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**

**ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ НЕВРОЗАХ**

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 зачета.

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

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

ОК-№6

Готовность действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения

ПК-№ 4

Способность обрабатывать и анализировать данные психодиагностического обследования пациента, формировать развернутое структурированное психологическое заключение, информировать пациента (клиента) и медицинский персонал (заказчика услуг) о результатах диагностики и предлагаемых рекомендациях

ПК-№ 7

Готовность и способность осуществлять психологическое консультирование населения в целях психопрофилактики, сохранения и улучшения психического и физического здоровья, формирования здорового образа жизни, а также личностного развития

ПК-№11

Способность организовывать условия трудовой деятельности с учетом индивидуально - личностных возможностей работника с целью снижения риска последствий нервно – психического напряжения, стресса, предупреждения психосоматических заболеваний.

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

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Форма текущего контроля:** собеседование по полученным результатам исследования.

**Оценочные материалы:** схемазаключения по данным экспериментально-психологического исследования.

Студенту надлежит описать состояние больного, сосредоточившись на тех проявлениях, которые относятся к расстройствам, выявляемых методиками, изучаемыми на занятиях. Студент на каждом из занятий обследует больного. На двух студентов обычно дается один больной –один из кураторов ведет расспрос, а другой — делает записи; на следующем занятии они меняются ролями. Описание данных полученных в исследовании — основной способ отчета в выполнении практической задачи; преподаватель должен сделать заключение о нем после демонстрации больного. В ходе обследования больных осуществляются контроль: а) пооперационный, дающий необходимую информацию студентам о правильности их действий путем непосредственного наблюдения преподавателя за их работой; б) взаимный контроль работающих вдвоем студентов; в) взаимоконтроль и контроль преподавателя в ходе коллективного обсуждения записей исследования и демонстрации больных. Данные исследования зачитывается вслух одним изкураторов, другой демонстрирует больного всей группе. Остальные студенты под руководством преподавателя устанавливают правильность описания, его полноту, соответствие заключения о симптомах и синдроме состояния больного. На занятии разбираются 1-2 больных. Недостаток «типичных» больных для курации (в связи с малым количеством их в стационаре и других учреждениях) на отдельных занятиях приходится возмещать работой с «моделями» - видеофильмами и магнитофонными записями речи больных, типовыми задачами к каждому занятию. Отчет состоит в письменной характеристике особенностей патопсихологического статуса больного, определении симптомов и синдрома у больного по видеофильму, а при решении текстуальных задач — в подробных письменных ответах на все вопросы к задаче.

Схема написания заключения по данным комплексного психологического обследования.

*1. Заголовок.* Заключение по данным экспериментально психологического обследования Ф. И. О., возраст от (дата).

*2. Вводная часть* (описываются наблюдения экспериментатора, все самое яркое и запоминающееся в поведении исследуемого). Вводная часть включает в себя:

а. Описание отношения испытуемого к обследованию.

б. Характеристики контакта исследуемый - экспериментатор.

в. Описание эмоционального фона испытуемого.

г. Описание поведения обследуемого в процессе психологического эксперимента.

д. Характеристики мимики, жестов, позы, двигательной активности, речи испытуемого, если это представляет интерес.

е. Основные жалобы исследуемого.

ж. Оценка продуктивности и эффективности деятельности испытуемого в ходе психологического эксперимента.

*3. Цель психологического обследования.* (Целью настоящего обследования явилось получение дополнительных экспериментально - психологических сведений относительно уровня и характера протекания основных психических процессов, исследование эмоционально-поведенческой сферы, а также уточнение особенностей личности для определения актуального психологического статуса обследуемого).

*4. Психологический анамнез.*

*5. Используемые методики.*

*6. Основная часть.* (В результате проведенного обследования были получены следующие данные:).

А. Описание когнитивных процессов (внимание, память, мышление).

Б. Описание интеллекта.

В. Резюме по пунктам А и Б с постановкой ведущего ППС или отсутствия такового. Даже если все в норме, краткое резюме по познавательным процессам пишем обязательно.

Г. Исследование личности.

Д. Психотерапевтическая позиция пациента. Отношение пациента к лечению, врачу, своей болезни.

