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**

**ПАТО- И НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ ШИЗОФРЕНИЧЕСКИХ 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 учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

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

**ПК-4:** способностью обрабатывать и анализировать данные психодиагностического обследования пациента, формулировать развернутое структурированное психологическое заключение, информировать пациента (клиента) и медицинский персонал (заказчика услуг) о результатах диагностики и предлагаемых рекомендациях

**ПСК-3.1:** способностью и готовностью к овладению теоретическими основами и принципами патопсихологического синдромного анализа нарушений психической деятельности и личности при различных психических заболеваниях

**ПСК-3.2:** способностью и готовностью к овладению современными подходами к диагностике нарушений психической деятельности субъекта для выявления закономерностей и психологических механизмов возникновения и динамики психопатологических расстройств

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. Нарушение сознания. Клиническая феноменология нарушения сознания.
2. Нарушение ощущения и восприятия. Клиническая феноменология нарушения восприятия.
3. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание.
4. Психическая норма и патология
5. Понятие психосоциальной реабилитации и терапии.
6. Роль клинического психолога в полипрофессиональной бригаде
7. Отделение первого психотического эпизода (ОППЭ), роль клинического психолога. Формы и методы психосоциальной реабилитации в ОППЭ.
8. Психообразование.
9. Тренинг когнитивных и социальных навыков.
10. Стигматизация, самостигматизация, её виды.

**Оценочные материалы в рамках модуля 1: «*Патопсихологическое исследование шизофренического симптомокомплекса*»**

**Форма текущего контроля:** тестирование.

**Оценочные материалы:** банк тестовых заданий.

# Бесплодное, бесцельное, основанное на нарушении мышления мудрствование называется:

Демагогией;

Краснобайством;

Амбивалентностью;

Мутизмом;

+Резонерством.

# Неспособность разделения главного и второстепенного с застреванием на несущественных деталях называется:

Олигофазией;

Тугоподвижностью;

Разорванностью;

+Обстоятельностью.

# Появление в речи больного не существовавших ранее слов - это

Эхолалии;

Шизофазия;

+Неологизмы;

Вербигерация.

# Заторможенность процесса мышления характеризуется всем перечисленным, кроме

замедления возникновения ассоциаций, уменьшения количества ассоциаций;

однообразия мыслей и представлений, трудности их образования;

+трудности отделения главного от второстепенного;

жалоб на утрату способности к мышлению;

ощущения ослабления умственных способностей.

# Ускорение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, исключая

увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени;

более поверхностный характер умозаключений, крайнюю отвлекаемость мышления;

+бесплодное мудрствование;

преобладание образных представлений над абстрактными идеями;

"скачку идей", вихря мыслей и представлений.

# Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме

несоответствия действительности;

+доступности к коррекции, устранению путем убеждения;

искажения отражения действительности;

полного овладения сознанием;

невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью.

# Психическое состояние, характеризующееся грубым нарушением отражения объективной реальности, нарушением поведения, вплоть до нелепого или опасного и грубым нарушением критики называется:

Неврозом;

+Психозом;

Деменцией;

Олигофренией;

Психопатией.

# Для какого типа психопатии (или акцентуации) характерны замкнутость, отгороженность, отсутствие потребности в общении, противоречивость и дискордантность эмоциональных реакций

истерическая психопатия;

паранойяльная психопатия;

+шизоидная психопатия;

психастения;

возбудимая психопатия.

# Разноплановость мышления и искажение процессов обобщения имеет место при:

Эпилепсии;

Депрессии;

+Шизофрении;

Олигофрении.

# Корсковский синдром преимущественно имеет место при ....

Эпилепсии;

Неврозах;

Депрессиях;

Хроническом алкоголизме.

# Все следующее верно в отношении больных с дебильностью, кроме

+IQ выше 70%;

могут обучаться только в специальных школах;

могут научиться писать и читать;

можно обучить несложной профессии;

могут проживать самостоятельно.

# Симптом шизофрении, проявляющийся в отгороженности от реальности и погружении в мир внутренних переживаний

Мутизм;

+Аутизм;

Ступор;

Ригидность.

# Такие симптомы шизофрении, как отсутствие или редукция мыслей, эмоций и форм поведения по сравнению с доболезненным уровнем, называют:

+Негативные;

Позитивные;

Активные;

Пассивные.

# Олигофрения является выражением:

парциальной психической ретардации;

+тотальной психической ретардации;

асинхронии психического развития;

регресса психических функций.

# Возврат к поведению, свойственному более ранним этапам развития - это

Атавизм;

Инфантилизм;

+Регресс;

Ретрофлексия.

# Пограничный, параноидный, диссоциированный, дезорганизованный варианты относятся к

олигофреническому регистр-синдрому;

+шизофреническому регистр-синдрому;

органическому регистр-синдрому;

личностно-аномальному регистр-синдрому.

# Непрерывно-проградиентная форма шизофрении (без ремиссии) характерна для

+параноидного варианта шизофренического регистр-синдрома;

диссоциированного варианта шизофренического регистр-синдрома;

личностно-аномального регистр-синдрома;

дезорганизованного варианта шизофренического регистр-синдрома.

# Сохранность продуктивной деятельности, сохранность категориального строя мышления, не грубые искажения обобщения, актуализация существенных, второстепенных, латентных признаков; соскальзование; снижение целенаправленности и критичности мышления преимущественно характерны для

параноидного варианта шизофренического регистр-синдрома;

диссоциированного варианта шизофренического регистр-синдрома;

+пограничного варианта шизофренического регистр-синдрома;

дезорганизованного варианта шизофренического регистр-синдрома.

