТНЫМ) ПОЛУШАРИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА СВЯЗАНЫ:
2. Счетные способности и логическое мышление;
3. Логическое мышление и восприятие образа тела;
4. Восприятие образа тела и зрительно-простран­ственная организация;
5. Зрительно-пространственная организация и счет­ные способности;
6. Верно «1» и «2».
7. ПРОЦЕСС ПОЗНАНИЯ ОТ ОБЩЕГО К ЧАСТНОМУ БОЛЕЕ ПРЕДСТАВЛЕН:
8. в левом полушарии;
9. в правом полушарии;
10. одинаково в обоих полушариях;
11. в зависимости от стимульного материала;
12. у мужчин, чем у женщин.
13. ЛЕВШЕСТВО — ЭТО:
14. преобладание размера левой руки над правой;
15. совместное преобладание леворасположенных парных органов над правыми;
16. преобладание левой руки и левой ноги над правыми;
17. различия в чувствительности правой и левой половины тела;
18. отклонение в развитии, развивающееся при воздействии вредных факторов на плод в период от начала беременности до 8-9 недели.
19. КАКАЯ ИЗ УКАЗАННЫХ ЗОН МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ ЧУВСТВА УДОВОЛЬСТВИЯ:
20. Перегородка;
21. Хвостатое ядро;
22. Миндалина;
23. Кора;
24. Ядра мозжечка.
25. ПОЛОВАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПРОИСХОДИТ
26. в 7-11;
27. в 11-15;
28. в 14-17лет;
29. в 18 лет;
30. в 20 лет.

**Тема 5.** *Междисциплинарные связи нейропсихологии: нейронауки, информатика, лингвистика*

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Возникновение и развитие нейропсихологии как самостоятельной дисциплины на стыке психологии, медицины (неврологии, нейрохирургии) и физиологии.

2. Связь нейропсихологии и информатики, лингвистики.

3. Возникновение и развитие нейропсихологии как самостоятельной дисциплины на стыке психологии, медицины (неврологии, нейрохирургии) и физиологии.

4. Связь нейропсихологии и информатики, лингвистики.

5. Клиническая психология в психиатрии, наркологии, психотерапии.

6. Клиническая психология в неврологии.

7. Клиническая психология в клинике внутренних болезней.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. ОСНОВАТЕЛЕМ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
2. Хомская;
3. Корнилов;
4. Павлов;
5. Лурия;
6. Бехтерев.
7. КТО ПЕРВЫМ ОТКРЫЛ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ЛАБОРАТОРИЮ В РОССИИ?
8. Чиж;
9. Бехтерев;
10. Корсаков;
11. Россолимо;
12. Павлов.
13. КОГО МОЖНО СЧИТАТЬ РОДОНАЧАЛЬНИКОМ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ?
14. Прибрама;
15. Лейбница;
16. Коха;
17. Галля;
18. Локка.
19. НАЗОВИТЕ ОСНОВАТЕЛЯ НАУЧНОЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ:
20. Московичуте;
21. Рибо;
22. Крепелин;
23. Лазурский;
24. Бехтерев.
25. УКАЖИТЕ ПСИХОЛОГА, ВНЕСШЕГО НАИБОЛЬШИЙ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ В РОССИИ:
26. Мясищев;
27. Лебединский;
28. Цветкова;
29. Ухтомский;
30. Бехтерев.
31. С КАКИМИ СМЕЖНЫМИ НАУКАМИ СВЯЗАНА НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ:
32. с возрастной психологией;
33. со специальной психологией;
34. с детской психиатрией;
35. с инженерной психологией;
36. верно «1», «2» и «3».
37. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КАКОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ НЕ МОГУТ РАЗРАБАТЫВАТЬСЯ БЕЗ КЛИНИЧЕСКОЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ:
    1. фитотерапии;
    2. физиотерапии;
    3. рефлексотерапии;
    4. неврологии;
    5. хирургии.

**Тема 6.** *Психологические проблемы телесности*

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Основные понятия: тело человека, природное и социальное тело.

2. Биологические и социокультурные детерминанты телесности человека.

3. Естественнонаучное и этнокультурологическое понимание развития телесности человека.

4. Основные понятия: тело человека, природное и социальное тело.

5. Биологические и социокультурные детерминанты телесности человека.

6. Естественнонаучное и этнокультурологическое понимание развития телесности человека.

7. Психосоматические расстройства и «психосоматическая медицина».

8.Современная биопсихосоциальная модель развития соматических и психосоматических расстройств.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. ИЗУЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ ПСИХИКИ К ЕЕ ТЕЛЕСНОМУ СУБСТРАТУ ОТРАЖАЕТ СУТЬ ТАКОЙ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИИ, КАК
2. психофизиологическая;
3. психосоциальная;
4. психопраксическая;
5. психогностическая;
6. анатомическая.
7. ПОД ПАТОГЕННЫМ ВЛИЯНИЕМ СОМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ПСИХИКУ ЧЕЛОВЕКА ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ:
8. нарушения психической деятельности в условиях соматической болезни;
9. нарушения психической деятельности и функций внутренних органов в условиях соматического заболевания;
10. влияние на психику человека соматогенным путем;
11. патологические изменения в рецепторах коры головного мозга;
12. верно «1» и «3».
13. Ф.АЛЕКСАНДЕР ОСОБОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СИМПТОМА ПРИДАВАЛ:
14. символическому значению конверсионных расстройств;
15. темпераменту;
16. личностной предрасположенности;
17. психодинамическому конфликту;
18. алекситимии.
19. КТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ УЧЕНЫХ, ПОДЧЕРКИВАЯ МОЗГОВОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ДУШЕВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ, ВЫДВИНУЛ ИДЕЮ ИХ СОЦИАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ: «ЕСТЬ ЕЩЕ ОДНА ПРИЧИ­НА ДУШЕВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ, А ИМЕННО — ОБЩЕСТВЕННАЯ ОБСТАНОВКА, ПРИ КОТОРОЙ ЖИВЕТ И РАБОТАЕТ ЧЕЛОВЕЧЕС­КИЙ МОЗГ. КОГДА СОЦИАЛЬНАЯ ЖИЗНЬ ПОСТРОЕНА УРОДЛИВО И ЖЕСТОКО, МОЗГОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЧАЩЕ УКЛОНЯЕТСЯ ОТ ПРАВИЛЬНОГО ПУТИ»:
20. У. Тьюк;
21. Ф. Пинель;
22. П.-Ж. Кабанис;
23. Э. Крепелин;
24. В. Вундт.
25. СОГЛАСНО РАЙХУ, СУЩЕСТВЕННОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
26. чувство общности;
27. ориентация на внешний или внутренний мир;
28. организмический процесс оценки;
29. защитный «характерный» панцирь;
30. все перечисленное.
31. СТОРОННИКИ ТЕОРИИ НЕСПЕЦИФИЧНОСТИ СЧИТАЮТ, ЧТО:
32. психосоматические заболевания имеют общие проявления;
33. за локализацию заболевания отвечает локальная уязвимость пораженного органа;
34. отсутствует специфическая связь между характером эмоционального стресса и его соматическими последствиями;
35. определенная эмоция может содействовать возникновению определенного соматического симптома;
36. верно «1» и «3».
37. К КЛАССИЧЕСКИМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:
38. ишемической болезни сердца;
39. сахарного диабета;
40. ревматоидного артрита;
41. язвенной болезни;
42. бронхиальной астмы.

**Тема 7.** *Генезис, структура и функции психосоматических явлений в процессе онтогенетического развития, а также при различных формах телесной и душевной патологии*

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Многофакторный (включая психогении) способ рассмотрения патогенеза заболеваний.

2. Психофизиологические (условнорефлекторные) связи в возникновении соматических заболеваний.

3. Этапы переживания болезни во времени.

