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**

**ДИАГНОСТИКА И ЭКСПЕРТИЗА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

по направлению подготовки (специальности)

**37.05.01 КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ПО СПЕЦИАЛИЗАЦИИ**

**«ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ»**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 37.05.01 Клиническая психология по специализации «Патопсихологическая диагностика и психотерапия»,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России протокол № 2 от «28» октября 2016

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

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

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:

ОК-6 способностью и готовностью к овладению новыми методами исследования, к изменению научного и научно-практического профиля своей профессиональной деятельности, к изменению социокультурных условий деятельности

ПСК-3.4: способностью и готовностью к овладению теорией и методологией проведения психологических экспертиз с учетом их предметной специфики

1. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Форма текущего контроля:** представление презентации.

**Оценочные материалы:** темы презентаций по дисциплине.

1. Трудности социальной адаптации людей с аффективными расстройствами.

2. Особенности трудовой, медико-социальной, судебной и военной экспертизы лиц с аффективными расстройствами.

3. Общие принципы диагностики аффективных расстройств. Особенности проведения экспериментально-психологического исследования.

4. Дифференциально-диагностические трудности при исследовании лиц с аффективными расстройствами.

5. Типология и классификация аффективных расстройств.

6. Соматизированные и соматогенные аффективные расстройства. Дифференциальная диагностика.

7. Диагностика депрессий: диагностические трудности.

8. Нейробиологические основы депрессий.

9. Классификация депрессий.

10. Психодиагностика депрессий.

11. Психодиагностика аффективных расстройств.

12. Особенности аффективных расстройств при психических заболеваниях.

13. Особенности аффективных расстройств при соматических заболеваниях.

14. Особенности аффективных расстройств при алкоголизме и наркомании.

15. Аффективные расстройства как предпосылки совершения общественно опасных деяний.

**Оценочные материалы в рамках модуля 1: «Психолого-психиатрическая судебная экспертиза аффективных расстройств»**

**Форма текущего контроля:** тестирование.

**Оценочные материалы:** банк тестовых заданий.

1. Для аффективных психозов характерны проявления

а) патологического аффекта

б) физиологического аффекта

в) аффективной неустойчивости

г) аффективной патологии

д) недержания аффекта

2. Настроение при эндогенной депрессии:

а) хуже в утреннее время

б) лучше в утреннее время

в) не зависит от времени суток

г) улучшается после приема пищи

д) зависит от факторов окружающей среды

3. Типичное нарушение сна у депрессивных больных:

а) затруднения засыпания

б) поверхностный сон

в) ранние пробуждения

г) полное отсутствие сна

д) отсутствие чувства сна

4. Для депрессивных больных характерно:

а) астеническое мышление

б) замедленное мышление

в) лабиринтарное мышление

г) аментивное мышление

д) атактическое мышление.

5. Для «солнечной» мании характерно:

 а) зависимость от инсоляции

б) зависимость от солнечных бурь

 в) патологически повышенное настроение

г) развитие персекуторного бреда д) раздражительность.

6. Для гипомании характерны:

а) гипобулия

б) гипертимия

в) гипомнезия

г) гипотония

д) гипертермия.

7. Для маниакального неистовства характерны:

а) скачка идей

б) психические автоматизмы

в) кататоническое возбуждение

г) патологический аффект

д) кататонический ступор.

8. При каких состояниях встречается гипермнезия:

а) депрессия

б) астения

в) тревога

г) мания

д) аменция.

9. Кто ввел термин «маниакально-депрессивный психоз»?

а) В. Кандинский

б) С. Корсаков

в) Э. Крепелин

г) Э. Блейлер

д) Э. Кречмер.

10. Для профилактической терапии аффективных психозов применяют:

а) нейролептики

б) нормотимики

в) транквилизаторы

г) антидепрессанты

д) групповую психотерапию.

11. Депрессии лечатся: а) нейролептиками б) нормотимиками7 в) антидепрессантами г) транквилизаторами д) психотерапией.

12. Электросудорожная терапия применяется для лечения: а) маниакального состояния б) эпилепсии в) эндогенной депрессии г) неврозов д) психопатии.

13. Для купирования маниакального возбуждения применяется: а) галоперидол б) амитриптилин в) ноотропил г) лудиомил д) пиразидол.

14. Смешанные состояния характеризуются сочетанием: а) тревоги и депрессии б) тревоги и мании в) мании и депрессии г) депрессии и бреда д) мании и бреда

15. Бред Котара встречается при: а) мании б) депрессии в) психопатии г) неврозах д) эпилепсии.

 16. Цикл в течении аффективных психозов — это интервал времени: а) между маниакальной и депрессивной фазой б) фаза + интермиссия в) фаза + интермиссия + фаза г) интермиссия + фаза д) мания + интермиссия + депрессия.

17. Симптомы психического автоматизма — типичное проявление: а) депрессивной фазы БАР б) маниакальной фазы БАР в) периода интермиссии при БАР г) отмечаются на всех этапах течения БАР д) не характерны для БАР.

18. Суицидальные мысли и поведение — проявление: а) депрессивной фазы БАР б) маниакальной фазы БАР в) периода интермиссии при БАР г) отмечаются на всех этапах течения БАР д) не типичны для БАР.

19. Апатоабулический синдром — проявление: а) депрессивной фазы БАР б) маниакальной фазы БАР в) периода интермиссии при БАР г) длительного течения биполярного расстройства д) не характерным для БАР.

20. Высокую опасность для жизни окружающих представляет больной во время: а) депрессивной фазы БАР б) маниакальной фазы БАР в) периода интермиссииприБАР г) на всех этапах течения БАР д) больные БАР обычно не опасны для окружающих.

21. Типичная продолжительность депрессивной фазы БАР: а) несколько часов (до двух суток) б) несколько дней (до недели) в) несколько недель (не более 1,5 мес) г) несколько месяцев (от 2 до 6) д) несколько лет.

22. Показанием к оформлению инвалидности при БАР является: а) стремление больного к суициду б) наличие бреда в структуре приступа болезни в) частые и продолжительные приступы заболевания г) депрессивный эпизод длительностью более 4 месяцев д) больным БАР инвалидность не оформляется.

23. Биполярное аффективное расстройство: а) как правило, является следствием длительной психотравмирующей ситуации б) у женщин возникает значительно чаще, чем у мужчин в) лечат длительным приемом барбитуратов г) течет хронически прогредиентно д) приводит к быстрой инвалидизации и распаду личности.

24. Биполярное аффективное расстройство а) проявляется исключительно мягкой симптоматикой (невротического уровня) б) всегда сохраняется критика к своему состоянию в) никогда не приводит к инвалидизации больного г) склонно к хроническому фазовому течению д) нередко проявляется синдромом Корсакова.

25. Мужчина 42 лет, инженер, женат. В момент осмотра спокоен, никаких жалоб не предъявляет. Сообщает, что с 25 лет периодически с промежутком в 1–2 года возникали приступы либо беспричинной тоски, либо неудержимого веселья и радости. Несколько раз лечился в стационаре. Сделайте назначения: а) аминазин б) амитриптилин в) мелипрамин г) лития карбонат д) нет показаний к назначению каких-либо лекарственных средств.

26. Солдат срочной службы 18 лет без видимой причины стал неадекватно вести себя: не выполнял приказов командира, не посещал занятий и тренировок, практически ни с кем не общался, заявлял, что ему «все надоело». День проводил в постели, много спал. Предварительный диагноз: а) БАР — биполярный тип б) БАР — монополярный тип в) БАР — континуальное течение г) циклотимия д) данные противоречат диагнозу «БАР».

27. Мужчина 45 лет, научный сотрудник, без всякой причины стал чрезвычайно активен, постоянно пребывал в приподнятом настроении, шутил, предлагал помощь окружающим, заговаривал на улице с незнакомыми женщинами, говорил много с напором, легко отвлекался. Предварительный диагноз: а) маниакальный синдром б) лакунарное слабоумие в) тотальное слабоумие г) концентрическое слабоумие д) псевдодеменция.

28. Мужчина 45 лет, научный сотрудник, без всякой причины стал чрезвычайно активен, постоянно пребывал в приподнятом настроении, шутил, предлагал помощь окружающим, заговаривал на улице с незнакомыми женщинами, говорил много с напором, легко отвлекался и переключался на другие темы. Определите симптом: а) слабодушие б) ускорение мышления в) гиперэстезия г) персеверации д) парафрения.

29. Какие из перечисленных ниже симптомов противоречат диагнозу «БАР», если у больного 25 лет имеется: а) приподнятое настроение б) выраженная бессонница в) амнестическая дезориентировка11 г) бредовые идеи богатства, стремление дарить свои вещи окружающим д) быстрая, скачущая речь, временами напоминающая «словесную окрошку».

30. Юноша 16 лет перестал выходить из дома, не посещает школу, ничем не занят, не предъявляет жалоб, больным себя не считает. До 8-го класса отлично учился, был прилежен, привязан к родителям. С 8-го класса стал груб, неуправляем, потерял интерес к учебе, бродяжничал. Наиболее вероятный диагноз: а) БАР — монополярный тип б) БАР — биполярный тип в) БАР — тип continua г) циклотимия д) нет данных, свидетельствующих о наличии биполярного аффективного расстройства.

31. Какие из перечисленных ниже сведений противоречат диагнозу «БАР», если о больном 35 лет известно: а) наследственность психическими заболеваниями не отягощена б) заболевание возникло в возрасте 18 лет, когда у больного умер отец в) наблюдалось подавленное настроение, бред самообвинения, пытался покончить с собой г) в дальнейшем подобные приступы возникали без видимой причины весной или осенью и продолжались по 3–4 месяца д) за годы болезни стал значительно более замкнутым, бездеятельным, даже вне приступа болезни мало выходит на улицу.