*7. Заключение:* ППС (патопсихологический симптомокомплекс) + тип акцентуации (с какой личностью имеем дело) + рекомендации по психотерапевтическому ведению пациента, опираясь на данные комплексного психологического обследования. Резюме - это самое главное, что удалось выявить, описанное в 2 - 3-х предложениях («Таким образом, на первый план выступает… » или «Таким образом, на фоне… наблюдается…»).

**Оценочные материалы в рамках модуля 1 «Теоретические вопросы изучения неврозов. Общая психопатология невротических и соматоформных расстройств.»**

**Форма текущего контроля:** тестирование.

**Оценочные материалы:** банк тестовых заданий.

**1 вариант**

А) Что из приведенного объединяет всех психоаналити­ков и конституирует психоанализ как учение:

1. Представление о либидо как о ведущей силе разви­тия и психической жизни

2. Теория архетипов

3. Представление о бессознательном и используемых для его анализа психотерапевтических методах

4. Значение и место, уделяемое социокультуральным факторам в психической жизни

Б). Кто был соавтором 3. Фрейда по «Этюдам об истерии»:

1. К. Юнг

2. Ж. Шарко

3. И. Брейер

4. Э. Крепелин

В). Какое из перечисленных понятий обозначает одну из трех структур психического аппарата по Фрейду:

1. Идеальное Я

2. Реальное Я

3. Ид

4. Архетип

Г). Усилия Эго по предохранению от тревоги относятся к:

1. Динамике

2. Эго-идеалам

3. Защитным механизмам

4. Морали

Д). Фрейд полагал, что неудача в разрешении Эдипова комплекса — это главный источник:

1. Психосоциального кризиса

2. Психопатии

3. Невроза

4. Психозов

Е). Термин Фрейда «бегство в болезнь» имеет в виду:

1. Свойственное терминальным больным безраз­личие ко всему, кроме своей болезни

2 Вариант симуляции психических и физических нарушений с целью ухода от ответственности

3. Неосознаваемая тенденция избежать напряжен­ной и/или конфликтной ситуации путем обра­зования симптомов

4.Специфически психотический способ симптомообразования

Ж). Какое из утверждений лучше всего описывает с психоаналитических позиций здоровую личность:

1. Ид может достигать удовлетворения некоторых своих побуждений через способность Эго ори­ентироваться в реальном мире

2. Ид реализует свои побуждения в обход Эго

3. Суперэго жестко контролирует границы удов­летворения побуждений Ид

4. Эго растворяет в себе взаимодополнительные тен­денции Ид и Суперэго, снимая патогенные кон­фликты

З). К какому из уровней относится защитный механизм вытеснения:

1. Защита через отрицание

2. Психическое сдерживание

3. Защиты через искажение образов

4. Высоко адаптивная защита

И). Пациент переживает повторяющиеся периоды «утра­ты времени», в течение которых он не может вспомнить ничего о том, что с ним было и что он делал. Такая защита относится к уровню:

1. Защиты через отрицание

2. Защиты через искажение образов

3. Психических сдерживаний

4. Защиты через уход от реальности

К). Какой из приведенных механизмов защиты может быть описан как бессознательно мотивированное забы­вание:

1. Репрессия

2. Проекция

3. Отрицание

4. Регрессия

Л). Женщина с депрессией говорит своему психотерапевту, что она, скорее всего, перестанет посещать его, так как чувствует, что он понапрасну тратит на нее свое время. Психоаналитически ориентированный психотерапевт вероятнее всего расценит это как проявление:

1. Проекции

2. Сопротивления

3. Переноса

4. Экзистенциального кризиса

М). Фрейд ввел в психопатологию понятие конверсии для обозначения:

1. Соматизации невротических симптомов

2. Отделения либидо от представления в процессы вытеснения последнего с последующим пре­образованием энергии либидо в энергию иннер­вации, обеспечивающей телесное выражение вытесненных представлений

3. Использования языка тела, когда речевая ком­муникация блокирована или неэффективна

4. Сублимационной регрессии к оральной стадии

Н). Какая из перечисленных форм истерии НЕ входит в число выделявшихся Фрейдом:

1. Гипноидная истерия

2. Истерия защиты

3. Конверсионная истерия

4. Травматическая истерия

5. Неотреагированная истерия

О). Кто из перечисленных исследователей рассматривал личность как продвижение чувства «Я» от инфантильной хрупкости и фрагментарности к стабильной системе «Я» взрослого:

1. 3. Фрейд

2. А. Фрейд

3. М. Кляйн

4. X. Кохут

5. Э. Эриксон

П). В лечении какой группы расстройств традиционный психоанализ НЕ используется:

1. Злоупотребления психоактивными веществами

2. Расстройств личности

*3.* Диссоциативных расстройств

4. Обсессивно-компульсивных расстройств

Р). Главной посылкой адлерианской психологии явля­ется представление:

1. О человеке как едином, неделимом и самосогла­сующемся целом

2. О противостоящей среде индивидуальности

3. Об индивидуальном развитии как преодолении барьеров

4. О гомеостазе как ведущем принципе развития

С). Что обозначает понятие «невротическая антитеза»:

1. Присущая страдающим неврозами двойственность самооценки

2. Тенденция невротика оценивать события и явле­ния через их противоположности

3. Восприятие окружающего мира одновременно как убежища и угрозы

4. Замена компенсаторного поведения гиперкомпен­саторным

Т). Какая из интерпретаций невроза передает понима­ние его А. Адлером:

1. Состояние временной поломки, вызванное пе­ренапряжением защитных сил

2. Болезненное состояние, обусловленное избыточной автономностью «Я» и непринятием поддер­жки со стороны окружения

3. Проявление конституциональной уязвимости в условиях социальных фрустраций

4. Развитие индивидуума на путях эгоцентрическо­го стремления к превосходству при задержке раз­вития социальных интересов и стремлении манипулировать заботой окружающих

У). Невротическому стилю жизни присущи:

1. Слабость Эго, противоречивость, непоследова­тельность

2. Отсутствие внутренней логики и чрезмерная экстравертированность

3. Интервальный контроль в сочетании с экстрапунитивностью

4. Эгоцентризм, нереалистичность, отсутствие со­трудничества

Ф). Какое из утверждений лучше определяет содержание понятия «комплекс»:

1. Образующее психологическое единство сочета­ние ассоциаций

2. Психологическое место наименьшего сопротив­ления

3. Патологическое новообразование эндопсихичес-кой функции сознания

4. Перманентная амбивалентность тех или иных мотивов

Х). Какие две потребности, согласно Хорни, характер­ны для детства:

1. Пищевая и сексуальная

2. Пищевая и коммуникативная

3. В удовлетворении и безопасности

4. В коммуникации и автономности

Ц). Если взрослые не принимают ребенка и не проявля­ют достаточной любви и заботы:

1. Подавляемые влечения ребенка принимают дест­руктивные формы

2. Развивается анаклитическая депрессия

3. Эмоциональная депривация порождает психичес­кое отчуждение

4. Стремление к самоактуализации замещается ге­нерализованно и тревогой и стремлением к безо­пасности

Ч). Какое из утверждений о проявлениях невротическо­го защитного механизма беспомощности верно:

1. Обособленное, автономное, подчеркнуто отстра­ненное поведение

2. Опасения, что их просьбы о помощи будут ис­толкованы окружающими как назойливость

3. Выраженное стремление к поиску протекции и готовность к преувеличенному согласию с дру­гими людьми

4. Неспособность справляться с порученными дела­ми и преодолевать связанные с ними

трудности

Ш). В отличие от здорового человека, поведение которо­го сообразуется с обстоятельствами, невротик:

1. Стремится использовать одновременно все спо­собы защитного поведения

2. Решает коммуникативные проблемы ригидным способом, выбирая из не противоречащих друг другу типов коммуникации только какой-то один

3. Не способен следовать избранному типу комму­никации

4. Находит проблемы там, где их нет

Щ). Что из перечисленного, согласно Фромму, описыва­ет внутренне присущее человеческому существованию противоречие:

1. Между реальным и идеальным «Я»

2. Между ситуативной и истинной самооценкой

3. Между бытием в природе и обязанным сознанию выходом за пределы природы

4. Между бытием для себя и для других

Э). Описанный Фроммом феномен «бегства от свободы» связан с тем, что:

1. Экзистенциальная нагрузка свободы оказывается непереносимой для человека из-за ограничен­ности его природных ресурсов

2. Свобода ставит человека перед лицом одиночества

3. Развитие человечества идет по пути возрас­тания негативной «свободы от», ведущей к возрастающему отчуждению, в ущерб пози­тивной «свободе для», обогащающей челове­ческую самость

4. Свобода связана с расширением спектра ответ­ственного выбора, тогда как человек стремится к альтернативным выборам

Ю). Если связанные с процессами исторического разви­тия дихотомии человек может ликвидировать в своей деятельности, то экзистенциальные:

1. Имманентно присущи человеческой природе

2. Ликвидировать невозможно, а можно лишь по-разному реагировать на них

3. Могут быть разрешены через раскрытие потенци­ала любви, веры и размышления

4. Все сказанное

Я). Для разрешения своих экзистенциальных дихотомий индивид должен:

1. Идентифицировать себя с чем-то высшим по от­ношению к себе

2. Проделать работу дезидентификации

3. Критически осознать неподлинность своего су­ществования, чтобы реализовать свои ресурсы подлинности

4. Перестроить общество таким образом, чтобы ус­транить экзистенциальные дихотомии

**2 вариант**

А) Психоанализ включает в себя:

1. Теорию общего психического развития

2. Теорию психологического происхождения нев­розов

3. Теорию психоаналитической терапии

4. Все сказанное

5. Все, кроме указанного в п.1

Б). Выделенные Фрейдом три основные формы проявле­ний бессознательного НЕ включают:

1. Сновидения

2. Ошибочные действия

3. Духовные кризисы

4. Невротические симптомы

В). Какая из выделенных Фрейдом психических структур содержит в себе сексуальные и агрессивные инстинкты:

1. Эго

2. Ид

3. Суперэго

4. Цензура

Г). Психосоциальное развитие личности и ее психосексу­альная история никак не связаны между собой. Это ут­верждение:

1. Верно

2. Неверно

Д). «Я страшно зол. Но если я его ударю, он, того и гляди, даст сдачи. Но еще хуже, если я потеряю контроль. Не лучше ли не обращать внимания?» Это пример того, что

Фрейд назвал:

1. Реактивное мышление

2. Первичный процесс мышления

3. Вторичный процесс мышления

4. Уклоняющееся мышление

Е). Кто из названных исследователей развил фрейдовскую теорию защитных механизмов:

1.К. Юнг

2. А. Адлер

3. М. Кляйн

4. А. Фрейд

Ж). По Фрейду, какая скорее всего возникнет эмоция, если агрессивные побуждения Ид прорвутся в со­знание:

1. Страх

2. Тревога

3. Гнев

4. Печаль

З). Как называется защитный механизм, реализуемый через разделение чувств и действий:

1. Реактивное образование

2. Изоляция аффекта

3. Перенос

4. Рационализация

И). Какой защитный механизм действует, когда люди просто отвергают ту часть реальности, которая заставля­ет Эго испытывать дискомфорт:

1. Проекция

2. Отрицание

3. Реактивное образование

4. Рационализация

К). Какое из перечисленных расстройств скорее всего воз­никает, если Ид господствует без сдерживающих влияний Суперэго:

1. Депрессия

2. Фобическое расстройство

3. Психоз с преобладанием фантазий

4. Инфантильная деменция

Л). Какое из приведенных утверждений НЕ относится к предложенному Фрейдом понятию «психоневроз»:

1. Это противоположность актуального невроза

2. При нем симптомы выступают в качестве выра­жения детских конфликтов

3. Включает в себя все неврозы переноса и нарцисстические неврозы

4. Приближается по тяжести к психозам

М). Понятию «комплекс» в психоанализе соответствует одно из определений:

1. Совокупность взаимосвязанных симптомов

2. Относящееся к ранним стадиям развития поня­тие, позже положенное в основу представления о незавершенном гештальте

3. Организованная совокупность частично или пол­ностью бессознательных аффективно нагружен­ных представлений и воспоминаний

4. Конгломерат неосознаваемых переживаний, мо­тивирующих навязчивое повторение

Н). С позиций психоанализа нарциссизм представляет собой:

1. Патологическую черту характера

2. Психотическое искажение либидо

3. Нормальную часть развития психики

4. Фемининную черту личности, которая у мужчин встречается редко

О). Утверждение, НЕ входящее в описание актуальных неврозов по Фрейду:

1. Их причина лежит в настоящем

2. К ним относятся невроз страха, неврастения и ипохондрия

3. Их симптомы являются прямым следствием от­сутствия или дефицита сексуального удовлетво­рения

4. Их симптомообразование лежит на химическом уровне

5. Детские конфликты определяют неврозогенное восприятие настоящего

П). Традиционный психоанализ обычно используется в лечении всех расстройств, КРОМЕ:

1. Конверсионных

2. Обеесеивно-компульеивных

3. Психотических

4. Личностных

5. Сексуальных

Р). Какое из утверждений о контрпереносных неврозах описывает их лучше:

1. Их надежный знак — психотерапевтический трудоголизм

2. Они являются абсолютным противопоказанием для работы

3. Представляют собой повторение значимых детс­ких конфликтов и включают в себя контр­переносные симптомы и контрпереносные сопротивления

4. Расстройства у пациента, трактуемые психотера­певтом в исключительно патологическом ключе

С). Личностные проблемы — это:

1. Манифестации глубинных невротических комп­лексов

2. Результат культурных влияний

3. Проявление врожденных свойств

4. Итоговый результат процесса разочарования

Т). В отличие от психоаналитического понимания сим­птомов невроза как инстинктивных импульсов и спосо­ба их удовлетворения, Адлер рассматривал невротические симптомы как: г; 1. Проявление ослабления «Я»

2. Защитную стратегию «Я»

3. Проявление гипертрофии Суперэго

4. Следствие конституционального дуализма «Я»

У). Согласно Юнгу, процесс излечения — это:

1. Процесс идентификации с целостной личностью, с «самостью»

2. Процесс направляемой дезидентификации, обеспечивающий возможность существования самости

3. Планируемая процедура ликвидации когнитив­ного диссонанса между экто- и эндопсихическими составляющими сознания

4. Социальной репрезентации архетипов в сознании

Ф). Что из перечисленного, по Хорни, является основ­ной невротической потребностью:

1. Потребность в ласке

2. Потребность впризнании

3. Потребность в безопасности

4. Потребность в самоутверждении

Х). Согласно Хорни, базальная тревога:

1. Является врожденным свойством индивида

2. Генетически обусловлена

3. Формируется как продукт конфликта амбивален­тных врожденных тенденций

4. Является продуктом культуры и воспитания

Ц). Что из перечисленного НЕ входит в круг описанных Хорни десяти невротических потребностей:

1 . В любви и одобрении

2. В одиночестве

3. Во власти

4. В честолюбии

5.В самодостаточности и независимости

Ч). К какому типу социальной ориентации относятся невротические потребности в любви и одобрении, руко­водящем примере и четких ограничениях:

1. Уступчивый тип

2. Обособленный тип

3. Враждебный тип

Ш). Идеальный образ «Я» невротика — это:

1. Предсознательное образование, изменяющее поведение в сторону дисфункциональное вся­кий раз, когда сознание не в состоянии решить проблему

2. Социально навязанное представление о том, ка­ким должен быть индивид, сверхактуализирующее одну из коммуникативных ориентации

3. Сознательный образ «Я», содержащий гипертро­фированные позитивные, социально одобряе­мые черты

4. Проекция в сознание бессознательных побуждений

Щ). По Фромму, противоречивость человеческого суще­ствования выражается в двух формах дихотомий:

1. Личная и общественная

2. Биологическая и социальная

3. Мазохистическая и садистическая

4. Экзистенциальная и историческая

Э). Что входит в число основных экзистенциальных дихотомий:

1. Жизни и смерти

2. Сознания и неуверенности

3. Сохранения уникальности и отношений с другими

4. Единообразия и многообразия

5. Константности и изменчивости

6. Все названное

7. Все, кроме названного в пп. 2 и 4

8. Все, кроме названного в пп. 4 и 5

Ю). По Фромму, отношения человека и общества регу­лируются бессознательными механизмами, к которым НЕ относится:

1. Садомазохистические тенденции

2. Деструктивность

3. Автоматический конформизм

4. Избегание ущерба и фрустраций

Я) Благодаря действию регулирующих отношения с об­ществом бессознательных механизмов, человек:

1. Освобождается от осознаваемых чувств одиноче­ства и бессилия

2. Утрачивает свою самость

3. Обретает истинную власть над собственной жизнью

4. Высвобождает свой креативный потенциал

5. Верно все

6. Верно указанное в пп. 1, 2 и 3

7. Верно указанное в пп. 1 и 2

8. Верно указанное в пп. 3 и 4

**Оценочные материалы в рамках модуля 2 «Клиника, дифференциальная диагностика и особенности течения невротических и соматоформных расстройств»**

**Форма текущего контроля:** тестирование.

**Оценочные материалы:** банк тестовых заданий.

1. Основными невротическими синдромами являются все перечисленные, кроме

а) фобического, обсессивного

б) астенического, ипохондрического

в) психоорганического синдрома

г) синдрома невротической депрессии

д) синдрома нервной анорексии

2.Невротический фобический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме

а) сложного, психологически непонятного характера ритуалов

б) наличия четкой фабулы

в) обострения в ситуациях

г) четкой критики выраженного компонента борьбы

д) преобладания различных фобий к страху смерти,  
перемещения в пространстве, страху заболевания

3. Невротические обсессии проявляются

а) преобладанием навязчивых опасений

б) навязчивыми сомнениями, воспоминаниями, представлениями

в) частотой контрастных навязчивостей

г) всем перечисленным

д) ничем из перечисленного

4. Невротический астенический синдром проявляется всем перечисленным, кроме

а) собственно астенических расстройств с наличием

гиперстетической, гипостетической формы и

раздражительной слабости

б) легких нарушений сознания

в) вегетативных расстройств

г) сенсомоторных и аффективных расстройств

д) нарушений сна и мышления

5. Невротическая ипохондрия проявляется всем перечисленным, исключая

а) чрезмерную заботу и беспокойство о своем здоровье в целом  
и о работе систем организма

б) возникновение неприятных ощущений, источником которых являются физиологические изменения соматических функций

в) наличие характера сделанности неприятных ощущений

г) эмоционально-аффективные нарушения

д) тревожную мнительность, в связи с воспитанной чрезмерной заботой о своем здоровье, тенденцию к постоянному контролю внутренних органов

6. Невротическая депрессия характеризуется всем перечисленным, кроме

а) возникновения психогенно с отражением психотравмирующей ситуации

б) ведущих проявлений в виде слабости с подавленностью,  
эмоциональной неустойчивостью

в) "бегства в работу" с выполнением большого объема работы

г) волнообразности течения

д) выраженных явлений заторможенности и суточных колебаний

7. Невропатия, соматическая ослабленность, резидуально-органическая церебральная недостаточность -факторы, типичные для

а) астенического невроза

б) для истерического невроза

в) для невроза страха

г) для депрессивного невроза

8. В развернутом виде астенический невроз можно наблюдать

а) с раннего возраста

б) с дошкольного возраста

в) со школьного возраста

г) с подросткового возраста

9. Сочетание раздражительной слабости с повышенной утомляемостью и истощаемостью аффекта у детей характерно

а) для астенического синдрома

б) для фобического синдрома

в) для депрессивного синдрома

г) для истерического синдрома

10. Для астенического синдрома у детей типично

а) наличие вегетативной лабильности

б) головных болей

в) нарушений сна и аппетита

г) все перечисленное

11. Для астенического синдрома у детей типичны расстройства настроения в виде

а) субдепрессии

б) тревоги

в) гипотимии или дистимии

г) эйфории

12. Клиническими вариантами астенического невроза у детей являются

а) анксиозный и апатический

б) адинамический и гипердинамический

в) тревожно-фобический и тоскливо-апатический

г) все перечисленные

13. Первым этапом астенического невроза у детей является этап

а) "преневротического состояния"

или моносимптомных невротических реакций

б) анксиозных реакций

в) депрессивно-фобических реакций

г) преходящих нарушений поведения

14. Для второго этапа астенического невроза у детей характерно

а) наличие системных расстройств (мутизм, тики, энурез, энкопрез)