4. Возрастные особенности внутренней картины болезни. Расхождения между субъективной оценкой болезни и ее объективными проявлениями.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ ДЕЙСТВИЯ СТРЕССА ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ЧЕЛОВЕКА -....
2. предприимчивость;
3. активность;
4. чувство беспомощности;
5. энергичность;
6. сензитивность.
7. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАЗВИВАЮТСЯ, КАК ПРАВИЛО, ВСЛЕДСТВИЕ
8. острых психических травм;
9. хронических психических травм;
10. неожиданных психических травм;
11. внутриличностного конфликта;
12. межличностного конфликта.
13. ТИПИЧНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ НА СООБЩЕНИЕ О НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
14. предоперационная депрессия;
15. предоперационный стресс;
16. предоперационная фрустрация;
17. предоперационная тревога;
18. предоперационная истерия.
19. В КАКОМ ИЗ ПРИВОДИМЫХ СЛУЧАЕВ ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНК­ЦИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖЕТ БЫТЬ ОСОБЕННО ПОЛЕЗ­НЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:
20. стойкие нарушения сна;
21. расстройства адаптации;
22. фобические расстройства;
23. депрессии;
24. шизофрении.
25. ТИП «А», ОПИСАННЫЙ АМЕРИКАНСКИМИ УЧЕНЫМИ М.ФРИДМАНОМ И Р.РОЗЕНМАНОМ, ПОДРАЗУМЕВАЕТ:
26. совокупность факторов риска у индивидуума,увеличивающая вероятность возникновения у него психосоматического расстройства;
27. поведенческие черты личности, увеличивающие вероятность возникновения ишемической болезни сердца;
28. расстройство нейроэндокринной регуляции у индивидуума на фоне эмоционального напряжения, увеличивающее вероятность возникновения гипертонической болезни;
29. поведенческие черты личности, увеличивающие вероятность возникновения язвенной болезни;
30. тип личности, которому свойственна преувеличенная тенденция к зависимости, характерная для больных бронхиальной астмой.
31. ИЗБЕГАНИЕ ОБРЕМЕНИТЕЛЬНОЙ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА ОТВЕТСТВЕННОСТИ В СИЛУ БОЛЕЗНИ НАЗЫВАЕТСЯ:
32. позитивное подкрепление;
33. первичная выгода;
34. вторичная выгода;
35. негативное подкрепление;
36. третичная выгода.
37. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ВТОРИЧНОЙ ВЫГОДОЙ ПРИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ:
38. получение льгот и денег в связи с болезнью;
39. избегание обременительной ответственности;
40. внимание и сочувствие со стороны других людей;
41. частичная амнезия причины конфликта;
42. все названное.
43. КАКИЕ РАССТРОЙСТВА ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ ПЕРЕВОД ПОДАВЛЕННЫХ ПОБУЖДЕНИЙ И ВНУТРЕННИХ КОНФЛИКТОВ В СОМАТОВЕГЕТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ:
44. вегетодистонические;
45. ипохондрические;
46. психалгические;
47. конверсионные;
48. все названные.
49. КАКОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ФАКТОРОВ НЕ ВХОДИТ В ЧИСЛО ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА:
50. гипернормативность;
51. курение;
52. неудовлетворенность работой;
53. низкая социальная активность;
54. высокий уровень холестерина в крови.
55. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ЗАВИСИТ ОТ ВЛИЯНИЯ РЯДА ФАКТОРОВ:
56. характера болезни (острая, хроническая и т.д.);
57. состояния здоровья и возраста родственников больного;
58. субъективного мнения врача и результатов объективного обследования;
59. анатомо-морфологических особенностей;
60. все ответы верны.
61. СТРУКТУРА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПО НИКОЛАЕВОЙ В.В. ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:
62. интеллектуальный;
63. эмоциональный;
64. мотивационный уровень
65. чувственный;
66. все ответы верны.
67. К ЛИЧНОСТНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОТНОСЯТСЯ (ПО В. ОСЛЕРУ):
68. невротичность и сенситивность;
69. тягостное чувство неполноценности;
70. честолюбие, энергичность с уверенностью в своих силах;
71. правильно «1» и «2»;
72. все перечисленное.
73. ЯЗВЕННЫЙ ПРОЦЕСС МОЖЕТ БЫТЬ НЕРЕДКО ВЫЗВАН (ПО ГУБАЧЕВУ И СТАБРОВСКОМУ):
74. травмой головы;
75. вживленными электродами;
76. упорным онанизмом;
77. длительной молочно-растительной диетой;
78. ничем из перечисленного.
79. ТИПИЧНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ПО Ф. АЛЕКСАНДЕРУ) ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:
80. тщеславия;
81. агрессивности;
82. ранимости;
83. робости;
84. впечатлительности.

**Тема 8.** *Закономерности нарушений психической деятельности в онтогенезе*

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Закономерности психических заболеваний у детей.

2. Влияние возрастного фактора на происхождение и структуру психических нарушений в детском возрасте.

3. Закономерности дизонтогенеза у детей.

4. Биологические и средовые факторы риска нарушений психического развития и отклоняющегося поведения.

5. Первичные и вторичные нарушения.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. ОСНОВНЫЕ ПАРАМЕТРЫ НАРУШЕННОГО РАЗВИТИЯ ОПИСАЛ
2. В. И. Лубовский;
3. В. В. Лебединский;
4. Л. С. Выготский;
5. С. Я. Рубинштейн;
6. В. В. Ковалев.
7. ПО ВРЕМЕНИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НАРУШЕНИЯ КЛАССИФИЦИРУЮТ
8. врожденные;
9. социальные;
10. биологические;
11. приобретенные;
12. верно 1 и 4.
13. СОГЛАСНО ТЕОРИИ Л. С. ВЫГОТСКОГО, ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНК­ЦИИ ИМЕЮТ СВОЙСТВА
14. прижизненность формирования;
15. врожденный характер;
16. осознанность;
17. произвольность;
18. верно 1, 3 и 4.
19. ТЕОРИЮ СИСТЕМНОГО СТРОЕНИЯ ДЕФЕКТА ВЫДВИНУЛ
20. В. И. Лубовский;
21. В. В. Лебединский;
22. Л. С. Выготский;
23. С. Я. Рубинштейн;
24. Г.Е. Сухарева.
25. В ПАРАМЕТРЫ НАРУШЕННОГО РАЗВИТИЯ НЕ ВХОДЯТ
26. хроногенность;
27. функциональная локализация нарушений;
28. обратимость;
29. структура нарушенного развития;
30. время поражения.
31. ВИД ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ПРИ КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ВОЗВРАТ ФУНКЦИИ НА БОЛЕЕ РАННИЙ ВОЗРАСТНОЙ УРОВЕНЬ, КАК ВРЕМЕННОГО, ТАК И СТОЙКОГО ХАРАКТЕРА:
    * 1. ретардация;
      2. регрессия;
      3. распад;
      4. асинхрония;
      5. гетерохрония.
32. ВИД ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ПРИ КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ГРУБАЯ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ ЛИБО ВЫПАДЕНИЕ ФУНКЦИИ:
    1. распад;
    2. регрессия;
    3. асинхрония;
    4. ретардация;
    5. гетерохрония.
33. ВИД ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ПРИ КОТОРОМ ОТМЕЧАЕТСЯ ЗАПАЗДЫВАНИЕ ИЛИ ПРИОСТАНОВКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ:
    * 1. асинхрония;
      2. распад;
      3. ретардация;
      4. регрессия;
      5. гетерохрония.
34. ФОРМА ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ПРИ КОТОРОМ ОТМЕЧАЕТСЯ ВЫРАЖЕННОЕ ОПЕРЕЖЕНИЕ РАЗВИТИЯ ОДНИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ И СВОЙСТВ ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ ЛИЧНОСТИ И ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ОТСТАВАНИЕ ТЕМПА И СРОКОВ СОЗРЕВАНИЯ ДРУГИХ ФУНКЦИЙ И СВОЙСТВ:
    1. асинхрония;
    2. регрессия;
    3. распад;
    4. ретардация;
    5. гетерохрония.
35. СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВИД НЕПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ:
    * 1. социальная депривация;
      2. патохарактерологическое формирование личности;
      3. педагогическая запущенность;
      4. краевая психопатия;
      5. психический инфантилизм.
36. К СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫМ ВИДАМ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ОНТОГЕНЕЗА ОТНОСИТСЯ:
    1. педагогическая запущенность;
    2. патохарактерологическое формирование личности;
    3. акцентуация характера;
    4. краевая психопатия;
    5. психический инфантилизм.
37. ОБЩЕЕ ПСИХИЧЕСКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ, ЭТО:
    * 1. психопатия;
      2. олигофрения;
      3. акцентуация характера;
      4. педагогическая запущенность;
      5. личностный инфантилизм.
38. ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ЧЕРТА МЫШЛЕНИЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ:
    1. искажение процесса обобщения;
    2. некритичность;
    3. амбивалентность;
    4. амбитендентность;
    5. нелогичность.
39. ЭМОЦИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ:
    * 1. недифференцированы;
      2. амбивалентны;
      3. ригидны;
      4. лабильны;
      5. неадекватны ситуации.
40. ТОТАЛЬНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:
    1. олигофрении;
    2. педагогической запущенности;
    3. задержки психического развития;
    4. психопатии;
    5. психического инфантилизма.
41. СИНДРОМЫ ВРЕМЕННОГО ОТСТАВАНИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ В ЦЕЛОМ ИЛИ ОТДЕЛЬНЫХ ЕЕ ФУНКЦИЙ ОБОЗНАЧАЮТСЯ ТЕРМИНОМ:
    * 1. педагогическая запущенность;
      2. психопатия;
      3. задержка психического развития;
      4. олигофрения;
      5. психический инфантилизм.
42. АНОМАЛИЯ ХАРАКТЕРА, НЕПРАВИЛЬНОЕ, ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ДИСГАРМОНИЕЙ В ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И ВОЛЕВОЙ СФЕРАХ, ЭТО:
43. задержка психического развития;
44. олигофрения;
45. психопатия;
46. акцентуация характера;
47. деменция.
48. ГЕТЕРОХРОННОСТЬ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСЯТ К ЗАКОНОМЕР­НОСТЯМ
49. общим;
50. межсистемным;
51. модально-неспецифическим;
52. модально-специфическим;
53. индивидуальным.
54. ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ НАРУШЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ДИЗОНТОГЕНЕЗА
55. к динамике формирования межфункциональных связей;
56. к времени появления нарушений;
57. к функциональной локализации нарушений;
58. к структуре нарушенного развития;
59. нет верного варианта ответа.
60. ТРЕТИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НАЗЫВАЮТ:
61. биологически обусловленные функции;
62. нарушения в работе функций, непосредственно не свя­занных с поврежденной функцией;
63. нарушения в работе функций, непосредственно связан­ных с поврежденной функцией;
64. прижизненно формирующиеся функции;
65. верно 1 и 2.