# Синдром сверхценных идей характеризуется всем перечисленным, кроме:

наличия суждений, возникающих вследствие реальных обстоятельств на основе действительных фактов;

приобретения этими суждениями в сознании больного доминирующего места;

наличия выраженного аффективного напряжения;

"склонности" убеждений при определенных условиях с течением времени дезактуализироваться, блекнуть и исчезать;

+целиком ошибочных, неправильных умозаключений.

# Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме

интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного;

понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним;

наличия конкретного содержания;

+неопределенного чувства страха без понимания его, бессмысленности;

возможности быть всеохватывающим.

# Аффективное состояние, характеризующееся повышенным настроением, ускорением мыслительных процессов и возникновением различных ассоциаций, психомоторным возбуждением — это:

Состоянием возбуждения;

Состояние аффективной направленности;

+Маниакальное состояние;

Состояние суженного сознания.

# Безучастность, пассивность, отсутствие внутренних побуждений к деятельности при сохраняющейся способности к действиям под влиянием стимулов извне при пресенильных деменциях — это:

Алалия;

Афазия;

Абулия;

+Аспонтанность

# Галлюцинации отличаются от иллюзий:

Нет чувства сделанности;

+Отсутствием осознаваемого внешнего раздражителя;

Бывают только в состоянии измененного сознания;

Являются специфичными симптомами шизофрении.

# Гипобулия — это:

+Ослабление влечений;

Ослабление внимания;

Ослабление воли;

Все ответы верны.

# Для нейропсихологического уровня в системе иерархии мозговых процессов характерно:

+нарушение протекания психических процессов и связанных с ними свойств психики;

нарушение морфологической структуры тканей мозга, протекания в них биохимических процессов;

изменение течения физиологических процессов;

нет верного ответа.

# Кто впервые предпринял попытку выделения патопсихологических синдромов?

Б. В. Зейгарник;

+И. А. Кудрявцев;

А. Р. Лурия;

В. М. Бехтерев.

# Синдром представляет собой …

нарушение психических функций;

+определённое сочетание признаков болезни, обусловленных единым патогенезом;

совокупность различных симптомов;

показатель выраженности когнитивных и эмоционально-поведенческих расстройств.

# К позитивной психопатологической симптоматике не относится

галлюцинации;

бред;

сверхценные идеи;

+апатия.

# К негативной психопатологической симптоматике относится

навязчивые действия;

галлюциноз;

+абулия;

Бред.

#Агнозия, при которой больной не различает человеческие лица, — это:

+Лицевая агнозия;

Предметная агнозия;

Межличностная агнозия;

Агнозия формы.

# Агнозия, при которой больной плохо ориентируется в пространственных признаках изображения, — это:

+Оптико-пространственная;

Оптико-мнестическая;

Слуховая агнозия;

Лицевая агнозия.

# Агнозия, при которой больной различает цвета, но не может сказать, какие предметы окрашены в данный цвет, — это:

Цветочная агнозия;

+Цветовая агнозия;

Предметная агнозия;

Зрительная агнозия.

# Алкоголизм относится к:

Эндогенным заболеваниям;

+Экзогенным заболеваниям;

Реактивным заболеваниям;

Психотропным заболеваниям.

# Анализ нейропсихологических синдромов с целью обнаружения общего основания (фактора), объясняющего происхождения различных нейропсихологических симптомов, называется:

Симптомным анализом;

+Синдромным анализом;

Нейропсихологическим анализом;

Патопсихологическим анализом.

# Внимание, которое формируется по мере становления всех других психических функций, социально опосредованный тип внимания — это:

+Произвольное внимание;

Непроизвольное внимание;

Позднее внимание;

Послепроизвольное внимание.

# «Склонность к бесплодному мудрствованию», тенденция к непродуктивным многоречивым рассуждениям — это:

+Резонерство;

Амбивалентность мышления;

Обстоятельность мышления;

Шперрунг.

# Анозогнозия — это:

+Отрицание собственной болезни, невозможность правильно оценить собственный дефект;

Аномалия узнавания частей своего тела;

Отрицание принадлежности частей тела данному индивидууму;

Не узнавание собственных родственников.

# Аномалии характера, которые определяют психический облик, накладывая властный отпечаток на весь душевный склад, в течение жизни не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям и мешают приспособиться к окружающей среде, называются:

Психоманиями;

+Психопатиями;

Психолалия;

Психофибиями.

# Аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, замедлением мыслительных процессов, двигательной заторможенностью, называется:

Состоянием суженого сознания;

+Депрессивным состоянием;

Фоновым состоянием;

Аффективным состоянием.

# Бессмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от любого действия, движения или сопротивление его осуществлению, называется:

Аспонтанность;

Аффект;

+Негативизм;

Амбивалентность.

# Больные шизофренией чаще всего относятся к патопсихологическому обследованию:

Негативно;

+Безразлично;

Активно;

Заинтересовано.

# В депрессивной фазе МДП в патопсихологическом исследовании отмечается:

+Замедленное мышление;

Активность, деятельность;

Изменчивость эмоционального фона;

Патологический аффект.

# В своих исследованиях патопсихология пользуется:

Лабораторными методами;

Общенаучными методами;

+Экспериментально-психологическими методами;

+Клинико-психологическими методами.