32. У студента-биолога 20 лет (наследственность не отягощена) около недели назад ухудшился сон. Стал возбужден и многоречив. Утверждал, что изобрел сплав золота и бриллиантов, может с его помощью читать мысли врачей. Наиболее вероятный диагноз: а) шизофрения б) алкогольный делирий в) БАР (маниакальная фаза) г) эпилептические сумерки д) реактивный параноид.

33. Наиболее точное определение чувства «витальной тоски»: а) все соматические расстройства у депрессивных больных б) физическое ощущение боли и тяжести в груди при депрессии в) тоска, не сопровождающаяся соматическими жалобами г) головные боли у депрессивных больных д) синоним маскированной депрессии.

34. Определение ларвированной (маскированной) депрессии: а) депрессия с бредом б) синоним витальной тоски в) депрессия, проявляющаяся в основном соматическими жалобами г) сочетание признаков мании и депрессии д) депрессия с обездвиженностью.

35. Определение ажитированной депрессии: а) депрессия с раздражительностью и злобой б) синоним маскированной депрессии в) депрессия с адинамией и ступором г) тревожное возбуждение у депрессивных больных д) сочетание признаков мании и дисфории.

36. В эксперименте на просьбу объяснить пословицу «Трава всегда выглядит зеленее на другой стороне улицы» пациент отвечает: «Знаешь, парень, иногда это правда. Если знаешь, куда взглянуть — можешь поймать свое счастье. Если ты сейчас отдашь мне все свои деньги, я вложу их в дело и сделаю тебя миллионером». Темп речи ускорен, глаза блестят. Наиболее вероятный диагноз: а) недифференцированная шизофрения б) биполярный психоз, фаза мании в) сенильная деменция г) депрессивный невроз д) биполярное расстройство, фаза депрессии.

37. БАР на биполярный и монополярный типы разделил: а) К. Леонгард б) Э. Крепелин в) Э. Блейлер г) В. Х. Кандинский д) К. Шнайдер.

38. Для анергической депрессии характерны: а) витальная тоска б) идеи самоуничижения, самообвинения в) суицидные мысли г) полное отсутствие жизненных интересов д) соматические симптомы.

39. Дисфункция нейронов при депрессии заключается в: а) увеличении чувствительности постсинаптических рецепторов б) снижении активности пресинаптических рецепторов в) увеличении высвобождения моноаминов в синаптическую щель г) высокой концентрации моноаминов в синаптической щели д) низкой концентрации моноаминов в плазме.

40. Антидепрессант с двойным действием: а) флувоксамин (феварин) б) имипрамин (мелипрамин) в) пароксетин (паксил) г) флуоксетин (прозак) д) венлафаксин (велаксин).

41. Суточные колебания настроения характерны для: а) депрессивной фазы БАР б) маниакальной фазы БАР в) фазы интермиссии БАР г) всех этапов течения БАР д) для БАР не характерны.

42. Отвлекаемость, бессмысленная трата денег, альтруизм характерны для: а) депрессивной фазы БАР б) маниакальной фазы БАР в) фазы интермиссии БАР г) всех этапов течения БАР д) для БАР не характерны.

43. Отсутствие продуктивной симптоматики характерно для: а) депрессивной фазы БАР б) маниакальной фазы БАР в) фазы интермиссии БАР г) всех этапов течения БАР д) для БАР не характерно.

44. Отсутствие негативной симптоматики характерно для: а) депрессивной фазы БАР б) маниакальной фазы БАР в) фазы интермиссии БАР г) всех этапов течения БАР д) для БАР не характерно.

45. Ларвированная депрессия: а) сопровождается бредом преследования б) как правило, необратима в) сопровождается психическими автоматизмами г) является синонимом маскированной депрессии д) у мужчин наблюдается в 3 раза чаще, чем у женщин.

46. Показанием к оформлению инвалидности при БАР является: а) стремление больного к суициду б) наличие бреда в структуре приступа болезни в) частые и продолжительные приступы заболевания г) депрессивный эпизод длительностью более 4 месяцев д) больным БАР инвалидность не оформляется.

47. Генетические факторы являются ведущими в возникновении: а) аффективно-шоковых реакций б) прогрессивного паралича в) маниакально-депрессивного психоза г) корсаковского психоза д) энцефалопатии Гайе–Вернике.

48. Суицидальные тенденции достигают наибольшей выраженности в течение суток у больных витальной депрессией: а) в полдень б) вечером в) в первой половине ночи г) во второй половине ночи д) утром.

49. Суточные колебания настроения (улучшение вечером, ухудшение утром) характерны для: а) реактивной депрессии б) соматогенной депрессии в) эндогенной депрессии г) психогенной депрессии д) сосудистой депрессии.

50. Укажите бредовые идеи, наиболее часто встречающиеся при эндогенной депрессии: а) воздействия б) отношения в) виновности г) преследования д) сутяжничества.

51. Больные с эндогенной депрессией чаще всего чувствуют ухудшение: а) при отходе ко сну б) в середине дня в) ранним утром г) во время сна д) все время.

52. Диагностически значимые признаки маскированных аффективных расстройств при выявлении соматизированных депрессий: а) углубление симптомов болезни чаще по утрам со спонтанным улучшением во второй половине дня б) неэффективность соматической терапии, казалось бы, носящей каузальный характер в) отсутствие улучшения самочувствия больного при назначении антидепрессантов г) отсутствие признаков болезненной анестезии и суицидальных мыслей.

53. Скачка идей у больных в маниакальной фазе БАР проявляется: а) резкой сменой тем б) быстрой речью с повышенной отвлекаемостью в) наличием неологизмов г) застреваемостью на деталях д) переоценкой своих возможностей.

54. Укажите признак, не характерный для биполярного аффективного расстройства: а) повторные эпизоды, при которых настроение и уровень активности значительно нарушены б) после приступов обычно полное выздоровление в) указание на единственный маниакальный эпизод г) частые проявления маниакальных и депрессивных эпизодов вслед за стрессовыми ситуациями или психическими травмами.

55. Для какого состояния наиболее типично психомоторное возбуждение: а) депрессивная фаза маниакально-депрессивного психоза б) маниакальная фаза маниакально-депрессивного психоза в) обсессивный невроз г) синдром предменструального напряжения д) параноидная шизофрения.

56. Кем был введен термин «маниакально-депрессивный психоз»: а) Р. Крафт-Эбинг б) Г. Циен в) Э. Крепелин г) П. И. Ковалевский д) К. Клейст.

ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

57. Для аффективных психозов характерна симптоматика: а) депрессии б) деперсонализации в) нарушения схемы тела г) мании д) паранойи.

58. Для аффективных психозов характерна симптоматика: а) депрессии б) деперсонализации в) нарушения схемы тела г) мании д) паранойи.

59. Для депрессивного синдрома характерны: а) сниженное настроение б) тревога в) тахифрения г) амбивалентность д) ажитация.

60. При депрессии могут наблюдаться: а) ступор б) сопор в) обсессии г) парафрения д) ажитация.

61. Для соматических симптомов депрессии характерны: а) нарушение менструального цикла б) снижение массы тела в) прибавка массы тела г) головные боли д) запоры.

62. Моноаминная гипотеза гласит, что в патогенезе депрессии участвуют следующие нейротрансмиттеры: а) глутамин б) гистамин в) дофамин г) серотонин д) норадреналин.

63. Для маниакального синдрома характерны: а) замедление мышления б) приподнятое настроение в) бред преследования г) психомоторное возбуждение д) нарушение сна.

64. Какие идеи являются депрессивными? а) виновности б) самоуничижения в) преследования г) бесперспективности д) отравления.

65. Для лечения маниакальных состояний применяются: а) нейролептики б) антидепрессанты в) транквилизаторы г) нормотимики д) ноотропы.

66. Какое утверждение верно по отношению к аффективным психозам? а) фазы могут затягиваться на длительный период19 б) при отсутствии лечения фаза может сама пройти в) при длительном течении может возникнуть деменция г) при правильном лечении фаза обычно проходит через несколько месяцев д) поддерживающая терапия не влияет на течение болезни.

67. Для профилактики аффективных психозов применяются: а) соли вальпроевой кислоты б) соли лития в) галоперидол г) пиразидол д) карбамазепин.

68. При аффективных психозах встречаются следующие синдромы: а) депрессивный б) маниакальный в) гебефренический г) аффективно-бредовой д) апатоабулический.

69. У больных с аффективными психозами: а) фазное течение б) без правильного лечения быстро наступает дефектное состояние в) возможно развитие аффективно-бредовых приступов г) возможно протекание быстрыми циклами д) возможно развитие смешанных состояний.

70. Признаки неблагоприятного прогноза течения аффективных психозов: а) наличие смешанных состояний б) преобладание депрессивных фаз в) мужской пол г) частые инверсии фаз д) преобладание маниакальных состояний.

71. В отношении БАР верны следующие утверждения: а) это эндогенное заболевание б) возникает в молодом возрасте (25–40 лет) в) характерно фазовое течение г) симптоматика исчерпывается маниакальным и депрессивным синдромами д) в исходе развивается эмоционально-волевой дефект.

72. Депрессивная фаза БАР обычно характеризуется следующими свойствами: а) чаще возникает в осенне-весенний период б) типичная продолжительность 1–2 недели в) больные испытывают тоску, подавленность, бессонницу г) отмечается снижение аппетита и запоры д) возникает бред самообвинения-самоуничижения.