**Тема 9.** *Проблемы и методы психологической диагностики нарушений психического развития и отклоняющегося поведения*

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Психологические методы исследования аномального ребенка.

2. Методы исследования познавательных процессов.

3. Методы исследования личности ребенка.

4. Типы девиантного поведения: делинквентное, аддиктивное, патохарактерологическое, психопатологическое, на базе гиперспособностей.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. В КАКОМ ПУНКТЕ ВЕРНО ОПИСАНА ЦЕЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ РАБОТЕ:
2. Для выбора вида психотерапии;
3. Для выбора типа лекарственного препарата и его дозы;
4. Для построения прогноза;
5. Для диагностических целей;
6. Для исследования интеллекта.
7. Может ли обследование ребенка проводиться в течении нескольких дней и недель
8. да;
9. нет;
10. только в случаях интеллектуальной недостаточности;
11. при нарушениях речевого развития;
12. верны ответы 3 и 4.
13. По мнению И. Ю. Левченко, процедура обследования ребенка должна строиться в соответствии с
14. возрастом ребенка;
15. ведущей деятельности ребенка;
16. временем обследования;
17. верно 1 и 2;
18. верных ответов нет.
19. Какой стимульный материал для диагностики обследования внимания подойдет двухлетнему ребенку
20. юла;
21. игра-планшет;
22. лото «Парные картинки»;
23. таблицы Шульте;
24. верно все вышеперечисленное.
25. Какой стимульный материал для диагностики обследования мелкой моторики подойдет трехлетнему ребенку
26. мозаика;
27. пирамидки;
28. мяч;
29. мшахматы;
30. верных ответов нет.
31. В каком году была общепринята шкала Апгар для определения состояния ребенка при рождении
32. в 1959 году;
33. в 1953 году;
34. в 1945 году;
35. в 1970 году;
36. в 2000 году.
37. Диагностику развития детей 1-го года жизни проводят
38. ежедневно;
39. через 2 недели;
40. ежемесячно;
41. раз в квартал (через 3 мес);
42. раз в полугодие.
43. МИНИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ, НАЧИНАЯ С КОТОРОГО МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЦВЕТОВОЙ ТЕСТ ОТНОШЕНИЙ А.М. ЭТКИНДА:
44. 3—4 года;
45. 5—6 лет;
46. 7—8 лет;
47. 9 – 11 лет;
48. 12 – 13 лет.
49. В КАКОМ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ СЛУЧАЯХ ВЫСОКО ВАЛИДНА МО­ДИФИЦИРОВАННАЯ О. ГЕЛЬНИЦЕМ ШКАЛА РАЗВИТИЯ ПСИХО-МОТОРИКИ Н.И. ОЗЕРЕЦКОГО:
50. При старческом слабоумии;
51. При органических мозговых нарушениях у детей 4—16-ти лет;
52. Для оценки глубины шизофренического дефекта;
53. Для прогностической оценки развития детей до 3-х лет;
54. Все ответы верны.
55. КАКОЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЕРНО ОПИСЫВАЕТ ОТЛИЧИЯ ТЕСТА «РИСУНОК ЧЕЛОВЕКА» В МОДИФИКАЦИИ К. МАХОВЕР ОТ ОРИГИНАЛЬНОГО ТЕСТА Ф. ГУДЕНАФ:
56. В задание дополнительно вводится изображение человека другого пола;
57. Оценка строится на положении об идентифика­ции испытуемого с изображением;
58. Интерпретация опирается на психоаналитичес­кую теорию;
59. Все вышесказанное;
60. Существенных отличий нет.
61. В КАКОЙ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ОБЛАСТЕЙ ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУ­ЕТСЯ «ТЕСТ ДЕРЕВА» К. КОХА:
62. В нейропсихологии;
63. В работе с заключенными;
64. В работе с детьми;
65. В профориентации;
66. В психиатрической клинике.
67. ДЛЯ КАКОЙ ЦЕЛИ БЫЛ СОЗДАН ТЕСТ Ф. ГУДЕНАФ «РИСУ­НОК ЧЕЛОВЕКА»:
68. Для исследования интеллектуального развития детей;
69. Для прожективного исследования личности у детей;
70. Как способ выявления внутриличностных конф­ликтов у детей с алалией;
71. Для оценки эффективности психотерапии;
72. Исследования отношений внутри семьи.
73. ШКАЛА Р. ГРИФФИТСА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ, ОЦЕНИВАЮЩАЯ РЕЗУЛЬТАТЫ ПО СООТНОШЕНИЮ ВЫЯВ­ЛЕННОГО УРОВНЯ И ХРОНОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ДИФФЕРЕН­ЦИРУЕТ ВСЕ ВИДЫ СПОСОБНОСТЕЙ, КРОМЕ:
74. Локомоторные;
75. Личностно-социальные;
76. Слухо-речевые;
77. Невербальные;
78. Эмпатические.
79. ШКАЛА СТЕНФОРД—БИНЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ИН­ТЕЛЛЕКТА У ИСПЫТУЕМЫХ КАКОГО ВОЗРАСТА:
80. Детей до 5-ти лет;
81. Детей в возрасте 5—12-ти лет;
82. Подростков;
83. Взрослых;
84. Детей в возрасте 7 – 14-ти лет.
85. ВО ВЗРОСЛОМ И ДЕТСКОМ ВАРИАНТАХ ТЕСТА ВЕКСЛЕРА НАИ­БОЛЕЕ КУЛЬТУРНО-ЗАВИСИМЫ РЕЗУЛЬТАТЫ ПО СУБТЕСТУ:
86. Недостающие детали;
87. Арифметика;
88. Лабиринт;
89. Осведомленность;
90. Кубики Кооса.
91. ОЦЕНКА КОЭФФИЦИЕНТА ИНТЕЛЛЕКТА ОПИРАЕТСЯ НА СО­ПОСТАВЛЕНИЕ:
92. Паспортного возраста и уровня образования;
93. Умственного и эмоционального возраста;
94. Интеллектуального и паспортного возраста;
95. Максимальных и минимальных показателей;
96. Вербального и невербального интеллекта.
97. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ТОЧНЕЕ ВСЕГО ОПИСЫВАЕТ, ЧТО ТАКОЕ КОЭФФИЦИЕНТ ИНТЕЛЛЕКТА:
98. Характеристика имеющихся познавательных спо­собностей;
99. Характеристика врожденных способностей;
100. Мера приобретенных интеллектуальных навыков;
101. Характеристика зоны ближайшего развития;
102. Мера усвоения академических знаний.
103. КТО ИЗ АВТОРОВ РАЗРАБОТАЛ МЕТОДИКУ ИССЛЕДОВАНИЯ ГОТОВНОСТИ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ
104. Витцлак;
105. Занков;
106. Керн-Йерасек;
107. Божович;
108. Верно 1 и 3.
109. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ – ЭТО
110. желание учиться;
111. сформированность навыков письма, чтения, счета;
112. определенный уровень психического развития ребенка для освоения школьной программы;
113. все из перечисленного;
114. ничего из перечисленного.
115. КАКОЕ ЗАДАНИЕ В ТЕСТЕ «КЕРНА-ЙИРАСЕКА» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЛИЧНОСТНОЙ ЗРЕЛОСТИ
116. рисование фигуры человека;
117. срисовывание письменных букв;
118. срисовывание группы точек;
119. верно 1 и 2;
120. верно 1 и 3.
121. КАКОЕ ЗАДАНИЕ В ТЕСТЕ «КЕРНА-ЙЕРАСЕКА» ДАЕТ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О РАЗВИТИИ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ И ЗРИТЕЛЬНО-МОТОРНЫХ КООРДИНАЦИЙ
122. рисование фигуры человека;
123. срисовывание письменных букв;
124. срисовывание группы точек;
125. верно 1 и 2;
126. верно 1 и 3.
127. КАКОЕ ЗАДАНИЕ В ТЕСТЕ «КЕРНА-ЙЕРАСЕКА» ХАРАКТЕРИЗУЕТ СФОРМИРОВАННОСТЬ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННОГО ВОСПРИЯТИЯ, ЗРИТЕЛЬНОЙ ПАМЯТИ И ЗРИТЕЛЬНО-МОТОРНЫХ КООРДИНАЦИЙ
128. рисование фигуры человека;
129. срисовывание письменных букв;
130. срисовывание группы точек;
131. верно 1 и 2;
132. верно 1 и 3.
133. Характер психодиагностического обследования ребенка зависит от этого фактора:
134. возраст
135. пол
136. состояние здоровья (включая наличие или отсутствие речевых, двигательных или сенсорных нарушений)
137. уровень образования
138. этническая принадлежность
139. Продолжительность психодиагностического обследования ребенка младшего школьного возраста не должно превышать:
140. 15 – 20 минут
141. 25 минут
142. 30 – 45 минут
143. 1 часа
144. 1,5 часа
145. Продолжительность психодиагностического обследования подростка или взрослого составляет около:
146. 15 – 20 минут
147. 25 минут
148. 30 – 45 минут
149. 1 часа
150. 1,5 часа
151. При проведении психодиагностического обследования ребенка не рекомендуется:
152. отвлекаться на заполнение протокола исследования
153. оказывать помощь (если она не предусмотрена процедурой обследования)
154. усиленно хвалить ребенка
155. устанавливать с ребенком психологический контакт
156. критиковать ребенка
157. К умениям, необходимым психологу-диагносту, работающему с детьми (Кононова М.П., 1963), относится:
158. умение быстро и точно вести протокол исследования
159. умение оказать первую медицинскую помощь (при необходимости)
160. умение сохранять с ребенком эмоциональный контакт
161. умение распределять свое внимание между наблюдением за тем, как ребенок выполняет задание, и наблюдением за его поведением
162. К методам клинико-психологической диагностики, используемым для оценки психического развития детей, относится(-ятся):
163. наблюдение
164. проективные тесты
165. беседа
166. тесты интеллекта
167. тесты-опросники
168. С помощью метода наблюдения можно выявить и оценить такие особенности ребенка, как:
169. навязчивые или стереотипные действия
170. проявления тревожности
171. навыки самообслуживания, опрятность в одежде
172. коэффициент интеллекта
173. преобладающий фон настроения
174. особенности его двигательного развития
175. Родители и педагоги могут предоставить психологу следующую информацию о ребенке:
176. анамнестические данные
177. типичное для ребенка поведение, его отношение к родителям
178. нарушения ориентировки в пространстве и времени
179. интересы и склонности
180. проявления отклонений в развитии
181. собственное отношение родителей (педагогов) к проблемам ребенка
182. К методам экспериментально-психологического обследования, применяемым при работе с детьми и подростками с нарушенным развитием, относится(-ятся):
183. наблюдение
184. проективные тесты
185. беседа
186. тесты интеллекта
187. тесты-опросники
188. Задачи диагностического исследования ребенка с отклонениями в развитии включают
189. определение запаса знаний, умений и навыков у ребенка
190. оценка профессиональной направленности и профпригодности
191. выявление эмоционально-личностных особенностей ребенка,
192. определение уровня развития высших психических функций
193. выявление отношения ребенка к родителям и к социуму
194. Психодиагностика родителей ребенка с отклонениями в психическом развитии направлена на:
195. получение дополнительной информации о ребенке
196. исследование особенностей реагирования родителей на болезнь ребенка
197. исследование личностных особенностей родителей
198. изучение внутрисемейных и детско-родительских отношений
199. Для получения от родителей дополнительной информации о проблемах ребенка может быть использована эта методика:
200. методика «Уровень невротизации и психопатизации» (УНП)