# Важнейшим принципом нейропсихологического изучения нарушений высших психических функций у больных с локальными поражениями мозга является:

Локализация высших психических функций;

+Синдромный анализ;

Анализ продуктов деятельности;

Анализ данных, полученных методом наблюдения.

# По мнению К.Ясперса, признаком психогенного заболевания является следующее, кроме:

возникновение расстройства непосредственно после действия психотравмы;

отражение психотравмы в клинических проявлениях болезни;

выздоровление после разрешения психотравмирующей ситуации;

+кататонический синдром.

# Разноплановость мышления и искажение процессов обобщения имеет место при:

эпилепсии;

депрессии;

+шизофрении;

Олигофрении.

# В системе иерархии мозговых процессов не различают такие уровни как:

патобиологический;

+биологический;

физилогический;

нейропсихологический.

# В каком утверждении сформулировано определение Б.В. Зейгарник предмета изучения патопсихологии:

Закономерности функционирования нормальной психики на экстремальных моделях психо­патологии;

+Закономерности проявлений нарушенной пси­хической деятельности в клинике внутренних и психических заболеваний;

Принципы и закономерности создания экспери­ментальных моделей психических функций и их нарушений;

Закономерности распада психической деятель­ности и свойств личности в сопоставлении с за­кономерностями формирования и протекания психических процессов в норме.

# Одно из важных требований к патопсихологическому эксперименту состоит в его построении таким образом, чтобы:

Избежать обращения к непараметризуемым яв­лениям и процессам;

+Обнаружить структуру не только измененных, но и оставшихся сохранными форм психичес­кой деятельности;

Обеспечить воспроизводимость результатов при изменении психического состояния испытуемого;

В ходе эксперимента осуществлялись коррекционные функции.

# Методику пиктограмм разработал:

+А.Р.Лурия;

Б.В.Зейгарник;

Д.Векслер;

М.Тейлор.

# С каким явлением из перечисленных связан, по мнению В.Н. Мясищева и сотрудников, феномен пресыщения:

+Отношение к заданию;

Врабатываемость в задание;

Упражняемость;

Истощаемость.

# Какое утверждение верно описывает содержание по­нятия «зона ближайшего развития» по Л.С. Выготскому:

Те психические функции и свойства, развитие которых ожидается на ближайшем этапе;

Количественную меру прогресса умственного раз­вития в случае успешного лечения;

+Потенциальные возможности ребенка, не выяв­ляемые им самостоятельно, но реализующиеся при помощи взрослого;

Ничего из перечисленного.

# В отличие от психологического тестирования патопси­хология опирается на:

Особо тщательную стандартизацию;

Психофизиологическое представление о лич­ности;

+Моделирование определенных ситуаций, в кото­рых проявляются исследуемые виды психичес­кой деятельности;

Стандартизацию норм по нозологическому при­знаку.

# Блок приема, переработки и хранения экстероцептивной (т.е. исходящей из внешней среды) информации — это:

Первый структурно-функциональный блок мозга;

+Второй структурно-функциональный блок мозга;

Третий структурно-функциональный блок мозга;

Четвертый структурно-функциональный блок мозга.

# Блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности — это:

Первый структурно-функциональный блок мозга;

Второй структурно-функциональный блок мозга;

+Третий структурно-функциональный блок мозга;

Четвертый структурно-функциональный блок мозга.

# Что верно в отношении шизофрении:

экзогенным факторам придаётся основная роль в её возникновении;

начинается только в молодом и среднем возрасте;

+снижение эмоционального уровня;

всегда приводит к шизофреническому слабоумию.

# Простая форма шизофрении характеризуется:

+апато-абулическим синдромом;

депрессией;

параноидным синдромом;

кататоническим синдромом.

# Для больных с поражениями какой из указанных локализаций характерна речевая аспонтанность - отсутствие спонтанных высказываний и пассивно-односложная диалогическая речь?

височные поражения;

+лобный синдром;

лимбические расстройства;

дефекты мозолистого тела.

# Что одно из перечисленного является существенным элементом предложенного А.Ф. Лазурским «естественно­го эксперимента» в отличие от лабораторных экспери­ментов:

+Наблюдение в естественных условиях с точностью и научностью эксперимента, когда испытуемый/испытуемые не осведомлены о проводя­щемся исследовании;

Условия эксперимента не связаны с искусственными условиями и требованиями;

Эксперимент проводится без технических средств;

Экспериментатор включен в выполнение задания вместе с испытуемым.

# Согласно Б.В. Зейгарник, понятие работоспособнос­ти включает в себя все черты, кроме одной:

Целенаправленность и устойчивость усилий;

Возможность бороться с истощаемостью и пресыщаемостью;

Способность к регуляции поведения;

+Высокая оперативная память.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1. Патопсихологическое исследование шизофренического симптомокомплекса**

**Тема 1. Патопсихологическая диагностика при шизофренических расстройствах.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

**Тема 2. Патопсихологические подходы к дифференциальной диагностике и экспертизе при шизофренических расстройствах**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

**Модуль 2. *Нейропсихологическое исследование шизофренического симптомокомплекса***

**Тема 1. Нейропсихологическая диагностика при шизофренических расстройствах**

**Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

**Тема 2. Нейропсихологические подходы к дифференциальной диагностике и экспертизе при шизофренических расстройствах**

**Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

**Тема 3. Патопсихологические и нейропсихологические подходы к дифференциальной диагностике и экспертизе при шизофренических расстройствах**

**Форма текущего контроля успеваемости: устный опрос.**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

*Вопросы для устного опроса:*

**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.

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

Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом: **Рд=Рт+Рб+Рз**, где

**Рб** - бонусный рейтинг;

**Рд** - дисциплинарный рейтинг;

**Рз** - зачетный рейтинг;

**Рт** - текущий рейтинг.

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

7-15 баллов. Выставляется оценка - зачтено:

- 7 баллов: количество правильных ответов =75-78%;

- 8 баллов: количество правильных ответов =79-82%;

- 9 баллов: количество правильных ответов =83-86%;

- 10 баллов: количество правильных ответов =87-90%.