73. Маниакальная фаза БАР обычно характеризуется следующими свойствами: а) зимой или летом возникает чаще, чем в другое время года б) продолжительность — от нескольких недель до нескольких месяцев в) отмечаются расстройства сна г) повышаются аппетит и сексуальное влечение д) возможно возникновение бредовых идей величия.

74. В отношении БАР верны следующие утверждения: а) это эндогенное заболевание б) возникает чаще в молодом возрасте (25–40 лет) в) женщины болеют чаще, чем мужчины г) никогда не сопровождается бредом д) никогда не приводит к изменению личности больного.

75. Межприступный период при БАР характеризуется: а) он носит название интермиссии б) ему свойственно полное восстановление психических функций в) нет значительных изменений личности г) нет слабоумия д) отмечается эмоциональная лабильность.

76. Ю.Л. Нуллер выделил следующие синдромы депрессивной фазы: а) меланхолический б) ажитированный в) анергический г) тревожно-депрессивный д) деперсонализационный.

77. Для депрессии характерно: а) патологически сниженное настроение б) психическая заторможенность в) физическая заторможенность г) аментивное мышление д) соматические симптомы.

78. Для меланхолической депрессии характерны: а) ангедония б) нарушение аппетита, сна в) идеи самоуничижения г) чувство виновности окружающих д) суицидные мысли.

79. Для тревожной депрессии характерны: а) наличие тревоги б) ожидание угрозы себе и членам семьи в) иногда сопровождается ажитацией г) встречаются сенестопатии д) отсутствуют суицидные мысли.

80. Депрессивно-деперсонализационный синдром характеризуется наличием: а) аутопсихической деперсонализации б) истероиднойпсихопатизации в) соматопсихической деперсонализации г) аллопсихической деперсонализации д) постепенной парафренизации.

81. Виды маниакального синдрома: а) ажитированная мания б) солнечная мания в) гневливая мания г) гипомания д) маниакальное неистовство.

82. Для тяжелой витальной депрессии характерно: а) снижение массы тела б) уменьшение продолжительности сна в) уменьшение саливации г) снижение частоты пульса д) снижение настроения.

83. Выраженная депрессивная фазы БАР может включать: а) идеи переоценки б) наличие депрессивной триады в) апатия г) идеи самообвинения д) суицидные мысли

84. Выраженная депрессивная фазы БАР может включать: а) подавленное настроение б) оптимистическое содержание мыслей в) чувство тревоги г) депрессивная триада д) бессонница.

85. Выраженная депрессивная фазы БАР может включать: а) двигательное торможение б) отсутствие аппетита в) запор г) расширение зрачка д) тахифрению.

86. Выраженная депрессивная фазы БАР характеризуется: а) исчезновением суточных колебаний настроения б) витальным характером депрессии в) идеями осуждения г) суицидальными мыслями д) отсутствием аппетита.

87. Диагноз маскированной депрессии можно поставить на основании: а) сезонного развития болезненного состояния б) периодичности в) наличия нарушений сна г) раздражительности д) гипермнезии.

88. Диагностика ларвированной депрессии может быть основана на наличии: а) положительного эффекта от применения антидепрессантов б) пессимистического отношения к возможности излечения от «соматического заболевания» в) суточных колебаний интенсивности «соматических» расстройств г) симптомов минимальной мозговой дисфункции д) ЭЭГ-признаков заинтересованности диэнцефальных структур.

89. Факторы риска суицидального поведения у психически больных: а) выраженная депрессия б) наличие суицидальных мыслей в) наличие идей самообвинения г) выраженная двигательная заторможенность д) малая выраженность двигательной заторможенности в структуре депрессии.

90. Все перечисленное верно для диагностики биполярного типа БАР: а) мания в настоящее время и перенесенная депрессия в прошлом б) депрессия в настоящее время и перенесенная мания в прошлом в) депрессия в настоящее время и перенесенная депрессия в прошлом г) мания-депрессия в прошлом д) мания в настоящее время и в прошлом, без депрессий.

91. Типичным для депрессивной фазы БАР является: а) значительная анорексия и потеря веса б) усиление депрессии по вечерам в) психомоторная заторможенность или возбуждение г) потеря интереса ко всем видам деятельности д) бредовые идеи самообвинения и греховности.

92. Все следующие положения в БАР правильны: а) депрессия может возникнуть в любом возрасте б) депрессивные расстройства часто сочетаются с соматическими в) мужчины подвержены депрессии чаще, чем женщины г) риск возникновения БАР выше в семьях, в которых имеются случаи аффективных расстройств.

93. Психопатологическая триада Э. Крепелина при маниакально-депрессивном психозе включает следующие расстройства: а) пониженная или повышенная двигательная активность б) пониженное или повышенное настроение в) наличие обсессивно-компульсивных мыслей и действий г) ускоренное или замедленное мышление д) наличие галлюцинаций или бреда.

94. Все следующие положения характерны для депрессивной фазы БАР: а) у половины больных отмечаются повторные случаи депрессии б) во многих случаях помогает лекарственная терапия в) мужчины подвержены депрессии чаще, чем женщины г) депрессивная фаза длится недели — месяцы д) депрессивная фаза развивается только после психотравмы.

95. Какие утверждения верны по отношению к биполярному аффективному расстройству: а) это заболевание даже если не лечить, не приводит к смерти б) фазы могут затягиваться на длительный период25 в) может возникнуть деменция с изменениями личности г) при правильном лечении заболевание обычно проходит через 1–2 месяца д) прием поддерживающей терапии не влияет на течение болезни.

96. Типичным для эндогенной депрессии является: а) суточные колебания настроения б) триада Протопопова в) расстройства сна г) витальная тоска д) изменение выраженности в зависимости от психогенных факторов.

97. Триада Крепелина при мании включает: а) повышение настроения б) повышение аппетита в) психомоторное возбуждение г) ускорение темпа мышления д) разорванность мышления.

 98. Триада Протопопова характеризуется: а) мидриазом б) булимией в) запорами г) брадикардией д) тахикардией.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1. Психолого-психиатрическая судебная экспертиза аффективных расстройств**

**Тема 1. Виды юридически значимых состояний, рассматриваемых при проведении судебно-психологической экспертизы (СПЭ).**

**Форма текущего контроляуспеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Эмоциональное состояние как предмет СПЭ.

2. Психологический стресс - вид юридически значимого состояния при проведении СПЭ.

3. Аффект, острое горе и тревожность как проявление кризиса при проведении СПЭ.

4. Состояние ревности и состояние тревожности как конфликтные состояния при проведении СПЭ.

5. Состояние фрустрации при проведении СПЭ.

**Тема 2. Методыпроведения судебно-психологической экспертизы эмоциональных состояний. Диагностика и экспертиза депрессивных и маниакальных расстройств и реакций. Диагностика и экспертиза состояний страха. Психолого-психиатрическая судебная экспертиза аффективных расстройств настроения.**

**Форма текущего контроляуспеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Изучение материалов уголовного дела.

2. Биографический метод при приведении СПЭ.Использование метода независимых характеристик с целью получения объективного представления о психологических особенностях испытуемого. Метод беседы и наблюдения.

3. Психодиагностические методики при проведении СПЭ.

4. Симптомы и синдромы эмоциональных нарушений.

4.Биполярно аффективное расстройство, диагностика и экспертиза.

5. Рекуррентное депрессивное расстройство, диагностика и экспертиза.

6. Циклотимия, диагностика и экспертиза.

7. Дистимия, диагностика и экспертиза.

8. Постшизофренические депрессии, диагностика и экспертиза.

9. Психогенные депрессии с затяжным течением, диагностика и экспертиза.

**Модуль 2. Психолого-психиатрическая судебная экспертиза аффекта**

**Тема 1. Физиологический аффект. Физиологический аффект у лиц с пограничными расстройствами и в состоянии алкогольного опьянения.**

**Форма текущего контроляуспеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Понятие аффект.

2. Классический физиологический аффект, экспертиза.

3. Кумулятивный аффект, экспертиза.

4. Аффект на фоне алкогольного опьянения, экспертиза.

5. Физиологический аффект у лиц с пограничными расстройствами.

**Тема 2. Патологический аффект. Современное юридическое толкование понятия аффект.**

**Форма текущего контроляуспеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Временные психические расстройства («исключительные состояния»). Общее представление, виды.

2. Современное юридическое толкование понятия патологический аффект.

3. Причины и патогенез патологического аффекта.

4. Диагностика патологического аффекта. Разграничение патологического и физиологического аффекта.

**Тема 3. Психолого-психиатрическая судебная экспертиза аффекта.**

**Форма текущего контроляуспеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

1. Разбор случая «классического» аффекта у несовершеннолетнего обвиняемого.

2. Разбор случая патологического аффекта.

3. Разбор случая физиологического аффекта.