201. методика обучающего эксперимента А.Я. Ивановой
202. методика «Личностная шкала проявлений тревоги» Дж. Тейлора
203. опросник «Оценка особенностей развития ребенка дошкольного возраста» М.М. Семаго
204. методика изучения фрустрационнных реакций С. Розенцвейга
205. Отечественный психолог, разрабатывавшая проблемы патопсихологической диагностики, автор книги «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике» – это:
206. Блюма Вульфовна Зейгарник
207. Груня Ефимовна Сухарева
208. Алла Борисовна Холмогорова
209. Сусанна Яковлевна Рубинштейн
210. Валентина Васильевна Николаева
211. К методам изучения и оценки познавательной деятельности (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи), применяемым с детьми с нарушенным развитием, относится:
212. заучивание 10 слов
213. методика «Лесенка» (Т.В. Дембо – Т.Д. Марцинковская)
214. складывание пирамидки из 4, 6, 8 колец
215. методика изучения фрустрационных реакций (детский вариант) С. Розенцвейга
216. таблицы Шульте («Отыскивание чисел»)
217. методика «Установление последовательности событий» («Сюжетные картинки»)
218. Оценить уровень интеллектуального развития ребенка можно при помощи этой методики:
219. методика Рене Жиля
220. тест «Прогрессивные матрицы Равена»
221. методика изучения фрустрационных реакций (детский вариант) С. Розенцвейга
222. школьный тест умственного развития (ШТУР)
223. тест Векслера (детский вариант)
224. методика «Два дома» (в адаптации Т.Д. Марцинковской)
225. Для изучения эмоционально-личностной сферы ребенка используется:
226. методика «Исключение четвертого лишнего»
227. складывание разрезных картинок
228. анкета «Оценка эмоциональной и коммуникативно-поведенческой сферы детей с тяжелыми нарушениями развития» В.В.Ткачевой
229. методика «Классификация предметов»
230. тест «Рисунок несуществующего животного»
231. методика Кооса («Кубики Кооса»)
232. Об особенностях взаимоотношений ребенка с родителями и другими субъектами внешнего мира можно узнать при помощи этого теста:
233. тест Векслера (детский вариант)
234. методика Рене Жиля
235. тест на опосредствованное запоминание (по А.Н. Леонтьеву)
236. методика «Лесенка для ребенка», разработанная В.В.Ткачевой
237. рисуночный тест «Дом, дерево, человек»
238. методика «Доски Сегена»
239. Методика «Складывание разрезных картинок» позволяет оценить уровень целостного восприятия предметной картинки и уровень развития наглядно-образного мышления у ребенка начиная с этого возраста:
240. 2 года
241. 3 года
242. 5 лет
243. 9 месяцев
244. 1,5 года
245. Методика, направленная на оценку наглядно действенного мышления детей, для которой применяются доски с выемками разной геометрической формы и соответствующими им вкладышами – это:
246. методика Кооса
247. «Доски Сегена»
248. «Пиктограмма»
249. «Прогрессивные матрицы Равена»
250. Тест Векслера
251. Необходимым условием применения теста «Таблицы Шульте» является:
252. освоение программы начальной школы
253. знание ребенком чисел
254. возраст от 3 лет и старше
255. присутствие родителей
256. Для оценки интеллекта детей от 4,5 до 9 лет и испытуемых с аномальным развитием применяется этот вариант теста Равена:
257. «Стандартные прогрессивные матрицы»
258. «Продвинутые прогрессивные матрицы»
259. «Цветные прогрессивные матрицы»
260. «Сборка объекта» («Складывание фигур»)
261. Преимуществом методики обучающего эксперимента А.Я. Ивановой является то, что этот метод:
262. не требует наличия у ребенка школьных знаний
263. может применяться начиная с 2-х летнего возраста
264. позволяет выявить не только актуальные, но и потенциальные учебные возможности ребенка, его обучаемость
265. используется без получения согласия на обследование родителей или опекунов ребенка
266. Для изучения личностных особенностей родителей детей с отклонениями в психическом развитии используется:
267. опросник родительского отношения (ОРО) А.Я. Варги и В.В. Столина
268. 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла
269. методика «Уровень невротизации и психопатизации» (УНП)
270. анкета «Психологический тип родителя» В.В.Ткачевой
271. Для оценки психического здоровья родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, изучение отдельных психических и психопатологических состояний применяется:
272. методика «Социограмма: Моя семья» В.В. Ткачевой
273. тест СМИЛ
274. методика «Лесенка – для родителей» В.В. Ткачевой
275. методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Цунга
276. Характер взаимодействия родителей и ребенка с недостатками в психическом развитии позволяет оценить эта методика:
277. опросник Шмишека
278. методика РARI Е. Шеффер и Р. Белла
279. шкала тревоги Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина
280. тест «Личностный опросник Г. Айзенка»
281. Проективная методика, включающая шесть картин, изображающих детей с отклонениями в развитии (нарушениями интеллекта, сенсорной и двигательной сферы), где родителям предлагается описать каждую из картин, отвечая на поставленные вопросы – это:
282. «Тематический апперцептивный тест» (ТАТ) Г. Мюррея и К. Морган
283. тест М. Люшера
284. тест «Автопортрет» Р. Бернса
285. «Адаптированный Тематический апперцептивный тест» (АТАТ) В.В. Ткачевой
286. методика изучения фрустрационнных реакций С. Розенцвейга
287. Фактором, повышающим эффективность психокоррекционной работы с детьми, имеющими нарушения психического развития, является:
288. сотрудничество родителей с психологом
289. информирование родителей о психических особенностях детей с данным заболеванием
290. обучение родителей оптимальным методам взаимодействия с их ребенком
291. формирование адекватных родительских установок на отклонения в развитии ребенка
292. привлечение родителей в психокоррекционный процесс
293. К общим направлениям работы с детьми с отклонениями в психическом развитии относится:
294. формирование социального интереса
295. смягчение общего фона сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги и страхов
296. коррекция установок и мотивов с целью выработки нового стиля жизни
297. коррекция чувства неполноценности
298. Психологическая коррекция с детьми с задержкой психического развития направлена на:
299. эмоциональную стимуляцию ребенка и стабилизацию его внутренних аффективных процессов
300. развитие способности ребенка длительное время удерживать внимание на каком-либо занятии или предмете
301. стимуляцию познавательной активности ребенка
302. активизацию и совершенствование способов взаимодействия ребенка с окружающими
303. развитие произвольной регуляции поведения
304. выработку более адекватных и гибких форм реагирования ребенка на свое заболевание
305. Работа специалиста по психологической коррекции с детьми с дисгармоническим развитием (ранние дисгармонии) направлена на:
306. эмоциональную стимуляцию ребенка и стабилизацию его внутренних аффективных процессов
307. развитие способности ребенка длительное время удерживать внимание на каком-либо занятии или предмете
308. стимуляцию познавательной активности ребенка
309. активизацию и совершенствование способов взаимодействия ребенка с окружающими
310. развитие произвольной регуляции поведения
311. выработку более адекватных и гибких форм реагирования ребенка на свое заболевание
312. Организация психологической коррекции с детьми с расстройствами аутистического спектра направлена на:
313. эмоциональную стимуляцию ребенка и стабилизацию его внутренних аффективных процессов
314. развитие способности ребенка длительное время удерживать внимание на каком-либо занятии или предмете
315. стимуляцию познавательной активности ребенка
316. активизацию и совершенствование способов взаимодействия ребенка с окружающими
317. развитие произвольной регуляции поведения
318. выработку более адекватных и гибких форм реагирования ребенка на свое заболевание
319. Психологическая коррекция с соматически ослабленными детьми направлена на:
320. эмоциональную стимуляцию ребенка и стабилизацию его внутренних аффективных процессов
321. развитие способности ребенка длительное время удерживать внимание на каком-либо занятии или предмете
322. стимуляцию познавательной активности ребенка
323. активизацию и совершенствование способов взаимодействия ребенка с окружающими
324. развитие произвольной регуляции поведения
325. выработку более адекватных и гибких форм реагирования ребенка на свое заболевание
326. Психологическая коррекция с гиперактивными детьми направлена на:
327. эмоциональную стимуляцию ребенка и стабилизацию его внутренних аффективных процессов
328. развитие способности ребенка длительное время удерживать внимание на каком-либо занятии или предмете
329. стимуляцию познавательной активности ребенка
330. активизацию и совершенствование способов взаимодействия ребенка с окружающими
331. развитие произвольной регуляции поведения
332. выработку более адекватных и гибких форм реагирования ребенка на свое заболевание
333. Родителям гиперактивного ребенка рекомендуется:
334. обещания и поощрения ребенку предоставлять сразу
335. строго отчитывать ребенка за каждое проявление неусидчивости и невнимательности
336. организовать режим дня таким образом, чтобы не перегружать ребенка
337. убедить ребенка в том, что будут любить его только при условии его хорошего поведения
338. Психокоррекционная работа с семьями, воспитывающими детей с ОВЗ, включает:
339. коррекцию переживаний членов семьи по поводу рождения ребенка с недостатками развития (стресс, фрустрация, чувство вины)
340. формирование у родителей компетентности в отношении возрастных и индивидуальных особенностей ребенка
341. принятие родителями ребенка таким, какой он есть
342. рефлексию родителями собственной стратегии воспитания
343. обучение родителей методическим приемам работы с ребенком по формированию у него навыков адекватного поведения
344. коррекцию отношений между матерью и ребенком
345. коррекцию отношений между матерью и отцом ребенка