- 11 баллов: количество правильных ответов =91-92%;

- 12 баллов: количество правильных ответов =93-94%;

- 13 баллов: количество правильных ответов =95-96%;

- 14 баллов: количество правильных ответов =97-98%;

- 15 баллов: количество правильных ответов =99-100%.

0-7 баллов. Выставляется оценка - незачтено:

- 0 баллов: количество правильных ответов <30%;

- 1 балл: количество правильных ответов =31-40%;

- 2 балла: количество правильных ответов =41-50%;

- 3 балла: количество правильных ответов =51-56%;

- 4 балла: количество правильных ответов =57-63%;

- 5 баллов: количество правильных ответов =64-70%;

- 6 баллов: количество правильных ответов =71-74%.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

**Определите ведущий патопсихологический симптомокомплекс по данным заключения экспериментально-психологического исследования.**

**Заключение №1**: ЭПИ выявило умеренное замедление темпа психических процессов, их инертность с повышенной истощаемостью. (61, 54, 58, 64, 66 секунд). Снижение мотивации выполнения заданий. Прослеживается легкое снижение концентрации внимания. (4, 6, 7, 8, 10 слов, отсрочено – 7 слов, при опосредованном запоминании воспроизводит 7 из 10 слов). Отмечается ослабление мнестической функции. Нарушения динамической стороны мышления, в виде его замедления, истощаемости и операциональной стороны мышления в виде снижения уровня обобщения. Мышление характеризуется неустойчивостью уровня обобщения с тенденцией к соскальзыванию на конкретно-ситуационный уровень. Обобщение концептуального уровня остается не доступным. Личность пациентки характеризуется такими чертами, как сниженная самооценка, подавленность, тоска, двигательная и идеаторной заторможенностью. ощущением подавленности, неспособность справиться с жизненными проблемами и избавиться от психотравмирующих переживаний.

**Заключение №2**: ЭПИ выявило легкое замедление темпа психических процессов, их инертность с повышенной истощаемостью. (40, 63, 57, 67, 61 секунд) Снижение мотивации выполнения заданий. Прослеживается не значительное снижение концентрации внимания. (4, 5, 5, 6, 5 слов, отсрочено – 4 слова, при опосредованном запоминании воспроизводит 6 из 10 слов). Отмечается ослабление мнестической функции, в виде существенного снижения уровня механического запоминания, а также долговременной памяти. Нарушения динамической стороны мышления, в виде его замедления, истощаемости и операциональной стороны мышления в виде легкого снижения уровня обобщения. Мышление характеризуется неустойчивостью уровня обобщения с тенденцией к соскальзыванию на конкретно-ситуационный уровень. Обобщение концептуального уровня доступно. Нарушение в эмоционально-волевой сфере в виде сниженного фона настроения, высокий уровень тревоги, замкнутости, отгороженности, ригидности установок.

**Заключение №3:** ЭПИ выявило существенное замедление темпа психических процессов. Уровень активного внимания грубо снижен. Уровень механической памяти существенно снижен с тенденцией к истощаемости. Долговременная память грубо нарушена. Достаточно часты отказные реакции, которые сама пациентка связывает с утомляемостью и сильной головной болью. Нарушения динамической стороны мышления, в виде его замедления, истощаемости. Нарушение операциональной стороны мышления в виде грубого снижение уровня обобщения. Мышление носит преимущественно конкретный характер. Процесс абстрагирования, способность к классификации, сравнению и упорядочиванию грубо затруднены.

**Заключение №4:** ЭПИ выявило существенное замедление темпа психических процессов. Уровень активного внимания грубо снижен (110, 146, 450, 187 секунд, от выполнения пятой таблицы испытуемая отказалась). Произвольное внимание характеризуется повышенной истощаемостью, низкой концентрацией, повышенной отвлекаемостью, медленной переключаемостью. (4, 7, 7, 8 ,6, отсрочено 6 слов). Уровень механической памяти снижен с тенденцией к истощаемости. Долговременная память нарушена. Нарушения динамической стороны мышления, в виде его замедления, истощаемости. Нарушение операциональной стороны мышления в виде грубого снижение уровня обобщения. Мышление носит преимущественно конкретный характер. Процесс абстрагирования, способность к классификации, сравнению и упорядочиванию существенно затруднены. Нарушение эмоционально-волевой сферы. В личности пациентки можно отметить следующие особенности: высокая неудовлетворенность потребности в общении, застенчивость, склонность к формированию формальных контактов. Признаки эмоциональной незрелости, неустойчивая позиция, стеничность, инертность установок, склонность к формированию тревожных опасений. Характерно стремлению к уходу от проблем, связанных с конфликтами с окружающими. Эмоциональная напряженность, трудности адаптации.