б) наличие страхов и колебаний настроения

в) наличие расстройств сна и аппетита

г) полиморфная картина, включающая все перечисленные расстройства

15. Длительность первого этапа астенического невроза у детей составляет

а) дни - недели

б) полгода

в) 1-3 года

г) несколько лет

16. Длительность второго этапа астенического невроза у детей составляет

а) несколько месяцев

б) 1 -2 года

в) от 2 до 5 лет

г) не имеет временных рамок

17. При неблагоприятном течении астенического невроза у детей формируется "нажитая психопатия"

а) по астеническому или обсессивному типу

б) по астеническому или возбудимому типу

в) по астеническому или истерическому типу

г) по астеническому или паранойяльному типу

18. При остром дебюте истерического невроза у детей переход в невротическое состояние происходит в течение

а) нескольких дней - нескольких недель

б) сразу вслед за психической травмой

в) 6-12 месяцев

г) 1 года и более

19. При подостром и затяжном дебюте истерического невроза у детей переход в невротическое состояние происходит в течение

а) нескольких дней - нескольких недель

б) сразу вслед за психической травмой

в) 6-12 месяцев

г) нескольких лет

20. Роль возрастного фактора в возникновении и течении психогенных заболеваний заключается

а) в наличии периодов повышенной чувствительности к психотравме

б) в неблагоприятном течении психогенных заболеваний

в) в выборе психопатологической симптоматики

г) в тенденции заболеваний к спонтанной ремиссии

21. Термином "школьный невроз" обозначается

а) нозологическая форма

б) синдромальный вариант невроза

в) социально-психологическая характеристика заболевания

г) этиологический фактор невроза

22. Для детей с неврозом навязчивых состояний характерны:

а) тревожно-мнительные черты характера

б) сверхнормативность и перфекционизм

в) обостренное чувство ответственности

г) все перечисленное

23. Воспитание в условиях повышенной тревожности, чрезмерной ответственности, подавления

естественной детской живости и непосредственности способствует развитию

а) невротических страхов

б) невротической астении

в) невротической депрессии

г) невротических навязчивостей

24. Обсессивный невроз с преобладанием навязчивых движений начинается обычно

а) в дошкольном возрасте

б) в школьном возрасте

в) в подростковом возрасте

г) в любом возрасте

25. Фобический вариант невроза навязчивости начинается обычно

а) в дошкольном возрасте

б) в школьном возрасте

в) в подростковом возрасте

г) в любом возрасте

26. Невроз навязчивости обсессивно-фобического типа с наличием идеаторных навязчивостей начинается обычно

а) в дошкольном возрасте

б) в школьном возрасте

в) в подростковом возрасте

г) в любом возрасте

27. Для дошкольного возраста характерны двигательные навязчивости в виде

а) тикоидных гиперкинезов

б) навязчивых движений

в) действий и ритуалов

г) любых из перечисленных навязчивостей .

28. Двигательные ритуалы характерны для

а) дошкольного возраста

б) младшего школьного возраста

в) подросткового возраста

г) любого возраста

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины.**

**Модуль 1. Теоретические вопросы изучения неврозов. Общая психопатология невротических и соматоформных расстройств.**

**Тема 1. Определение и история развития учения о невротических расстройствах. Классификация невротических расстройств. Этиология и патогенез неврозов. Биологические факторы, психологические факторы, социальные факторы.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** решение проблемно-ситуационных задач, устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Ситуационные задачи:*

Ситуационная задача № 1.

Больной М., 48 лет, предъявляет жалобы на боли в дистальных отделах рук и ног, чувство онемения в них. При обследовании выявлена утрата всех видов чувствительности на руках в виде «перчаток», на ногах в виде «носков», выпадение на руках лучезапястных, на ногах ахилловых и подошвенных рефлексов. При стоянии и ходьбе с закрытыми глазами наблюдается неустойчивость и падение в различные стороны. *Определите локализацию патологического процесса. Обоснуйте свое заключение.*

Ситуационная задача № 2.