**Тема 11.** *Проблемы и методы психологической диагностики нарушений психического развития и отклоняющегося поведения (продолжение)*

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

* Проверка практических навыков *(КСР)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ЗАДАНИЕ ДЛЯ ОТРАБОТКИ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ:**

На базе ГАУЗ ООКНД провести экспериментально-психологическое исследование ребенка с нарушениями психического развития с использованием одной из следующих проективных методик:

* «Рисунок человека»
* «Несуществующее животное»
* «Рисунок семьи»
* «Дом-Дерево-Человек».

Подготовить заключение по данным экспериментально психологического исследования.

Требования к оформлению заключения по данным экспериментально-психологического исследования представлены в *Методических указаниях по самостоятельной работе обучающихся по данной дисциплине.*

**Тема 12.** *Теоретико-методологические основы психологического вмешательства*

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

* Устный опрос
* Тестирование
* Устный опрос *(рубежный контроль по модулю)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Понятие психологического консультирования.

2. Субъект консультирования.

3. Мишени психологического консультирования.

4. Понятие психологической коррекции.

5. Цели применения психокоррекции.

6. Теоретические и методологические основы психотерапии.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. В НАИМЕНЬШЕЙ СТЕПЕНИ СУЩНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ В СОВРЕМЕННОМ ЕЕ ПОНИМАНИИ РАСКРЫВАЕТ ПОНЯТИЕ:
   1. психологическое вмешательство;
   2. психологическая коррекция;
   3. внушение;
   4. клинико-психологическая интервенция;
   5. комплайенс.
2. ЕСЛИ НЕВРОЗ ПОНИМАЕТСЯ КАК СЛЕДСТВИЕ КОНФЛИКТА МЕЖДУ БЕССОЗНАТЕЛЬНЫМ И СОЗНАНИЕМ, ТО ПСИХОТЕРАПИЯ БУДЕТ НАПРАВЛЕНА НА:
   * 1. переучивание;
     2. осознание;
     3. интеграцию опыта;
     4. распознавание ошибочных стереотипов мышления;
     5. интерпретацию психологических защит.
3. ЧТО НЕ МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ В КАЧЕСТВЕ ТЕОРИИ, ОКАЗАВШЕЙ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ГУМАНИСТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ?
   * + 1. экзистенциальная философия;
       2. феноменологический подход;
       3. восточная философия;
       4. теории научения;
       5. гештальт-психология.
4. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ (РЕКОНСТРУКТИВНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
   * + - 1. теория деятельности;
         2. теория отношений;
         3. теория установки;
         4. теория поля;
         5. психоанализ.
5. ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ (РЕКОНСТРУКТИВНАЯ) ПСИХОТЕРАПИЯ — ЭТО:
6. психотерапевтическое воздействие, учитывающее личностные особенности пациента;
7. психотерапевтическое направление, основанное на психологии отношений;
8. вариант клиент-центрированной психотерапии;
9. вариант когнитивной психотерапии;
10. вариант поведенческой психотерапии.
11. В РАМКАХ КАКОЙ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ОРИЕНТАЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ ДАНО СЛЕДУЮЩЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ: «ПСИХОТЕРАПИЯ — ЭТО ПРОЦЕСС ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ДВУМЯ ИЛИ БОЛЕЕ ЛЮДЬМИ, ОДИН ИЗ КОТОРЫХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАЛСЯ В ОБЛАСТИ КОРРЕКЦИИ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ»?
12. психодинамической;
13. гуманистической;
14. когнитивной;
15. поведенческой;
16. телесно-ориентированной.
17. ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ:
18. теории деятельности;
19. теорий научения;
20. концепции отношений;
21. психологии установки;
22. психоанализа.
23. КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ВОЗНИКЛА КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ:
24. рациональной психотерапии;
25. гуманистической психотерапии;
26. поведенческой психотерапии;
27. психодинамической психотерапии;
28. телесно-ориентированной психотерапии.
29. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
30. бихевиоризм;
31. психоанализ;
32. гуманистическая психология;
33. когнитивная психология;
34. психосинтез.
35. ПСИХОТЕРАПИЕЙ, ЦЕНТРИРОВАННОЙ НА ПЕРЕНОСЕ, МОЖЕТ БЫТЬ НАЗВАНА ТАКАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА, КАК:
36. когнитивная психотерапия;
37. разговорная психотерапия;
38. экзистенциальная психотерапия;
39. психоанализ;
40. клиент-центрированная.
41. ТЕРМИН «ПЕРЕНОС» ОБОЗНАЧАЕТ:
    1. эмоционально теплые отношения между пациентом и психотерапевтом;
    2. доверие и открытость пациента по отношению к психотерапевту;
    3. специфические отношения между пациентом и психотерапевтом, основанные на проекции;
    4. партнерские отношения между пациентом и психотерапевтом;
    5. конструктивные отношения.
42. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА-ПСИХОАНАЛИТИКА ЯВЛЯЕТСЯ РОЛЬ:
43. фасилитатора;
44. инструктора;
45. интерпретатора;
46. эксперта;
47. диктатора.
48. ОСНОВНОЙ ПРОЦЕДУРОЙ ПСИХОАНАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
49. интерпретация;
50. прояснение;
51. фокусировка;
52. преодоление;
53. рольфинг.
54. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРОЦЕДУР НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ?
55. конфронтация;
56. интерпретация;
57. реатрибуция;
58. прояснение;
59. толкование сновидений.
60. В ПРОЦЕССЕ ПСИХОАНАЛИЗА АНАЛИЗУ НЕ ПОДВЕРГАЮТСЯ:
61. свободные ассоциации;
62. сновидения;
63. автоматические мысли;
64. сопротивление.
65. оговорки.
66. В ПРОЦЕССЕ ПСИХОАНАЛИЗА АНАЛИЗУ ПОДВЕРГАЮТСЯ:
67. ошибочные действия;
68. автоматические мысли;
69. неадаптивные поведенческие стереотипы;
70. ошибочные когниции;
71. сверхценные мысли.
72. ТЕРМИН «НАУЧЕНИЕ» ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ:
73. опытной психотерапии;
74. гештальт-терапии;
75. психодрамы;
76. когнитивной психотерапии;
77. аналитической психотерапии.
78. МЕТОД СИСТЕМАТИЧЕСКОЙ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ ОСНОВАН НА:
79. оперантномобусловливании;
80. классическом обусловливании;
81. научении по моделям;
82. внушении;
83. психосинтезе.
84. ТАК НАЗЫВАЕМАЯ «ЖЕТОННАЯ СИСТЕМА» — ЭТО МЕТОД, ОСНОВАННЫЙ НА:
85. оперантномобусловливании;
86. классическом обусловливании;
87. научении по моделям;
88. внушении;
89. аутогенной тренировке.
90. КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ НЕ НАПРАВЛЕНА НА ВЫЯВЛЕНИЕ:
91. ошибочных действий;
92. иррациональных установок;
93. автоматических мыслей;
94. дисфункциональных убеждений;