**Заключение №5**: ЭПИ выявило инертность темпа протекания психических процессов, без признаков истощения психической деятельности. (48, 44, 49, 46, 47 секунд). Объем, концентрация активного внимания сохранены. (6, 5, 8, 8, 8 слов, отсрочено – 3 слова, Продуктивность опосредованного запоминания снижена, воспроизводит 65 %). При исследовании мнестической сферы можно выделить снижение мотивационного компонента, умеренно понижение объема произвольного механического запоминания. Выраженное снижение объема долговременной и опосредованной памяти. Процесс опосредования затруднен, при увеличении степени абстракции возникают затруднения и отказные реакции. Мышление характеризуется щаблонностью, тугоподвижностью. Прослеживается снижение операциональной стороны мышления, конкретно-ситуационная направленность, критичность суждений несколько снижена. В личностной сфере на первый план выступают ригидность личностный установок, стереотипность подходов к решению жизненных проблем, замкнутость, эмоциональная ригидность, вспыльчивость, раздражительность, демонстративность в проявлении собственных желаний. Предпочтение узкого круга близких людей широким контактам, трудности при установлении новых знакомств, легкость возникновения тревоги при межличностных трениях.

**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: Практикум по патопсихологической диагностике и экспертизе

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ № 1**

#Метод, при котором получение информации происходит на основе вербальной (словесной) коммуникации называется

Наблюдение;

Эксперимент;

+Беседа;

Самонаблюдение;

Тест.

# К фазам психодиагностического процесса не относится:

проведение психодиагностических методик;

+беседа с родственником обследуемого;

психологический анализ;

психическая переработка психодиагноста;

обработка полученных результатов.

# Психологический анамнез жизни включает …

перенесенные в прошлом заболевания и реакция на них;

профессиональный путь и деятельность, удовлетворенность ими;

отношения с непосредственным окружением вне семьи;

наиболее тяжелые события прошлой жизни и реакция на них;

+все вышеперечисленные.

# К способам сбора психологического анамнеза относятся …

свободная, непринужденная беседа с больным, итоги которой впоследствии оформляются в виде неформализованной текстуальной записи.

формализованная карта-схема, которая вручается больному.

формализованная карта-схема, которую заполняет сам психолог во время беседы с больным.

свободная непринужденная беседа с больным с последующим заполнением формализованной карты и одновременно с нею краткой текстуальной записью для истории болезни

+все вышеперечисленные.

# Наилучшим способом сбора психологического анамнеза считается …

свободная, непринужденная беседа с больным, итоги которой впоследствии оформляются в виде неформализованной текстуальной запись;

формализованная карта – схема, которая вручается больному;

формализованная карта-схема, которую заполняет сам психолог во время беседы с больным;

+свободная непринужденная беседа с больным с последующим заполнением формализованной карты и одновременно с нею краткой текстуальной записью для истории болезни;

Самостоятельное описание пациентом особенностей своей жизни.

# Оптимальное время первичной беседы с пациентом составляет:

Не более 30 минут;

+Примерно один час;

Не менее полутора часов;

Около двух-трех часов;

Сколько необходимо для сбора информации.

# Основными методами в патопсихологии являются:

экспериментальный метод;

расспрос и наблюдение;

биографический метод;

проективные методы;

+верно 1,2.

# Принцип построения патопсихологического эксперимента –

+направленность на качественный анализ психической деятельности больных;

стандартизация условий исследования, ограничение времени;

наличие специального оборудования;

направленность на количественный анализ психической деятельности больных;

максимальный объем информации за наименьшее время.

# В проведении патопсихологического исследования можно различить несколько этапов. первым осуществляется:

+формулировка клинической задачи;

знакомство с материалами истории болезни;

разработка предварительного плана исследования;

беседа с обследуемым;

проведение клинико-лабораторных методов.

# С помощью какого метода становится возможным познание причин и закономерностей развития и исчезновения явления, то есть его сущности –

расспрос;

метод свободных ассоциаций;

+эксперимент;

наблюдение;

моделирование.

# В каком пункте верно описана цель использования психологического тестирования в клинической работе:

Для выбора вида психотерапии;

Для выбора типа лекарственного препарата и его дозы;

Для построения прогноза;

+Для диагностических целей.

# «Консультация» как один из крайних вариантов психодиагностической ситуации означает…

принудительное участие, самостоятельный выбор дальнейшего жизненного поведения;

принудительное участие, вариант поведения после обследования навязан;

добровольное участие в обследовании, вариант дальнейшего поведения навязан;

+добровольное участие в эксперименте, самостоятельный выбор дальнейшего жизненного поведения.

# Целью психодиагностики является:

+установление индивидуальной степени выраженности психических свойств и их интраиндивидуальных взаимосвязей, определяющих своеобразие личности;

изучение функционирования и развития психики;

изучение поведения человека;

изучение личности человека;

изучение прогноза болезни.

#Активное вмешательство исследователя в деятельность испытуемого с целью создания условий для установления психологического факта называется

контент-анализом;

анализом продуктов деятельности;

беседой;

+экспериментом;

наблюдением.

# К фазам психодиагностического процесса не относится …

ситуация предъявления требований;

процесс восприятия испытуемого;

процессы наблюдения психодиагноста;

+сбор анамнеза жизни.

# При каком варианте астении кривая истощаемости по методике «таблицы Шульте» характеризуется высоким начальным уровнем, резким его спадом и тенденцией к возврату к исходным показателям:

+гиперстенический вариант;

гипостенический вариант;

астенический вариант;

гипербалический вариант.