4. Разбор случая кумулятивного аффекта.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости,**

**в том числе, при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "5 БАЛЛОВ" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "4 БАЛЛА" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "3 БАЛЛА" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "2 БАЛЛА" оценивается ответ, обнаруживающий не полное знание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; знанием некоторых основных вопросов теории, не полностью сформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, снижением логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| Оценкой "1 БАЛЛ" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся не раскрытием темы; не знанием основных вопросов теории, не сформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, не владением монологической речью, снижением логичности и последовательности. В ответе содержится единичные (случайные) верные высказывания и суждения. |
| Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется по следующим критериям: пропуск семинарского (практического) занятия; отказ студента отвечать на вопросы, предусмотренные планом для проведения семинарских (практических) занятий; невыполнение домашнего задания и аудиторных заданий |
| **тестирование** | Оценка «5 БАЛЛОВ» выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка «4 БАЛЛА» выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка «3 БАЛЛА» выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка «2 БАЛЛА» выставляется при условии 61-70% правильных ответов. |
| Оценка «1 БАЛЛ» выставляется при условии 51-60% правильных ответов. |
| Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется при условии 50% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных** **задач** | Оценка «5 БАЛЛОВ» 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 «4 БАЛЛА» 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 «3 БАЛЛА» 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 «2 БАЛЛА» выставляется если обучающимся дан правильный 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. |
| Оценка «1 БАЛЛ» выставляется если обучающимся дан не правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения отсутствует. Демонстрация практических умений с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется по следующим критериям: пропуск семинарского (практического) занятия; отказ студента отвечать на вопросы, предусмотренные для решения ситуационной задачи. |
| **Выполнение практического задания, проведение ЭПИ** | Свободно применяет умение (выполняет действие) на практике, в различных ситуациях. Свободно комментирует выполняемые действия (умения), отвечает на вопросы преподавателя. Способен применять умение (действие) в незнакомой ситуации, выполнять задания творческого уровня |
|  Оценка «4 БАЛЛА» выставляется если студент применяет умение (выполняет действие) на практике, возможны не значительные ошибки, которые студент сам исправляет. В комментариях выполняемых действий имеются не значительные пропуски, не грубые ошибки, могут быть не большие затруднения при ответах ан вопросы преподавателя. Применяет, но не уверенно. Не всегда самостоятельно видит возможность этого. |
|  Оценка «3 БАЛЛА» выставляется если студент применяет умение (выполняет действие) на практике, возможны легкие ошибки, которые студент сам исправляет (или с направляющей помощь преподавателя). В комментариях выполняемых действий имеются достаточно серьезные ошибки, пропуски, могут быть существенные затруднения при ответах ан вопросы преподавателя. Применяет, но не уверенно, применение навыка не соответсвует поставленной задаче.  |
|  Оценка «2 БАЛЛА» выставляется если студент испытывает умеренные затруднения при применении умений (выполнении действий). Возникают прокомментировать выполненные действия (умения) и/или допускает не критические ошибки, затрудняются отвечать на вопросы преподавателя.  |
|  Оценка «1 БАЛЛ» выставляется если студент испытывает значительные затруднения при применении умений (выполнении действий). Затрудняется прокомментировать выполненные действия (умения) и/или допускает грубые ошибки, затрудняются отвечать на вопросы преподавателя. Не может применять умения (действия) в незнакомой ситуации. |
|  Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется по следующим критериям: пропуск семинарского (практического) занятия; отказ студента выполнять практические задания. |

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

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится в форме тестирования.

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

**Рд = Ртс + Рэ/Рз**

где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Рэ/Рз – экзаменационный (зачетный) рейтинг.

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

Зачетный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации и выражается в баллах по шкале от 0 до 30. В случае получения обучающимся зачетного рейтинга менее 15 баллов результаты промежуточной аттестации признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность.

*Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного рейтинга*

- 14 баллов: количество правильных ответов ≤50%;

- 15 баллов: количество правильных ответов =51-53%;

- 16 баллов: количество правильных ответов =54-56%;

- 17 баллов: количество правильных ответов =57-59%;

- 18 баллов: количество правильных ответов =60-62%;

- 19 баллов: количество правильных ответов =63-65%;

- 20 баллов: количество правильных ответов =66-68%;

- 21 балл: количество правильных ответов =69-71%;

- 22 балла: количество правильных ответов =72-74%;

- 23 балла: количество правильных ответов =75-77%;

- 24 балла: количество правильных ответов =78-80%;

- 25 баллов: количество правильных ответов =81-83%;

- 26 баллов: количество правильных ответов =84-86%;

- 27 баллов: количество правильных ответов =87-89%;

- 28 баллов: количество правильных ответов =90-92%;

- 29 баллов: количество правильных ответов =93-96%;

- 30 баллов: количество правильных ответов =97-100%.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Понятие определения нормы и анормальности в психологии.

2. Подходы определения психического расстройства и расстройства личности.

3. Причины и факторы расстройств личности (биологические, психологические и

социокультурные).

4. Сходство и различие в классификации психических расстройств (системеа МКБ и DSM –

IV-ТR).

5. Аффективные расстройства настроения.

6. Расстройство настроения как группа диагнозов в системе DSM-IV и МКБ-10.

7. Хронические (аффективные) расстройства настроения.

8. Понятие мании. Диагностические критерии.

9. Гипомания и другие маниакальные эпизоды.

10. Мания (гипомании) в детском и подростковом возрасте.

11. Биполярные аффективные расстройства: общая характеристика.

12. Маниакально-депрессивный психоз. Характеристика.

13. Сезонное аффективное расстройство.

14. Понятие депрессии.

15. Клиника и течение. Признаки депрессии. Диагностические критерии.

16. Виды и причины формирования депрессий у детей и подростков.

17. Рекуррентное депрессивное расстройство.

18. Понятие циклотимии и дистимии. Характеристика. Дифференциальная диагностика.

19. Типы личностей, у которых возникает дистимия.

20. Причины и факторы возникновения циклотимии и дистимии.

21. Влияние стресса на возникновениециклотимии и дистимии.

22. Реактивные психозы. Характеристика.Дифференциальная диагностика.

23. Психогенные реакции, временные расстройства психической деятельности, возникающие

в ответ на тяжёлую жизненную ситуацию.

24. Неврозы. Виды неврозов. Дифференциальная диагностика.

25. Неврастения.Дифференциальная диагностика.

26. Аффективно-шоковые реакции.

27. Сумеречные состояния сознания.

28. Реактивные депрессии, возникающие после психических травм.

29. Бредовые формы реактивных состояний.

30. Причины и факторы формирования реактивных состояний.

31. Исследование и оценка личности в психологии.

32. Подходы и методы в исследовании личности.

33. Основные элементы оценки личности (физического состояния, неврологическое

обследование и психосоциальная оценка).

34. Объективные личностные тесты и проективные методы в оценке личностных расстройств.

35. Диагностика и экспертная оценка аффективных расстройств и реактивных состояний

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

Задача № 1. Больная 54 лет, инвалид II группы. Находится на лечении в психиатрической больнице. В отделении необщительна, большую часть времени ничем не занята, обычно сидит на своей кровати, часто тяжело вздыхает. На лице выражение тоски и тревоги. Во время беседы с врачом волнуется, слегка дрожит, непрестанно перебирает руками свою одежду. На глазах слезы. Жалуется на подавленное настроение, бессонницу, наплыв бесконечных тревожных мыслей о доме. Жизнь представляется больной ненужной и бесцельной, часто думает о том, что жить не стоит. Отрывок из разговора с больной. Врач: «Почему считаете, что Вы никому не нужны? Вы ведете хозяйство, воспитываете внуков и Вашим детям трудно было бы без Вас». Больная: «Внуков...наверное, нет уже в живых...нет их...» Врач: «Почему Вы так считаете? Вчера на свидании у Вас был сын, он сказал, что дома все в порядке». Больная: «Не знаю... Наверное, все погибли... Доктор, что со мной? Сделайте что-нибудь, помогите…» Определить синдром и по возможности, заболевание.

Задача № 2. Больной Ч., 25 лет, педагог. Помещался в психиатрическую больницу 3 раза с одинаковыми состояниями, находился обычно в течение 3 месяцев. Вне приступов заболевания работал, с работой справлялся. Настоящий приступ заболевания начался с говорливости, избыточной подвижности уходил из дома, останавливал на улице прохожих, бранился, во все вмешивался, писал жалобы в милицию, временами становился злобным, раздражительным. В больнице: ориентировка в месте и времени сохранена, обманов чувств и бредовых высказываний нет. Легко вступает в контакт, на вопросы отвечает по существу, но легко отвлекается по внешним ассоциациям, многословен, многоречив, темп мышления ускорен. Настроение приподнятое, оживлен, постоянно улыбается, стремится доказать; что он здоров. Имеется переоценка личности считает, что он хороший педагог, знает медицину. Спит мало, постоянно в движении. Ест с повышенным аппетитом, но теряет в весе. Определить синдром и заболевание.27

Задача № 3. Больной К., 17 лет. Тетка по линии матери больна шизофренией. Воспитывался в неполной семье. В детстве отличался бойким, веселым характером. Успешно учился в школе до 4-го класса. В сентябре — октябре в 4-мклассе отмечался «период лени», «невозможно было заставить делать уроки», сидел пасмурный, капризный, плохо ел. Позже «взялся за ум», продолжал успешную учебу. В 9-м классе вновь осенью «период лени», терял в весе, плохо ел. В настоящее время студент университета. Последний месяц плохо спит, утром встает разбитым, подавленным. Врачу рассказал: «На занятиях сижу, как чурбан, безразличный к окружающему. Мысли о никчемности, неспособности, иногда раздумываю, что занял место более достойного юноши, из которого в будущем выйдет хороший специалист. Меня же ничего хорошего в жизни не ждет. Я не нашел своего места в жизни, никому не интересен, ничего не знаю, ничего не умею. Растерял все свои знания, способности, плохо работал над собой, не умею работать над книгой, слушать лекции. Занятия кажутся неинтересными. Что-то со мной происходит. Настроения нет, нет интереса к жизни, к учебе. Возникают мысли уйти из жизни. Не делаю этого, потому что не хочу огорчать мать, мало она со мной намучалась, настрадалась, из-за меня загубила свою жизнь». Определить синдром и по возможности, заболевание.