95. решение психосоциальных проблем.
96. ПРОТИВОПОЛОЖНЫМ ПОНЯТИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ В РАМКАХ КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ РОДЖЕРСА ЯВЛЯЕТСЯ:
97. эмпатия;
98. принятие;
99. открытость опыту;
100. аутентичность;
101. конгруэнтность.
102. ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ — ЭТО:
     1. самостоятельное психотерапевтическое направление;
     2. метод, использующий в лечебных целях групповую динамику;
     3. метод, ориентированный исключительно на процесс «здесь-и-теперь»;
     4. метод, направленный на переработку межличностных конфликтов;
     5. метод, основанный на принципах личностно-ориентированной психотерапии.
103. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
     * 1. биографическая ориентация;
       2. тематическая ориентация;
       3. интеракционная ориентация;
       4. симптоматическая ориентация;
       5. патогенетическая ориентация.
104. В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО МЕХАНИЗМА ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ РАССМАТРИВАЕТСЯ:
105. межличностное научение;
106. имитационное поведение;
107. сообщение информации;
108. интерперсональное влияние;
109. индукция.
110. В КОНТЕКСТЕ ГРУППОВОЙ ДИНАМИКИ ПРОТИВОПОЛОЖНЫМ ПОНЯТИЮ «НАПРЯЖЕНИЕ» ЯВЛЯЕТСЯ ПОНЯТИЕ:
111. релаксация;
112. групповая сплоченность;
113. принятие;
114. безопасность;
115. конфронтация.
116. КАКАЯ ИХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РОЛЕЙ ГРУППОВОГО ПСИХОТЕРАПЕВТА ЯВЛЯЕТСЯ НАИМЕНЕЕ КОНСТРУКТИВНОЙ:
117. комментатор;
118. технический эксперт;
119. активный лидер;
120. опекун;
121. участник, устанавливающий модели поведения.
122. ПСИХОДРАМА — ЭТО МЕТОД, НАПРАВЛЕННЫЙ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, НА СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ:
123. диагностики неадекватных поведенческих стереотипов и их коррекции;
124. повышения коммуникативной компетентности;
125. спонтанного выражения эмоций, связанных со значимой проблематикой;
126. переработки межличностных конфликтов;
127. формирования более зрелых психологических защит.
128. КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА ПОВЫШАЕТСЯ С РАЗВИТИЕМ ТАКОГО КАЧЕСТВА, КАК:
129. ригидность;
130. агрессивность;
131. способность к эмпатии;
132. тревожность;
133. конфликтность.
134. АФФИЛИАЦИЯ — ЭТО:
     1. способность к сочувствию, сопереживанию;
     2. стремление человека быть в обществе других людей;
     3. потребность в достижениях;
     4. склонность испытывать эмоцию тревоги;
     5. склонность избегать конфликтных ситуаций.
135. ЭМПАТИЯ — ЭТО:
     1. способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию;
     2. склонность к повышенному настроению;
     3. склонность испытывать чувство вины;
     4. потребность в эмоциональной поддержке со стороны окружающих людей;
     5. потребность в позитивном подкреплении.
136. КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ВРАЧА СНИЖАЕТСЯ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ СЛЕДУЮЩИХ СВОЙСТВ:
     * 1. эмпатия;
       2. повышенная тревожность;
       3. уверенность поведения;
       4. сенситивность;
       5. конгруэнтность.
137. КОММУНИКАТИВНЫЙ БАРЬЕР ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАН С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ:
     1. сенситивности к отвержению;
     2. восприятия социальной поддержки;
     3. агрессивности;
     4. депрессивности;
     5. социального интеллекта.
138. ТРЕВОГА — ЭТО ЭМОЦИЯ:
139. связанная с переживанием текущих неприятностей и неудач;
140. направленная в будущее, связанная с предвосхищением возможных неудач;
141. связанная с переживанием прошлых обид и потерь;
142. сопровождающая переживание любого негативного события;
143. возникающая только при наличии объективно опасного объекта.
144. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СГОРАНИЯ — СЛЕДСТВИЕ:
     1. неуверенности в себе и повышенной ответственности;
     2. чрезмерной впечатлительности;
     3. профессиональной некомпетентности;
     4. критики со стороны старших;
     5. высокой нагрузки на работе.
145. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:
     * 1. отработке практических навыков;
       2. повышении уровня знаний;
       3. установлении эмоциональной дистанции с больными;
       4. совершенствовании профессионализма, установлении адекватной эмоциональной дистанции с больными, формировании индивидуального врачебного «имиджа»;
       5. установлении дружеских отношений с коллегами.
146. СОКРАЩЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИСТАНЦИИ С БОЛЬНЫМ ДОПУСТИМО:
     1. при длительном общении с пациентом;
     2. во взаимоотношениях с агрессивным пациентом;
     3. в ситуациях, когда возникает угроза жизни больного;
     4. при наличии взаимной симпатии между врачом и больным;
     5. при уверенности терапевта в своем профессионализме.
147. ПЕРВОЕ ВПЕЧАТЛЕНИЕ БОЛЬНОГО О ВРАЧЕ:
     * 1. складывается в первые 18 секунд знакомства;
       2. формируется в течение первой встречи врача и больного;
       3. складывается постепенно, по мере того, как они лучше узнают друг друга;
       4. неустойчиво и быстро корригируется под влиянием других впечатлений;
       5. не оказывает существенного влияния на установление терапевтических отношений.
148. ОЩУЩЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНТАКТА ДАЕТ ЭЛЕМЕНТ НЕВЕРБАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ:
     1. взгляд в глаза;
     2. жест приветствия;
     3. поворот корпуса тела и головы в сторону больного;
     4. кивок головой;
     5. сокращение физической дистанции.
149. В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ ВРАЧА С БОЛЬНЫМИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ ПОЗЫ:
     1. симметричные;
     2. естественные симметричные;
     3. естественные асимметричные закрытые;
     4. естественные асимметричные открытые;
     5. естественные симметричные, открытые.
150. ОСНОВНЫМИ ЦЕЛЯМИ АРТ-ТЕРАПИИ В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ:
151. активизация общения пациента;
152. более точного выражения своих проблем и переживаний;
153. развития у больного художественных навыков и способностей;
154. высвобождения скрытого в каждом пациенте потенциала; самореализации
155. верно «1» и «3».
156. В СИСТЕМЕ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИОБРЕТАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ:
157. суггестивная психотерапия;
158. православная и другие виды конфессиональной психотерапии;
159. нейролингвистическое программирование;
160. экзистенционально-гуманистическая психотерапия;
161. верно «2» и «4».