# Для проведения методики «Корректурная проба» требуется

специальные приспособления и компьютер;

+бланки, карандаш и секундомер;

присутствие родственников;

постановление суда.

# Краткое, стандартизированное психологическое испытание, в результате которого делается попытка оценить тот или иной психический процесс или личность в целом, — это:

наблюдение;

эксперимент;

+тестирование;

Самонаблюдение.

# В России методику объективно-психологического об­следования душевнобольных разработал:

В.И. Яковенко;

Н.И. Баженов;

В.М. Бехтерев;

+А.Н. Бернштейн;

# Что означает в дословном переводе с греческого языка термин «диагностика»?

«способность видеть»;

«способность слышать»;

+«способность распознавать»;

«способность хранить».

# В каком из приведенных случаев наиболее целесообразны обследования типа компьютерной томографии и ядерно-магнитного резонанса:

Монополярная депрессия;

Панические атаки;

+Деменции;

Бредовые психозы.

# Ученый, который изучал выделенное Э. Крепелиным раннее слабоумие с позиций психоанализа и предложил называть это заболевание шизофренией:

А. Альцгеймер;

К. Юнг;

К. Ясперс;

+Е. Блейлер.

# Что верно в отношении шизофрении:

экзогенным факторам придаётся основная роль в её возникновении;

начинается только в молодом и среднем возрасте;

+снижение эмоционального уровня;

всегда приводит к шизофреническому слабоумию.

# Простая форма шизофрении характеризуется:

+апато-абулическим синдромом;

депрессией;

параноидным синдромом;

кататоническим синдромом.

# Кто из названных ученых сформулировал первую пси­хологическую теорию психических расстройств:

А. Адлер;

В.М. Бехтерев;

И.М. Сеченов;

+З. Фрейд.

#Корсаковский синдром преимущественно имеет место при…

эпилепсии;

неврозах;

депрессиях;

+алкоголизме.

# К типичным нарушениям мышления при шизофрении относятся все указанные, кроме:

резонерства;

разноплановости;

соскальзывания;

+склонности к детализации.

# Память может характеризоваться всеми указанными видами, кроме:

оперативной;

**+**познавательной**;**

кратковременной;

отсроченной.

#Типичными нарушениями мышления при эпилепсии являются все указанные, кроме:

замедленности;

тугоподвижности;

+актуализации малозначимых «латентных» признаков;

вязкости.

# Нарушение контроля за исполнением собственного поведения в основном связано с:

+патологией лобных долей;

повреждением глубоких структур мозга;

нарушением работы теменно-затылочных отделов;

височной патологией.

#Для исследования мышления используются все указанные методики, кроме:

«классификации»;

«исключения предметов»;

Сравнение понятий;

+«10 слов».

#Для исследования мышления используются все указанные методики, кроме:

+«пиктограммы»;

«исключения предметов»;

+«10 слов Лурия»;

«сравнение понятий».

# Активная жестикуляция больного чаще всего связана с:

астенизацией больного;

+высоким уровнем тревоги;

ипохондрическими переживаниями;

поведением симуляции.

# Громкая речь чаще отмечается у:

лиц астено-невротического типа;

больных с элементами навязчивостей;

больных с ипохондрическими переживаниями;

+пациентов в гипоманиакальном состоянии.

# Все следующее верно в отношении больных с дебильностью, кроме

+IQ выше 70%;

могут обучаться только в специальных школах;

могут научиться писать и читать;

можно обучить несложной профессии;

могут проживать самостоятельно.

# Симптом шизофрении, проявляющийся в отгороженности от реальности и погружении в мир внутренних переживаний:

Мутизм;

+Аутизм;

Ступор;

Ригидность.

# Такие симптомы шизофрении, как отсутствие или редукция мыслей, эмоций и форм поведения по сравнению с доболезненным уровнем, называют:

+Негативные;

Позитивные;

Активные;

Пассивные.

# Олигофрения является выражением:

парциальной психической ретардации;

+тотальной психической ретардации;

асинхронии психического развития;

регресса психических функций.

# Возврат к поведению, свойственному более ранним этапам развития - это

Атавизм;

Инфантилизм;

+Регресс;

Ретрофлексия.

# Бесплодное, бесцельное, основанное на нарушении мышления мудрствование называется:

Демагогией;

Краснобайством;

Амбивалентностью;

Мутизмом;

+Резонерством.

# Неспособность разделения главного и второстепенного с застреванием на несущественных деталях называется:

Олигофазией;

Тугоподвижностью;

Разорванностью;

+Обстоятельностью.

# Появление в речи больного не существовавших ранее слов - это

Эхолалии;

Шизофазия;

+Неологизмы;

Вербигерация.

# Заторможенность процесса мышления характеризуется всем перечисленным, кроме

замедления возникновения ассоциаций, уменьшения количества ассоциаций;

однообразия мыслей и представлений, трудности их образования;

+трудности отделения главного от второстепенного;

жалоб на утрату способности к мышлению;

ощущения ослабления умственных способностей.

# Ускорение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, исключая

увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени;

более поверхностный характер умозаключений, крайнюю отвлекаемость мышления;

+бесплодное мудрствование;

преобладание образных представлений над абстрактными идеями;

"скачку идей", вихря мыслей и представлений.

# Психическое состояние, характеризующееся грубым нарушением отражения объективной реальности, нарушением поведения, вплоть до нелепого или опасного и грубым нарушением критики называется:

Неврозом;

+Психозом;

Деменцией;

Олигофренией;

Психопатией.