Задача № 4. Больная Н., 27 лет. Росла и развивалась нормально. По характеру спокойная. Впервые заболела в 16 лет, лечилась более 6 месяцев. Отмечались тоска, отчаянье, была двигательно заторможена, медлительна, высказывала идеи самообвинения и самоуничижения, пыталась покончить с собой, отказывалась от пищи, плохо спала. По выздоровлении неплохо себя чувствовала, в течение 11 лет, училась, работала, вышла замуж. Последнее время без видимой причины стала грустной, была подавлена, угнетена, почти перестала разговаривать, отвечала односложно. В клинике: заторможена отказывается от еды, высказывала идеи самообвинения. Спит плохо, отмечает чувство отсутствия сна, ничем не занята, сидит в одной позе, глубоко вздыхает. Мимика однообразная, скорбная, малоподвижная. Страдает запорами, кожа сухая, зрачки расширены. Определить синдром и заболевание.

Задача № 5. 27-летняя женщина, замужем, без детей, медицинская сестра. Пациентка доставлена в психиатрическую больницу супругом в связи с выраженным возбуждением и разговорчивостью. После ссоры с мужем четыре дня назад она в ярости покинула дом и пошла в церковь, где молилась всю ночь. Когда пациентка возвратилась утромдомой, муж был очень зол и заявил, что, если ей нравится проводить всю ночь в церкви, она может перейти туда жить. Пациентка ушла к матери, и становилась все более и более странной. Она была очень возбуждена, не могла спать, говорила почти непрерывно и ничего не ела, пылко декламировала молитвы, однако путала некоторые слова. Ее бесконечный разговор был в основном о религии, и она прерывала его только для того, чтобы петь религиозные молитвы, обвиняла многих людей и отдавала им приказы молиться. Мать позвонила мужу пациентки и заявила, что он виноват в таком состоянии дочери. Пациентка отказывалась от лечения, и муж насильно привез ее в больницу. С раннего детства пациентка проявляла интерес к религии. В семилетнем возрасте она захотела изучать Коран и запомнила большинство разделов этой книги. Она была общительна и легко заводила друзей, ей нравилось быть в центре внимания благодаря своим способностям к пению и танцам. Пациентка была энергичной женщиной, обычно оптимисткой, хотя иногда испытывала депрессию. Психическими заболеваниями никто в семье не болел. В возрасте 22 лет у пациентки наблюдалась длительная депрессия, последовавшая после расторжения ее первого брака. Она испытывала тоску, неуверенность в себе, была замкнутой, из-за чего избегала посещать вечеринки. С трудом засыпала, просыпалась рано и чувствовала себя усталой. Она потеряла аппетит и похудела. В то же время она продолжала работать и воспользовалась только одним выходным днем в связи с болезнью. К врачу пациентка не обращалась, через шесть месяцев ее состояние постепенно улучшилось, и настроение и деятельность вернулись к прежнему уровню. Состояние при осмотре: пациентка нарядно одета. Возбуждена, раздражительна, агрессивно кричит. Очень разговорчива, речь время от временитруднопонять. Говорит быстро, перескакивая с одной темы на другую. Считает себя выше других, тех, которые завидуют ее голосу, уму и красоте. Легко отвлекается, но полностью ориентируется во времени, месте и собственной личности, не наблюдается никаких отклонений со стороны памяти или интеллекта. Определить синдром и по возможности, заболевание.

Задача № 6. Женщина 18 лет, замужем. Выплеснула горячее растительное масло в лицо мужу и затем шагнула в открытый огонь с целью совершить самосожжение. Сначала была помещена в больницу для лечения ожогов, а затем переведена в психиатрическую клинику. Три месяца назад жена старшего брата мужа пациентки покончила с собой таким же образом. При этом пациентка была свидетельницей суицида и перенесла тяжелый шок. С тех пор она потеряла интерес к дому и окружающему, почти ни с кем не разговаривала, замкнулась в себе. Выглядела усталой, плохо спала и почти утратила аппетит. За несколько дней до собственного суицида она совершенно не ела и не разговаривала. Несчастный случай произошел, когда она готовила пищу, как обычно в это время дня. Члены семьи рассказывали, что пациентка выплеснула масло в лицо мужу без предупреждения и без какого бы то ни было повода. Некоторые из них получили небольшие ожоги, вытаскивая сопротивлявшуюся пациентку из огня. Состояние при осмотре. Пациентка лежит в постели и выглядит бледной и испуганной. Она не говорит и не двигается, никак не реагирует на осмотр, только следит за врачом взглядом. Физический осмотр, в том числе неврологический, не выявил отклонений от нормы, за исключением признаков небрежности в одежде и потери веса. Течение заболевания: пациентка получала ЭСТ на протяжении трех дней подряд, после чего стала поправляться, начала есть и общаться. Пациентка рассказала, что ее невестка, покончившая с собой, «действовала» на нее. После своей смерти она стала преследовать пациентку. Пациентка слышала голос невестки, говорившей, что она плохая и тоже должна умереть. Постепенно она поняла, что мешает своей новой семье и ей действительно нужно умереть. Ее жестокое поведение явилось следствием соответствующего приказа, отданного голосом ее мертвой невестки. Определить синдром и по возможности, заболевание.

Задача № 7. Больной В., 34 года. Поступает в психиатрическую больницу в четвертый раз. Дважды диагностировались депрессивные состояния, во время первой депрессии совершил суицидную попытку. Один раз диагностировалось маниакальное состояние. Эти болезненные приступы продолжались от трех до пяти месяцев. Между приступами болезни успешно окончил институт, работает, чувствует себя здоровым в этот период. За две недели до данной госпитализации стали замечать, что больной мало спит, стал много говорить, много двигался. Пробежал кросс в 10 км, хотя до этого спортом не занимался. Брался за многие дела, но вскоре их бросал, так как начинал другое дело. Накупил массу ненужных вещей. Хотя и стал более деятельным, но на работе продуктивность снизилась, так как не доводил дела до конца, уходил то в один, то в другой цех. Перед госпитализацией явился на завод в 4 часа утра, включил все станки, хотя рабочий день начинается в семь часов утра. Был осмотрен психиатром, госпитализирован в психиатрическую больницу. В отделении: правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Настроение повышено, многоречив, ни на минуту не умолкает, голос из-за этого охрипший, много шутит, смеется, на лице постоянно улыбка. Чем-либо огорчить больного невозможно. Порой делает веселые замечания, и окружающие смеются вместе с ним. Постоянно в движении. Темп моторики и мышления ускорен. Спит около 2 часов в сутки, при этом чувствует себя бодрым. Аппетит повышен, но похудел. Обманов восприятия нет. Первым подбегает к входящему в отделение врачу. Сразу начинает разговор: «О! Давно не виделись! Доктор, как живете? Мороз на улице сильный? Я — самый сильный спортсмен в мире. Посмотрите бицепсы — сталь. Читали книгу “Как закалялась сталь”? Я сегодня напишу книгу о солнечном двигателе. Это мое открытие. Оно стоит миллион. Хотите десять тысяч? Как говорят, не имей сто рублей… Вы мне друг. Специально для Вас танец». Достает расческу, накладывает бумагу, наигрывает мотив плясовой и танцует. Но вскоре прекращает танец. Спешит в другой конец коридора со словами: «Вот моя любимая сестричка. Будь моей женой. Дай я тебя поцелую». При общении с больным вначале собеседники улыбаются, невольно заражаясь его веселостью и жизнерадостностью. Однако многочасовые разговоры больного, сопровождающиеся неистощимой подвижностью, становятся утомительными для окружающих, но больной не устает, критики нет, считает, что он совершенно здоров. Определить синдром и по возможности, заболевание.

 Задача№ 8. Больная З., 30 лет. Наследственность неотягощена. По характеру была замкнутой, малообщительной, близких подруг не имела, любила быть справедливой, много читала. Окончила строительный институт. Во время туристической поездки на пароходе появилось повышенное настроение: много пела, смеялась, организовывала отдыхающих, хотела быть их «гидом в путешествии». Из иллюминатора увидела плывущих за пароходом крыс, испугалась. В одном из городов отстала от группы, садилась в чужие машины, приставала к прохожим, была эротичной, предлагала незнакомым мужчинам пойти в ресторан, в гостиницу. Обнаженная позировала на площади. Была задержана милицией. Обратила на себя внимание неправильным поведением: говорила, что она «представитель марсиан на Земле», принимает участие в запусках космических кораблей, улетает на Марс. Была возбуждена, говорила что-то непонятное, не понимала, где она находится. Доставлена в психиатрическую больницу. Соматически и неврологически без патологии. Психическое состояние: при поступлении и в последующем подвижна, многоречива, неадекватно улыбается, громко отвечает на вопросы. Ориентируется неточно, путает дату, месяц, заявляет, что находится то на Марсе, то в больнице. Утверждает, что ее мысли известны окружающим, и вокруг разыгрываются сцены, в которых участвуют мать и отец. В таком состоянии отрывочно сообщает данные о себе. Внезапно выражение лица становится «зачарованным», взгляд рассеянным, внимание не сосредоточенным. В это время произносит отдельные слова, из которых становится ясным, что она считает себя находящейся на Марсе, вокруг нее «голубые марсиане», «звездные корабли», на нее действуют гипнозом. После проведенного лечения через три месяца выписана с практическим выздоровлением. По катамнестическим данным через три года повторилось подобное психотическое состояние. По окончании терапии вновь приступила к работе по специальности. Определить синдром и, по возможности, заболевание.