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **Тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 91-100% правильных ответов. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 81-90% правильных ответов. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 71-80% правильных ответов. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **Устный опрос** | Оценкой «ОТЛИЧНО» 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 «ХОРОШО» 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 «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» 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 «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Решение проблемно-ситуационных задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан неправильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **Проверка заключения по данным экспериментально-психологического исследования** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если заключение по данным экспериментально-психологического исследования полное, последовательное, написано аккуратно. Структура заключения соответствует образцу. В заключении приведены результаты исследования по каждой шкале каждой психодиагностической методики (количество баллов по шкале + уровень), дана подробная интерпретация результатов по каждой методике в отдельности и общее заключение с кратким повторением основных результатов по всем использованным методикам. Приложены заполненные испытуемым бланки психодиагностических методик. Заключение сдано в установленный срок. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если заключение по данным экспериментально-психологического исследования полное, последовательное, составлено в соответствии с образцом. Имеют место несущественные стилистические ошибки, оформление аккуратное. В заключении приведены результаты исследования по каждой шкале каждой психодиагностической методики (количество баллов по шкале + уровень), дана подробная интерпретация результатов по каждой методике в отдельности и общее заключение с кратким повторением основных результатов по всем использованным методикам. Допущены незначительные ошибки в интерпретации результатов исследования. Приложены заполненные испытуемым бланки психодиагностических методик. Заключение сдано в установленный срок. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если заключение по данным экспериментально-психологического исследования неполное, оформлено неаккуратно, структура отличается от установленного образца. В заключении приведены результаты исследования по каждой шкале каждой психодиагностической методики (количество баллов по шкале + уровень), однако отсутствует подробная интерпретация результатов по каждой из методик, либо общее заключение. В интерпретации результатов исследования допущены ошибки. Приложены заполненные испытуемым бланки психодиагностических методик. Заключение сдано позже установленного срока. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена проводится по экзаменационным билетам.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

*(Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:*

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине– экзамен:*

***Рд = Ртс + Рэ***

*Где:*

*Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;*

*Рэ – экзаменационный рейтинг)*

Экзаменационный рейтинг выражается в баллах по шкале **от 0 до 30.** Если значение экзаменационного рейтинга **менее 15 баллов,** то дисциплина считается не освоенной и по результатам экзамена студенту выставляется оценка **«Неудовлетворительно»**.

Экзаменационный билет содержит **ДВА вопроса** для ***устного собеседования*** и **ОДНО практическое задание.**

**1 этап – устный опрос.** Максимальное количество баллов, которые студент может получить за ответ на вопросы экзаменационного билета – **20*.*** Экзаменационный билет содержит ДВА теоретических вопроса.

**Критерии оценивания**

**устного ответа на теоретический вопрос** *(каждый)* **билета**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии** | **В ответе обучающегося** | | |
| **Соответствует требованиям**  **(баллы)** | **Соответствует частично**  **(баллы)** | **Не соответствует**  **(баллы)** |
| 1 | Дает полный, безошибочный ответ на поставленный вопрос | 2 | 1 | 0 |
| 2 | Раскрывает причинно-следственные связи между явлениями и событиями | 2 | 1 | 0 |
| 3 | Материал излагает систематизировано и последовательно | 2 | 1 | 0 |
| 4 | Грамотно применяет терминологию | 2 | 1 | 0 |
| 5 | Материал излагает логически верно | 2 | 1 | 0 |

**2 этап – выполнение практического задания.** Максимальное количество баллов, которые студент может получить за выполнение практического задания – **10.** Экзаменационный билет содержит ОДНО практическое задание.

**Критерии оценивания**

**выполнения практического задания**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии** | **В ответе обучающегося** | | |
| **Присутствует полностью (баллы)** | **Присутствует частично (баллы)** | **Отсутствует (баллы)** |
| 1 | Дает правильный ответ решения задачи | 2 | 1 | 0 |
| 2 | Грамотно применяет методы решения | 2 | 1 | 0 |
| 3 | Безошибочно поясняет ход решения | 2 | 1 | 0 |
| 4 | Грамотно применяет терминологию | 2 | 1 | 0 |
| 5 | Выводы носят аргументированный и доказательный характер | 2 | 1 | 0 |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