#Возврат на более раннюю стадию развития или к более примитивным формам поведения, мышления называют:

изоляцией;

проекцией;

замещением;

+регрессией.

# Диссимуляция — это:

сознательное изображение симптомов несуществующего заболевания;

+сознательное сокрытие симптомов болезни;

сознательное преувеличение симптомов болезни;

сознательное преуменьшение симптомов заболевания.

# Анозогнозия — это:

сознательное сокрытие симптомов болезни;

+бессознательная реакция: неосознавание болезни;

сознательное преуменьшение симптомов заболевания;

«уход в болезнь».

# ЭПИ выявило умеренное замедление темпа психических процессов, их инертность с повышенной истощаемостью. (61, 54, 58, 64, 66 секунд). Снижение мотивации выполнения заданий. Прослеживается легкое снижение концентрации внимания. (4, 6, 7, 8, 10 слов, отсрочено – 7 слов, при опосредованном запоминании воспроизводит 7 из 10 слов). Отмечается ослабление мнестической функции. Нарушения динамической стороны мышления, в виде его замедления, истощаемости и операциональной стороны мышления в виде снижения уровня обобщения. Мышление характеризуется неустойчивостью уровня обобщения с тенденцией к соскальзыванию на конкретно-ситуационный уровень. Обобщение концептуального уровня остается не доступным. Личность пациентки характеризуется такими чертами, как сниженная самооценка, подавленность, тоска, двигательная и идеаторной заторможенностью. ощущением подавленности, неспособность справиться с жизненными проблемами и избавиться от психотравмирующих переживаний. Определите ведущий патопсихологический симптомокомплекс:

Шизофренический СК

+Аффективно-эндогенный СК

Экзогенно-органический СК

Личностно-аномальный СК.

# ЭПИ выявило инертность темпа протекания психических процессов, без признаков истощения психической деятельности. (48, 44, 49, 46, 47 секунд). Объем, концентрация активного внимания сохранены. (6, 5, 8, 8, 8 слов, отсрочено – 3 слова, Продуктивность опосредованного запоминания снижена, воспроизводит 65 %). При исследовании мнестической сферы можно выделить снижение мотивационного компонента, умеренно понижение объема произвольного механического запоминания. Выраженное снижение объема долговременной и опосредованной памяти. Процесс опосредования затруднен, при увеличении степени абстракции возникают затруднения и отказные реакции. Мышление характеризуется щаблонностью, тугоподвижностью. Прослеживается снижение операциональной стороны мышления, конкретно-ситуационная направленность, критичность суждений несколько снижена. В личностной сфере на первый план выступают ригидность личностный установок, стереотипность подходов к решению жизненных проблем, замкнутость, эмоциональная ригидность, вспыльчивость, раздражительность, демонстративность в проявлении собственных желаний. Предпочтение узкого круга близких людей широким контактам, трудности при установлении новых знакомств, легкость возникновения тревоги при межличностных трениях.

Определите ведущий патопсихологический симптомокомплекс:

Шизофренический СК

Аффективно-эндогенный СК

+Олигофренический СК

Личностно-аномальный СК.

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

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Проверяемая**  **компетенция** | **Дескриптор** | **Контрольно-оценочное**  **средство** |
| 1 | **ПК-4:** способностью обрабатывать и анализировать данные психодиагностического обследования пациента, формулировать развернутое структурированное психологическое заключение, информировать пациента (клиента) и медицинский персонал (заказчика услуг) о результатах диагностики и предлагаемых рекомендациях | Знать: порядок и способы обработки и анализа данных психодиагностического обследования пациентов (клиентов); основные правила формулирования развернутого, структурированного психологического заключения по результатам психодиагностического обследования пациентов (клиентов); этико-деонтологические нормы информирования медицинского персонала (заказчика услуг) и пациентов (клиентов) о результатах психодиагностического обследования и возможных рекомендациях. | Вопросы №: 1-21; 27-36. |
| Уметь: обрабатывать и анализировать данные психодиагностического обследования пациентов (клиентов); формулировать развернутое структурированное психологическое заключение по данным психодиагностического обследования пациентов (клиентов); выбирать наиболее корректные способы информирования медицинского персонала (заказчика услуг) и пациентов (клиентов) о результатах психодиагностики и возможных рекомендациях. | Практические задания №: 1,2,3,4,5 |
| Владеть: навыками обработки и анализа данных психодиагностического обследования пациентов (клиентов); навыками формулирования развернутого структурированного психологического заключения по результатам психодиагностического обследования пациентов (клиентов); навыками корректного информирования медицинского персонала (заказчика услуг) и пациентов (клиентов) о результатах психодиагностики; навыками формулирования рекомендаций для пациентов (клиентов). | Практические задания №: 1,2,3,4,5 |
| 2 | **ПСК-3.1:** способностью и готовностью к овладению теоретическими основами и принципами патопсихологического синдромного анализа нарушений психической деятельности и личности при различных психических заболеваниях | Знать: теоретические основы патопсихологического синдромного анализа нарушений психической деятельности | Вопросы №:22-26, 37-45 |
| Уметь: проводить патопсихологический синдромальный анализ нарушений психической деятельности и личности при различных психических заболеваниях | Практические задания №: 1,2,3,4,5 |
| Владеть: Навыками патопсихологического синдромального анализа нарушений психической деятельности и личности при различных психических заболеваниях | Практические задания №: 1,2,3,4,5 |
| 3 | **ПСК-3.2:** способностью и готовностью к овладению современными подходами к диагностике нарушений психической деятельности субъекта для выявления закономерностей и психологических механизмов возникновения и динамики психопатологических расстройств | Знать: Основные современные подходы и концепции диагностики нарушений психической деятельности для выявления закономерностей и психологических механизмов возникновения и динамики психопатологических расстройств | Вопросы №: 1-21; 27-36. |
| Уметь: проводить диагностику нарушений психической деятельности субъекта для выявления закономерностей динамики психопатологического расстройства | Практические задания №: 1,2,3,4,5 |
| Владеть: современными подходами к диагностике нарушений психической деятельности субъекта для выявления закономерностей и психологических механизмов возникновения и динамики психопатологических расстройств | Практические задания №: 1,2,3,4,5 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся в рамках изучения дисциплины «Пато- и нейропсихология шизофренических расстройств»**