Задача№ 9. Больная Н., 64 лет. В больницу поступает повторно. Заболела в возрасте 55 лет. Заболевание дебютировало тревожнодепрессивной симптоматикой. В больнице лежит подолгу. Обычно очень тревожна, суетлива, постоянно находится в движении, заламывает руки. Обращается к врачу с просьбой «умертвить» ее, так как она недостойна жить: совершила много грехов, плохо воспитала детей. Из-за нее страдает семья, они голодают, им нечего надеть. Все вокруг знают о ее вине, смотрят на нее с презрением. Плохо спит, отказывается от еды. Под влиянием лечения наблюдаются короткие ремиссии, а затем симптоматика возобновляется с прежней силой. Определить синдром и заболевание.

Задача№ 10. Больная 30 лет. Наследственность отягощена: дядя по матери страдал умственной отсталостью, двоюродный брат — психастеник. Развивалась нормально. Всегда веселая, жизнерадостная, энергичная, подвижная. В возрасте 25 лет и 30 лет перенесла приступы заболевания с переживанием чувства тоски. Пыталась покончить собой. Последний месяц стала плохо работать, делала ошибки, плохо спала. Стала задумчивой, медлительной, не справлялась с домашними работами, не успевала. Родным говорила, что она лентяйка, «распутная женщина», она не достойна мужа и детей. Считает, что все презирают ее. Держится одиноко. Определить синдром и заболевание.

Задача № 11. Больной Ц., 30 лет. Старший брат покончил жизнь самоубийством. Рос и развивался правильно. С детства отличался бойкостью, шумливостью, много читал. После окончания школы несколько раз поступал в различные институты, но вскоре переставал посещать занятия, «предавался развлечениям, знакомствам с женщинами». Трижды был женат, но вскоре «влюблялся в других женщин». Перед госпитализацией был в командировке, где был излишне деятелен, шумлив, появились повышенная говорливость, веселость, беззаботность. Ходил по различным учреждениям, добивался приема у начальников, заключал договоры, обещал создать музыкальный ансамбль. Посещал рестораны, приглашал случайных знакомых, всех заражал своим весельем, деятельностью. При отказах легко раздражался, стучал кулаком по столу, легко «отходя», обнимал обиженного, просил не сердиться. Вернувшись из командировки, на работе был чрезмерно весел, непродуктивно деятелен, говорлив, подвижен. Направлен в психиатрический стационар. В отделении весел, лучезарно улыбается, шутит, громко смеется. Говорит без умолку, к вечеру срывает голос. Речь непоследовательная, перескакивает с одной темы на другую. В ходе беседы может запеть, начать танцевать. Преувеличивает свои возможности, называет себя известным актером, аферистом, незаурядной личностью, непревзойденным любовником. Хвастается своими любовными похождениями, вспоминая мельчайшие подробности. Гиперсексуален. В отделении знает всех больных, персонал, вмешивается во все дела, мешает. Возмущается, если отказываются от его помощи. Пытается организовать художественную самодеятельность, взяв на себя практически все обязанности. Декламирует, танцует, поет, дирижирует, играет. Соматически: худ, бледен, аппетит повышен. Спит 2–3 часа в сутки, не чувствует усталости. Неврологически: без патологических изменений. Катамнез: спустя полгода практически здоров. Успешно работает. Определить синдром и по возможности, заболевание.

Задача № 12. Больная К., 48 лет, продавец. Доставлена в психиатрический стационар в связи с попыткой самоубийства. В отделении одиноко сидит в углу палаты, низко опустив голову. На лице застыло напряженно-тоскливое выражение. Отказывается от еды: «Нечего меня кормить, не заслужила. От государства деньги получала, а с работой не справлялась!» На вопросы отвечает с задержкой, односложно, таким тихим голосом, что часто приходится ее переспрашивать. Факт попытки самоповешения не отрицает, но считает, что спасли ее напрасно: «Таким, как я, не место на земле. Лучше я сама это сделаю, чем дожидаться суда людского». Уверена, что окружающие смотрят на нее с презрением, так как она «поганый человек», ее ожидает смертная казнь за совершенные преступления. Вспоминает, что много лет назад она работала продавщицей в ларьке и незаконно торговала водкой в розлив, забирая себе пустые бутылки. Многие годы не вспоминала об этом, но теперь поняла, что ничто не забыто. На вопросы, касающиеся ее жизни, семьи, больная отвечать отказывается: «Ни к чему все это!» Больной себя не считает: «Я здоровая, выпишите меня, зачем я здесь занимаю место?.. Мне не лечиться нужно, a пойти в милицию»! На следующий же день больная, закрывшись с головой одеялом, пыталась повеситься на чулке. Определить синдром и диагноз.

Задача № 13. Больной Ч., 45 лет, педагог. Женат с 27 лет, имеет 7 здоровых детей. Помещался в психиатрическую больницу 6 раз. Наблюдались приступы, выражавшиеся только маниакальными фазами. Последний приступ начался за 2–3 недели до поступления в клинику. Появилась повышенная говорливость, подвижность, часто уходил из дома, останавливал на улицах прохожих, бранился, во все вмешивался, писал жалобы в милицию. Временами становился раздражительным, злобным, проявлял, агрессию. Последние дни плохо спал. Вбольнице ориентированво времени, местеиокружающем. Обманов чувств нет. Легко вступает в контакт, отвечает по существу, но, начиная отвечать на вопрос, сбивается, перескакивает с темы на тему. Отвлекаем. Многоречив, темп мышления ускорен, ассоциации по смежности, сходству и созвучию, рифмует, свою речь сопровождает богатой мимикой и жестами. Стремится доказать, что он здоров, что его в больницу поместили напрасно. Имеется переоценка своей личности. Считает, что он хороший педагог, прекрасно разбирается в людях, знает медицину, «был учеником Павлова», «прекрасный оратор», так как его учителями были Пушкин, и Салтыков-Щедрин. Приводит цитаты, пословицы. Говорит, что он занят научной работой, пишет книгу на тему: «Сознательное и бессознательное в природе и обществе». Настроение повышенное, но легко раздражается, бывает гневлив. Собирает различные бумажки, лоскутки, складывает все это в коробку, которую украшает яркими ленточками и бумажками. Со стороны соматического состояния каких-либо патологических изменений не констатировано. Определить синдром и по возможности, заболевание.

Задача № 14. Больная С., 40 лет. Отец имеет тревожно-мнительный характер. Мать властная, энергичная, настойчивая, вспыльчивая, неуравновешенная, в 62 года заболела инволюционной меланхолией, находилась на лечении в психиатрической больнице. Один брат матери — олигофрен, второй — психастеник. Больная развивалась нормально, была веселой, подвижной, энергичной: Имела 6 беременностей (5 искусственных абортов и 1 роды). После родов перенесла приступ депрессии. Месяц назад стало трудно работать, делала ошибки, была задумчивой, тревожной, не спала, мало ела. Считала себя преступницей, просила прощения у родителей. Была помещена в больницу. Слышит детские крики за стеной; считает, что из-за нее убивают детей. Память не нарушена. Мышление крайне замедлено, говорит тихим толосом, ответы дает после длительной паузы, односложные. Высказывает идеи самообвинения, самоуничижения. Обвиняет себя в смерти мужа. Считает себя плохой матерью, «распутной» женщиной, лентяйкой, всю жизнь плохо работавшей, недостойной находиться в больнице, говорит, что врачи ее презирают, она не должна есть, так как этого не заслужила. Настроение депрессивное. Мимика скорбная. Два раза пыталась совершить самоубийство, наносила себе повреждения. Отказывалась от еды. Двигательно заторможена. Рано просыпается. Определить синдром и по возможности, заболевание.

 Задача № 15. Больная Б., 30 лет, служащая. Порвав отношения с человеком, за которого хотела выйти замуж, стала нервничать, перестала спать. Через 3 дня появились странности в поведении. Заявила сотрудникам, что чувствует их недоброжелательное отношение к ней. Считала, что окружающие над ней насмехаются, о чем-то перешептываются между собой, «намекают» в разговорах на ее плохое поведение. Считает, что «им все известно». Видимо, о ней сообщили какие-то компрометирующие сведения, и она думает, что это сделал ее жених, она его даже видела выходящим из учреждения. Решила, что теперь для нее все кончено, жить ей не нужно. Была помещена в психиатрическую больницу. Ориентирована, заторможена, тревожна. Настроение подавленное. Слышит за стеной разговоры сослуживцев и соседей по комнате о себе. Они намекают на сожительство ее с каким-томужчиной, бранят ее. Считает, что персонал больницы и больные «смотрят презрительно». Отказывается от еды. При уговорах поесть заявляет: «Смеетесь вы надо мной, не есть мне, а умирать надо». Под влиянием лечения, в частности рациональной психотерапии, состояние постепенно улучшилось, появилось критическое отношение к перенесенному заболеванию, и после 3-месячного пребывания в больнице выписалась c выздоровлением. Определить синдром и по возможности, заболевание.