***Модуль 1 «Введение в клиническую психологию»***

1. Клиническая психология как наука: определение, предмет и объект изучения, цели и задачи, основные разделы (области). Практические задачи и функции клинических психологов (в здравоохранении, образовании и пр.).
2. История развития клинической психологии как области психологической науки и практики (в России и за рубежом). Вопрос о соотношении терминов «клиническая психология» и «медицинская психология».
3. Патопсихология: определение, объект и предмет, цель. Практические задачи патопсихологии. Психопатология и патопсихология — характеристика и различия.
4. История развития патопсихологии в трудах отечественных и зарубежных ученых.
5. Продуктивные (позитивные) и негативные психопатологические симптомы. Общие (интегративные) регистры расстройств психики. Критерии расстройств психотического регистра. Критерии расстройств допсихотического регистра.
6. Патопсихологические симптомы и синдромы (симптомокомплексы, регистр-синдромы). Типы патопсихологических симптомокомплексов (синдромов) по И.А. Кудрявцеву. Виды патопсихологических регистр-синдромов по В.М. Блейхеру.
7. Методы патопсихологического исследования.
8. Нейропсихология: определение, предмет, задачи. Направления нейропсихологии.
9. Понятие и классификация высших психических функций (ВПФ). Нарушения ВПФ (афазия, апраксия и пр.).
10. Понятия нейропсихологического фактора, нейропсихологического симптома, нейропсихологического синдрома. Классификация нейропсихологических синдромов.
11. Структурно-функциональная модель мозга А.Р. Лурия (функциональные блоки мозга). Теория системной динамической локализации высших психических функций Л.С. Выготского и А.Р. Лурии.
12. Схема нейропсихологического исследования. Батарея «Луриевских» методов. Задачи, решаемые с помощью методов нейропсихологической диагностики.
13. Психосоматика, определение. Психосоматический подход в медицине.
14. Психосоматические расстройства (определение, классификация). Модели формирования психосоматических расстройств.
15. Понятие и компоненты (стороны, уровни) внутренней картины болезни (ВКБ). Типы реагирования на болезнь в зависимости от «масштаба переживания болезни». Типология реакций на болезнь (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов). Роль коррекции ВКБ в выздоровлении.
16. Предмет и задачи детской клинической психологии. Этиология и патогенез дизонтогений. Учение Л.С. Выготского о сложной структуре дефекта.
17. Возрастные уровни нервно-психического реагирования у детей и подростков в ответ на различные вредности. Типология психического дизонтогенеза (Ушаков Г.К., Ковалев В.В., Лебединский В.В.).
18. Основные принципы психодиагностики детей с нарушениями психического развития. Методы клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования детей с нарушениями психического развития и их родителей.
19. Организация психологической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их семьям.
20. Подходы к определению понятия «психологическое консультирование». Предмет и объект психологического консультирования. Цели и задачи психологического консультирования. Принципы психологического консультирования.
21. Краткая история становления психологического консультирования.
22. Модели консультирования: клинически-ориентированная; проблемно-ориентированная; решение-ориентированное консультирование. Виды психологического консультирования.
23. Современные представления о консультативном контакте. Позиции психолога (психотерапевта) по отношению к клиенту (пациенту). Стадии (этапы) консультирования.
24. Психологические средства воздействия на клиентов (пациентов) и взаимодействия с ними. Виды коммуникаций (вербальный, невербальный). Виды слушания.
25. Определение понятия «психотерапия». Медицинская модель психотерапии («медицинская» психотерапия) и психологическая модель психотерапии («немедицинская» психотерапия) – характеристика и различия. Определение понятия «психологическая коррекция». Роль термина «психологическая коррекция» в решении проблемы психологов, работающих в области психотерапии.
26. Сходства и различия психологического консультирования и психотерапии.
27. Целевые стратегии психотерапии. Подходы к классификации психотерапевтических методов.
28. Основные теоретические направления в психотерапии. Оценка эффективности психотерапии.
29. Понятие психогений. Классификация психогений по МКБ-10.
30. Классификация психогений по МКБ-10. Острая реакция на тяжелый стресс.
31. Классификация психогений по МКБ-10. Посттравматическое стрессовое расстройство.
32. Классификация психогений по МКБ-10. Расстройства адаптации.

***Модуль 2 «Методология исследования в клинической психологии»***

1. Проблема нормы и патологии в клинической психологии.
2. Проблемы психической адаптации и компенсации. Понятия дезадаптации и декомпенсации в клинической психологии.
3. Научные направления клинической психологии: анатомо-конституциональное направление.
4. Научные направления клинической психологии: физиологическое направление.
5. Научные направления клинической психологии: структурно-психологическое направление.
6. Научные направления клинической психологии: функциональное направление.
7. Научные направления клинической психологии: глубинное направление.
8. Научные направления клинической психологии: холическое направление.
9. Научные направления клинической психологии: бихевиориальное направление.
10. Научные направления клинической психологии: когнитивное направление.
11. Научные направления клинической психологии: гуманистическое направление.
12. Научные направления клинической психологии: экзистенциальное направление.
13. Научные направления клинической психологии: трансактное направление.
14. Психические процессы, как предмет исследования в клинической психологии. Нарушения психических процессов.
15. Психические свойства, как предмет исследования в клинической психологии. Нарушения психических свойств.
16. Психические состояния, как предмет исследования в клинической психологии. Нарушения психических состояний.
17. Поведенческий профиль, как предмет исследования в клинической психологии. Нарушения поведенческого профиля.
18. Биопсихосоциальный подход к исследованиям в клинической психологии (психологические методы, социально-психологические методы, параклинические (биологические) методы).
19. Предмет, цели и задачи патопсихологии. Методы патопсихологии.
20. Понятие о патопсихологических синдромах (симптомокомплексах, регистр-синдромах).
21. Предмет, цели и задачи нейропсихологии. Основные нейропсихологические понятия (нейропсихологический фактор, нейропсихологический симптом, нейропсихологический синдром).
22. Теория системной динамической локализации высших психических функций (ВПФ).
23. Основные нейропсихологические понятия (нейропсихологический фактор, нейропсихологический симптом, нейропсихологический синдром). Основные нейропсихологические синдромы.
24. Методология нейропсихологического исследования по А.Р. Лурия.
25. Соматопсихические и психосоматические соотношения. классификация психосоматических расстройств. Классификация соматопсихических расстройств.
26. Психологические методы исследования аномального ребёнка. Игра и рисование как диагностические методы.

**Образец экзаменационного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра психиатрии и наркологии

направление подготовки (специальность) 37.05.01 Клиническая психология

дисциплина «Клиническая психология: введение в науку и методология исследования»

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1**

1. Клиническая психология как наука: определение, предмет и объект изучения, цели и задачи, основные разделы (области). Практические задачи и функции клинических психологов (в здравоохранении, образовании и пр.).
2. Проблема нормы и патологии в клинической психологии.
3. Практикоориентированное задание.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заведующий кафедрой психиатрии и наркологии | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | В.А. Дереча |
|  |  |  |
| Декан факультетов фармацевтического и клинической психологии | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | И.В. Михайлова |

29.04.2021

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ***ОПК-1*** – способен осуществлять научное исследование в сфере профессиональной деятельности на основе современной методологии |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 2 | ***ОПК-3*** – способен применять надежные и валидные способы количественной и качественной психологической оценки при решении научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем человека, в том числе с учетом принципов персонализированной медицины |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 3 | ***ОПК-11*** – способен понимать принципы работы современных информационных технологий и использовать их для решения задач профессиональной деятельности |  |  |
|  |  |
|  |  |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося.

Текущий фактический рейтинг по дисциплине (максимально 5 баллов) определяется как среднее арифметическое баллов, набранных в результате:

* текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине;
* рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины;
* самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

По каждому практическому занятию обучающийся получает до 5 баллов включительно. Количество баллов определяется как среднее арифметическое оценок за устный опрос, тестирование и выполнения практических заданий (за каждую из этих форм работы на занятии в отдельности студент может получить до 5 баллов включительно). В зависимости от специфики темы на занятии может быть использована только одна из названных форм текущего контроля, две из них или все три.

По окончании каждого модуля дисциплины проводится рубежный контроль в форме устного опроса и определяется количество баллов рубежного контроля максимально 5 баллов.

За выполнение каждого задания по самостоятельной (внеаудиторной) работе обучающийся получает количество баллов в соответствии с критериями оценивания, указанными в ФОС.

Текущий фактический рейтинг получается суммированием баллов по каждому из вышеперечисленных направлений.

**ПАМЯТКА**

**для обучающихся о применении балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений по дисциплине**

1. Обучающиеся знакомятся с балльно-рейтинговой системой оценивания результатов освоения дисциплины на первом занятии под роспись.
2. Итоговая оценка по дисциплине определяется на основании дисциплинарного рейтинга (максимально 100 баллов) по таблице перевода

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **дисциплинарный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** | |
| экзамен | зачет |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

1. ***Дисциплинарный рейтинг*** представляет собой сумму значений текущего, экзаменационного или зачетного рейтингов и бонусных баллов (при наличии).
2. В результате оценивания на занятиях по дисциплине формируется ***текущий рейтинг***, который выражается в баллах от 0 до 70.
3. ***Бонусные баллы*** обучающегося выражается в баллах от 0 до 5 и формируется следующим образом:

* посещение 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);
* результаты участия в предметной олимпиаде по изучаемой дисциплине, проводимой на кафедре: 1-ое место – 3 балла, 2-ое место, 3 –е место – 2 балла, участие – 1 балл.

1. Подходы для формирования текущего рейтинга по дисциплине определяются преподавателем в 4 разделе фонда оценочных средств, который прикрепляется в информационной системе Университета в рабочей программе дисциплины (содержание 4 раздела ФОС доводится до сведения обучающихся) и могут различаться для разных дисциплин.
2. Обучающиеся не позднее 1 рабочего дня до даты проведения экзамена или зачета по дисциплине знакомятся с полученным значением текущего рейтинга и бонусных баллов (при наличии) на кафедре.
3. По результатам зачета или экзамена формируется ***зачетный или экзаменационный рейтинг*** в баллах от 0 до 30.

Если значение ***текущего рейтинга менее 35 баллов*** и (или) значение ***зачетного или экзаменационного рейтингов менее 15 баллов***, то дисциплина считается не освоенной и по результатам зачета и экзамена выставляется «не зачтено», «неудовлетворительно» соответственно.