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;
* бонусного фактического рейтинга обучающегося.

**4.1.** **Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося.**

Текущий фактический рейтинг (Ртф) по дисциплине (**максимально 5,0 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 семинаре по дисциплине (Тк);

- рубежного контроля успеваемости обучающихся по дисциплине (Рк).

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 «Патопсихологическое исследование шизофренического симптомокомплекса» - предусмотрено 4 контрольных точек: 2 контрольных точек по темам модуля, 2 – КСР и рубежный контроль по модулю.

В модуле 2 «Нейропсихологическое исследование шизофренического симптомокомплекса» - предусмотрено 5 контрольных точек: 3 контрольные точки по темам модуля, 2 – КСР и 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 и более) 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.

**4.2. Правила формирования бонусного фактического обучающегося.**

Бонусный фактический рейтинг по дисциплине (максимальное количество баллов устанавливается по факту набранных бонусных баллов студентами данного учебного года по данному направлению специальности и не имеет конкретного максимального значения).

Бонусные баллы начисляются только при успешном выполнении учебного процесса (средний балл успеваемости выше 3,0). При среднем балле ниже данного значения бонусные баллы не начисляются.

**Таблица 1 – виды деятельности, по результатам которых определяется бонусный фактический рейтинг.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Вид бонусной работы\*** | **Баллы** | **Примечание** |
|  | Самостоятельная работа в рабочих тетрадях | 0-2 | 0 – работа не выполнена;  1 – выполнена частично;  2 – выполнена полностью. |
|  | Посещение лекций, семинаров | 0 - 3 | 0 – имеется пропуск без уважительной причины;  1 – имеется один пропуск по уважительной причине;  3 – посещены все занятия. |
|  | Успешное обучение | 2-3 | 2 – за текущий фак. рейтинг от 4,0 до 4,5  3 - за текущий фак. рейтинг от 4,5 до 5. |
|  | Активность на занятиях (количество устных ответов) | 2-4 | 2 – 2 устных ответа  3 – 3 устных ответа  4 – 4 и более устных ответа. |
|  | Выполнение научно-исследовательской работы | до 10 | Отчет о проделанной работе, фото (подтверждение) (не менее 3-х фотографий) |
|  | Выступление на итоговой конференции СНО | 8 | Копия программы конференции и сертификата участника |
|  | Опубликование тезисов студенческой НИР | 5 | Ксерокопия тезисов с титульным листом и выходными данными сборника. |
|  | Посещение студенческого научного кружка (СНК) | 1 | Регистрация участника |
|  | Доклад на СНК | 3 | Презентация и доклад |
|  | Участие в конференциях различного уровня   * тезисы * выступление | 5-8 | 5 - за публикацию тезисов, статьи в сборнике конференции;  8 - выступление на секции. |
|  | Участие в конкурсе рефератов в рамках СНО:   * представление реферата на конкурс * I место в конкурсе * II место в конкурсе * III место в конкурсе | 7-10 | 7 - за подготовку и представление реферата на конкурс;  8 - за призовое третье место на конкурсе;  9 - за призовое второе место на конкурсе;  10 - за призовое первое место на конкурсе. |
|  | Участие в иногородних конференциях различного уровня (всероссийских, региональных, международных) | 5,8 | 5 – публикация тезисов в конференциях;  8 – очное участие в конференциях.  Основанием для начисления баллов является предоставление ксерокопии тезисов с титульным листом и выходными данными сборника (для тезисов) или программы конференции и копии командировочных документов (в случае очного участия) |
|  | Участие в иногородних конкурсах различного уровня (конкурс ВКР, научно-исследовательских работ, учебных работ и т.п.) | 7-10 | 7 – за подготовку и представление работы на конкурс;  8 – за призовое третье место на конкурсе;  9 – за призовое второе место на конкурсе;  10 – за призовое первое место на конкурсе.  Основанием для начисления баллов является предоставление копии диплома (сертификата) участника конкурса. |
|  | Публикация результатов научно-исследовательских работ в научных журналах | 10,15 | 10 – публикация в научных журналах, в т.ч. РИНЦ;  15 – публикация в журналах из перечня ВАК.  Основанием для начисления баллов является предоставление ксерокопии публикации с титульным листом и выходными данными. |
|  | Разработка дидактических материалов | 5-6 | 5–разработка монотематическая;  6–разработка политематическая. |
|  | Участие в творческих конкурсах | 5-8 | 5 - за подготовку и представление творческого продукта на конкурс;  6 - за призовое третье место на конкурсе;  7 - за призовое второе место на конкурсе;  8 - за призовое первое место на конкурсе. |