Задача № 16. Больная М., 50 лет, уборщица. Менструации с 18 лет, прекратились в 43-летнем возрасте. Замуж вышла в 22 года. Трое детей и муж погибли в войну. В 1948 г. умер сын от туберкулеза легких. Потеряв последнего сына, много плакала, считала себя прямой виновницей его смерти. Окружающие заметили перемену в ее характере. Она стала угрюмой, раздражительной, подозрительной, вступала в конфликты с соседями, обвиняла их в плохом отношении к ней. Затем со слезами просила прощения у них за грубость. Боясь отравления, перестала готовить пищу на общей кухне. Появилась чрезмерная религиозность, часто ходила в церковь, много молилась дома, подолгу проводила время на кладбище. Вскоре тревога усилилась. Сослуживцам по работе заявляла, что она «великая грешница» и недостойна находиться среди «славных людей». В психиатрической клинике заявляла, что слышит «голоса», рассказывающие о ее прошлой жизни. Они упрекают ее, называют неприличными словами, а также говорят: «хищница», «убийца», «кровопийца». Больная высказывала, идеи греховности и самоуничижения: «я хуже зверя лютого», «ничтожество», «воровка», «блудница», «змея подколодная», «меня нужно на куски разрезать и отдать на съедение волкам голодным» Угнетена, мимика скорбная, целыми днями стоит в позе «кающейся грешницы» или на коленях усердно молится, бьется головой об пол. Временами суетлива, ползает на четвереньках, целует полы халата у персонала, отказывается от еды, плохо спит. Физическое состояние: больная пониженного питания, кожа сухая, подкожный жировой слой выражен слабо. Тоны сердца глухие. Наклонность к запорам. Вазомоторная лабильность. Определить синдром и, по возможности, заболевание.

Задача № 17. 36-летний торговый агент, женат, имеет двоих детей. Помещен в психиатрическую клинику после «нервного срыва» с психомоторным возбуждением, спутанностью и суицидальными мыслями. За четыре недели до госпитализации посещал шестидневный курс личностного развития. Во время прохождения курса стал чрезмерно возбужденным и говорливым, втягивал людей в спор днем и ночью, слишком много пил. Кроме того, была половая связь с одной из участниц курса. После возвращения домой у него произошел срыв, проявившийся в возбуждении и беспокойстве с частой сменой настроения. То он чувствовал себя чрезмерно счастливым без заметного повода, строил нереальные планы, был чрезмерно активен, разговорчив и назойлив. Это сменялось удрученностью и чувством вины, суицидальными мыслями и беспокойством, говорил людям, что может читать их мысли и предсказывать будущее, что получает символические послания от людей по телевизору, обладает телепатическими способностями. Он избран для специальной миссии и поэтому его преследуют враги. В то же время пациент ощущал, что все вокруг кажется нереальным, «как на сцене». Ночью плохо спал, думал о работе. За день до госпитализации его состояние совсем расстроилось. Пришел на работу возбужденным и растерянным, объявил коллегам, что он — директор, и что все они собираются в кругосветное путешествие. При осмотре: выглядит растерянным и возбужденным, но полностью ориентированным. Чрезмерно разговорчив, к чему-то прислушивается. На следующий день сообщил, что приговорен к смерти и его жизнь в опасности. Свет, который он видел через окно, символизировал, что он находится под специальным наблюдением. Звезда в небе была неопознанным летающим объектом, который прибыл, чтобы забрать его с Земли. В палатном шуме различает голоса, которые высмеивают его. Лица на экране телевизора, а также музыка кажутся искаженными. Чувствовал, что другие люди могли проникать в его голову, изменять мысли и навязывать эмоции, которые ему не принадлежали. В то же время был раздражителен, непрерывно говорил, отмечалась скачка идей. После лечения галоперидолом по 10 мг в день стал постепенно успокаиваться, и через десять дней психоз полностью исчез. Был слегка депрессивен на протяжении следующей недели. Определить синдром и диагноз.

Задача № 18. Женщина 32 лет, библиотекарь, замужем, только что родила ребенка. Помещена в психиатрическую больницу в связи с возбуждением, странным и неадекватным поведением, развившимся десять дней назад, после родов. Замужем уже в течение пяти лет и, наконец, родила долгожданного ребенка. Беременность и роды были не осложненными. На протяжении нескольких дней после родов все было нормально. Через четыре дня пациентка была выписана из роддома. По прибытии домой она стала возбужденной и злобной, раздражительной. Обвинила мужа в том, что в доме холодно. Спорила с матерью о том, как пользоваться памперсами, наконец, потеряв терпение, прогнала мать, когда та хотела взять младенца на руки. Говорила и ругалась беспрерывно, пока почти полностью не утратила голос. Продолжала спорить о малейших деталях родов, подозревая плохой уход. Звонила своим друзьям и родственникам, а также в роддом, жалуясь на плохое обслуживание. Постоянно находилась в движении и не оставляла в покое ребенка, меняя его одежду или часто купая. Посреди своей деятельности она легко становилась рассеянной и могла оставить ребенка без внимания, забыв о том, что она делает, отвлекалась. Иногда бранила и даже шлепала ребенка, когда он плакал. Спала и ела мало. Иногда она казалась довольно растерянной, пыталась узнать время по комнатному термометру, кричала на диктора, выступающего по телевидению. Состояние при осмотре: пациентка злобна, отказалась отвечать на вопросы. Постоянно говорит громким и хриплым голосом, речь непоследовательная, несколько раз теряла нить размышлений. Ее отвлекает шум или малейшие детали окружающего. Не может спокойно сидеть, бродит по комнате большую часть времени, пытается убежать, становится агрессивной и назойливой, когда получает отказ. Нарушений восприятия или бреда не наблюдалось. Полностью ориентирована. При физическом осмотре, включая неврологическое исследование, не было выявлено никаких отклонений от нормы. Лихорадка отсутствовала, послеродовой период протекал хорошо. Данные лабораторных исследований, а в дальнейшем и ЭЭГ были нормальными. Пациентка принимала галоперидол по 10 мг в день. В течение недели все симптомы постепенно исчезли. Назначен карбонат лития, через две недели пациентка была уже в своем обычном настроении и могла полностью обслуживать ребенка. Выписана с назначением профилактического лечения карбонатом лития. Определить синдром и диагноз.

Задача № 19. 38-летняя женщина, замужем, имеет двоих детей, 2 и 6 лет. Почувствовала себя плохо три года назад, после второй беременности. Это была нежелательная беременность, хотела ее прервать, но муж настоял на рождении ребенка. Ощущала себя подавленной и раздражительной, постоянно беспокоилась о домашних делах и детях. Чувствовала себя не в состоянии выполнять домашние обязанности. Состояние при осмотре: пониженного питания, чисто и опрятно одета. Создается впечатление, что внешний вид ее не интересует. Напряжена, часто плачет. Речь спонтанна, нормального темпа. Правильно отвечает на поставленные вопросы, но говорит слишком громко. Обеспокоена тем, что не справится с домашними трудностями, обеспокоена будущим своих детей в случае ее преждевременной смерти, как это случилось с ее собственной матерью. Нарушений восприятия и мышления нет. Полностью ориентирована. Кратковременное запоминание, кратковременная и долговременная память не изменены. С критикой относится к состоянию, но не видит, как ей можно помочь. Физическое исследование и лабораторные анализы не выявили отклонений от нормы. Определить синдром и диагноз.

Задача № 20. 27-летняя женщина обратилась в дневной стационар для обследования по поводу «депрессии». Описывает эпизодические состояния грусти, начиная с подросткового периода. Временами она чувствует себя хорошо, но эти периоды редко длятся более 2 недель. Трудоспособна, но думает, что делает работу не так хорошо, как следовало бы. Описывая свои жалобы, фиксирует больше внимания на повторных разочарованиях в жизни и низкой самооценке, чем на конкретных депрессивных симптомах. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

**Ответы на ситуационные задачи**

1. Биполярное аффективное расстройство. Депрессивный синдром

2. Биполярное аффективное расстройство. Маниакальный синдром

3. Биполярное аффективное расстройство. Депрессивный синдром

4. Биполярное аффективное расстройство. Депрессивный синдром

5. Биполярное аффективное расстройство. Маниакальный синдром

6. Депрессивно-бредовой синдром

7. Биполярное аффективное расстройство. Маниакальный эпизод

8. Биполярное аффективное расстройство. Маниакальный синдром с онейроидными переживаниями

9. Рекуррентное депрессивное расстройство. Тревожно-депрессивный синдром

10. Биполярное аффективное расстройство. Депрессивный синдром.

11. Биполярное аффективное расстройство. Маниакальный эпизод

12. Биполярное аффективное расстройство. Депрессивный синдром

13. Биполярное аффективное расстройство. Маниакальный синдром

14. Рекуррентное депрессивное расстройство. Депрессивный эпизод

15. Реактивный психоз. Депрессивно-бредовой синдром

16. Инволюционная депрессия. Тревожно-депрессивный синдром

17. Биполярное аффективное расстройство. Маниакально-бредовой синдром

18. Послеродовый психоз. Маниакальный синдром

19. Астенодепрессивный синдром

20. Циклотимия

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов и практических заданий. Тестирование обучающихся проводится в информационной системе Университета.

**Образец варианта набора тестовых заданий**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ

УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Клинической психологии и психотерапии

направление подготовки (специальность): 37.05.01 Клиническая психология

дисциплина: Диагностика и экспертиза аффективных расстройств

1. Для аффективных психозов характерны проявления

а) патологического аффекта

б) физиологического аффекта

в) аффективной неустойчивости

г) аффективной патологии

д) недержания аффекта

2. Настроение при эндогенной депрессии:

а) хуже в утреннее время

б) лучше в утреннее время

в) не зависит от времени суток

г) улучшается после приема пищи

д) зависит от факторов окружающей среды

3. Типичное нарушение сна у депрессивных больных:

а) затруднения засыпания

б) поверхностный сон

в) ранние пробуждения

г) полное отсутствие сна

д) отсутствие чувства сна

4. Для депрессивных больных характерно:

а) астеническое мышление

б) замедленное мышление

в) лабиринтарное мышление

г) аментивное мышление

д) атактическое мышление.

5. Для «солнечной» мании характерно:

 а) зависимость от инсоляции

б) зависимость от солнечных бурь

 в) патологически повышенное настроение

г) развитие персекуторного бреда д) раздражительность.

6. Для гипомании характерны:

а) гипобулия

б) гипертимия

в) гипомнезия

г) гипотония

д) гипертермия.

7. Для маниакального неистовства характерны:

а) скачка идей

б) психические автоматизмы

в) кататоническое возбуждение

г) патологический аффект

д) кататонический ступор.

8. При каких состояниях встречается гипермнезия:

а) депрессия

б) астения

в) тревога

г) мания

д) аменция.

9. Кто ввел термин «маниакально-депрессивный психоз»?

а) В. Кандинский

б) С. Корсаков

в) Э. Крепелин

г) Э. Блейлер

д) Э. Кречмер.

10. Для профилактической терапии аффективных психозов применяют:

а) нейролептики

б) нормотимики

в) транквилизаторы

г) антидепрессанты

д) групповую психотерапию.

11. Депрессии лечатся:

а) нейролептиками

б) нормотимиками

в) антидепрессантами

г) транквилизаторами

д) психотерапией.

12. Электросудорожная терапия применяется для лечения:

а) маниакального состояния

б) эпилепсии

в) эндогенной депрессии

г) неврозов

д) психопатии.

13. Для купирования маниакального возбуждения применяется:

а) галоперидол

б) амитриптилин

в) ноотропил

г) лудиомил

д) пиразидол.

14. Смешанные состояния характеризуются сочетанием:

а) тревоги и депрессии

б) тревоги и мании

в) мании и депрессии

г) депрессии и бреда

д) мании и бреда

15. Бред Котара встречается при:

а) мании

б) депрессии

в) психопатии

г) неврозах

д) эпилепсии.

 16. Цикл в течении аффективных психозов — это интервал времени:

а) между маниакальной и депрессивной фазой

б) фаза + интермиссия

в) фаза + интермиссия + фаза

г) интермиссия + фаза

д) мания + интермиссия + депрессия.

17. Симптомы психического автоматизма — типичное проявление:

а) депрессивной фазы БАР

б) маниакальной фазы БАР

в) периода интермиссии при БАР

г) отмечаются на всех этапах течения БАР

д) не характерны для БАР.

18. Суицидальные мысли и поведение — проявление:

а) депрессивной фазы БАР

б) маниакальной фазы БАР

в) периода интермиссии при БАР

г) отмечаются на всех этапах течения БАР

д) не типичны для БАР.

19. Апатоабулический синдром — проявление:

а) депрессивной фазы БАР

б) маниакальной фазы БАР

в) периода интермиссии при БАР

г) длительного течения биполярного расстройства

д) не характерным для БАР.

20. Высокую опасность для жизни окружающих представляет больной во время:

а) депрессивной фазы БАР

б) маниакальной фазы БАР

в) периода интермиссии при БАР

г) на всех этапах течения БАР

д) больные БАР обычно не опасны для окружающих.

21. Типичная продолжительность депрессивной фазы БАР:

а) несколько часов (до двух суток)

б) несколько дней (до недели)

в) несколько недель (не более 1,5 мес)

г) несколько месяцев (от 2 до 6)

д) несколько лет.

22. Показанием к оформлению инвалидности при БАР является:

а) стремление больного к суициду

б) наличие бреда в структуре приступа болезни

в) частые и продолжительные приступы заболевания

г) депрессивный эпизод длительностью более 4 месяцев

д) больным БАР инвалидность не оформляется.

23. Биполярное аффективное расстройство:

а) как правило, является следствием длительной психотравмирующей ситуации

б) у женщин возникает значительно чаще, чем у мужчин

в) лечат длительным приемом барбитуратов

г) течет хронически прогредиентно

д) приводит к быстрой инвалидизации и распаду личности.

24. 38-летняя женщина, замужем, имеет двоих детей, 2 и 6 лет. Почувствовала себя плохо три года назад, после второй беременности. Это была нежелательная беременность, хотела ее прервать, но муж настоял на рождении ребенка. Ощущала себя подавленной и раздражительной, постоянно беспокоилась о домашних делах и детях. Чувствовала себя не в состоянии выполнять домашние обязанности. Состояние при осмотре: пониженного питания, чисто и опрятно одета. Создается впечатление, что внешний вид ее не интересует. Напряжена, часто плачет. Речь спонтанна, нормального темпа. Правильно отвечает на поставленные вопросы, но говорит слишком громко. Обеспокоена тем, что не справится с домашними трудностями, обеспокоена будущим своих детей в случае ее преждевременной смерти, как это случилось с ее собственной матерью. Нарушений восприятия и мышления нет. Полностью ориентирована. Кратковременное запоминание, кратковременная и долговременная память не изменены. С критикой относится к состоянию, но не видит, как ей можно помочь. Физическое исследование и лабораторные анализы не выявили отклонений от нормы. Определить синдром и диагноз.

а) Биполярное аффективное расстройство. Маниакальный синдром

б) Рекуррентное депрессивное расстройство. Депрессивный эпизод

в) Реактивный психоз. Депрессивно-бредовой синдром

г) Астенодепрессивный синдром

д) Циклотимия

25. 27-летняя женщина обратилась в дневной стационар для обследования по поводу «депрессии». Описывает эпизодические состояния грусти, начиная с подросткового периода. Временами она чувствует себя хорошо, но эти периоды редко длятся более 2 недель. Трудоспособна, но думает, что делает работу не так хорошо, как следовало бы. Описывая свои жалобы, фиксирует больше внимания на повторных разочарованиях в жизни и низкой самооценке, чем на конкретных депрессивных симптомах. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

А) Биполярное аффективное расстройство. Маниакальный синдром

Б) Рекуррентное депрессивное расстройство. Депрессивный эпизод

В) Реактивный психоз. Депрессивно-бредовой синдром

Г) Астенодепрессивный синдром

Д) Циклотимия

Заведующий кафедрой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине оценочным материалам, используемым на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Проверяемая** **компетенция** | **Дескриптор** | **Контрольно-оценочное****средство** |
| 1 | **ОК-6:** способностью и готовностью к овладению новыми методами исследования, к изменению научного и научно-практического профиля своей профессиональной деятельности, к изменению социокультурных условий деятельности | Знать: основные подходы к овладению новыми методами исследования в области диагностики и экспертизы аффективных расстройств | Вопросы №: 1-21; 27-35. |
| Уметь: самостоятельно проводить диагностику и экспертизу аффективных расстройств, изменять научный и научно-практический профиль своей профессиональной деятельности, изменять социокультурные условия деятельности. | Практические задания №: 1-20 |
| Владеть: навыками исследования новыми методами в области диагностики и экспертизы аффективных расстройств, навыками изменения научного и научно-практического профиля своей профессиональной деятельности, изменения социокультурных условий деятельности | Практические задания №: 1-20 |
| 2 | **ПСК-3.4:** способностью и готовностью к овладению теорией и методологией проведения психологических экспертиз с учетом их предметной специфики | Знать: основные подходы к овладению теорией и методологией проведения психологических экспертиз аффективных расстройств с учетом их предметной специфики | Вопросы №:22-26, 37-45 |
| Уметь: самостоятельно проводить диагностику и экспертизу аффективных расстройств с учетом их предметной специфики | Практические задания №: 1-20 |
| Владеть: навыками проведения психологических экспертиз аффективных расстройств с учетом их предметной специфики | Практические задания №: 1-20 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся в рамках изучения дисциплины «Диагностика и экспертизе аффективных расстройств»**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихсяпо дисциплине (модулю) в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося и бонусных баллов.

Текущий фактический рейтинг (Ртф) по дисциплине (**максимально 5 баллов**) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех контрольных точек, направленных на оценивание успешности освоения дисциплины в рамках аудиторной и внеаудиторной работы (КСР):

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине (Тк);

- контроля внеаудиторной самостоятельной работы студентов по дисциплине (КСР) и в рамках Модуля 1 «Психолого-психиатрическая судебная экспертиза аффективных расстройств».

По каждому семинару (практическому занятию) предусмотрено от 1 до 3х контрольных точек (входной/выходной контроль, устный ответ (доклад /с презентацией); выполнение практических заданий), за которые обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно. Устный ответ не является обязательной контрольной точкой на каждом занятии. Входной/выходной контроль, выполнение практических заданий – являются обязательными контрольными точками, если это предусмотрено структурой занятия.

В модуле 1 «Психолого-психиатрическая судебная экспертиза аффективных расстройств» - предусмотрено 4 контрольных точки: 2 контрольных точки по темам модуля, 2 – КСР и рубежный контроль по модулю.

В модуле 2 «Психолого-психиатрическая судебная экспертиза аффекта» - предусмотрено 5 контрольных точек: 4 контрольные точки по темам модуля, 1 – рубежный контроль по модулю.

Критерии оценивания каждой формы контроля представлены в ФОС по дисциплине. Среднее арифметическое значение результатов (баллов) рассчитывается как отношение суммы всех полученных студентом оценок (обязательных контрольных точек) к количеству этих оценок.

При пропуске практического занятия за обязательные контрольные точки выставляется «0» баллов. Обучающему предоставляется возможность повысить текущий рейтинг по учебной дисциплине в часы консультаций в соответствии с графиком консультаций кафедры.

**Бонусные баллы** определяются в диапазоне **от 0 до 5 баллов**. Критериями получения бонусных являются:

- посещение обучающимся всех практических занятий и лекций – 2 балла (при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине (донорская справка, участие от ОрГМУ в спортивных, научных, учебных мероприятиях различного уровня);

- результаты участия обучающегося 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.