У больного К., 53 лет, отсутствуют активные движения левой ноги, тонус мышц-разгибателей голени повышен. Коленный и ахиллов рефлексы слева выше, чем справа, брюшные отсутствуют справа. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. На уровне левого соска отмечается выпадение болевой и температурной чувствительности в виде узкого полупояса. С уровня сосков книзу утрачены справа болевая и температурная, слева - мышечно-суставная и вибрационная чувствительность. *Определите, с повреждением каких структур нервной системы связана описанная симптоматика. Как называется такой синдром? Каков патогенез указанных симптомов?*

*Вопросы для устного опроса:*

1. Определение понятия «невроз» (*знать всем наизусть*)

2. История учения о невротических расстройствах.

3. Учение И.П. Павлова об экспериментальных неврозах.

4. Биопсихосоциальная модель невротических расстройств.

5. Международная (МКБ-10) классификация невротических расстройств.

6. Традиционная (отечественная) классификация невротических расстройств.

**Тема 2. Основные симптомы невротических и соматоформных расстройств, основные невротические синдромы. Клинико – психологическая характеристика и диагностика реакции на тяжелый стресс и нарушение адаптации, посттравматического стрессового расстройства, тревожно-фобических расстройств.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** решение проблемно-ситуационных задач, устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Ситуационные задачи:*

Ситуационная задача № 3.

Пациентка Д., 25 лет, выпускница института, при поступлении в больницу предъявляла многочисленные жалобы: на плохой сон, раздражительность, плаксивость, отсутствие аппетита, неустойчивое настроение, головные боли, чувство онемения кистей. Соматический статус без отклонений от нормы. Из истории развития заболевания: указанные при поступлении симптомы появились и сохраняются в течение последнего года. В этот период у пациентки сложилась трудная жизненная ситуация: неудачное замужество, последующий развод и необходимость размена жилплощади, а также и необходимость отъезда по распределению (чего она очень не хотела делать из-за неуверенности в своих силах). Во время пребывания пациентки в клинике она предъявляла необоснованные претензии к медицинскому персоналу, требовала к себе особого внимания. Во время и после приема пищи часто возникала рвота, особенно в присутствии персонала клиники. При проведении физиотерапевтических процедур трижды теряла сознание, что сопровождалось преходящим парезом кистей рук. Какая форма патологии нервной системы развилась у пациентки? При каком типе ВНД подобная патология развивается чаще?

Ситуационная задача № 4.

Пациент Г., 35 лет, вырос в семье, где главной задачей в жизни считали достижение личного успеха, положения в обществе. Учеба давалась ему с большим трудом. Однако, желая удовлетворить амбиции родителей и свои, Г. Стремился превзойти в учебе своих товарищей, затрачивал на это большие усилия. После школы по желанию родителей он поступил в институт, занятия в котором требовали еще больших усилий. Г. Много занимался, нередко в ночное время. По окончании института поступил работать на завод сменным мастером. Как только освободилась должность начальника цеха, начал ее активно добиваться, несмотря на то, что профиль цеха не соответствовал полученной им в институте специальности. К тому же он не имел достаточного организаторского опыта. Став начальником цеха, столкнулся с большими трудностями. Руководимый им цех перестал выполнять производственные задания, что вызывало нарекания и критику со стороны администрации и коллектива цеха. Именно в этот период у него появились головные боли, болезненные ощущения в области сердца, бессонница, раздражительности, повышенная утомляемость, снизилась работоспособность. При осмотре: АД 170/90 мм рт. ст., пульс 90 мин-1. Очаговой неврологической симптоматики не обнаружено. Какая форма патологии нервной системы выявляется у пациента? При каком типе ВНД подобная патология развивается чаще?

*Вопросы для устного опроса:*

1. Психогенез и психопатологическая структура неврозов.
2. Патогенетическая концепция неврозов В.Н. Мясищева. Психогенные факторы неврозов.
3. Внутриличностный психологический конфликт, определение.
4. Клинические типы внутриличностных конфликтов (*отдельно и подробно каждый*).
5. Психопатология истерического невроза. Основные невротические синдромы. Нозоспецифичные синдромы.
6. Клинические особенности неврастении. Основные невротические синдромы. Нозоспецифичные синдромы.
7. Семиотика обсессивно-фобического невроза. Основные невротические синдромы. Нозоспецифичные синдромы.

**Модуль 2. Клиника, дифференциальная диагностика и особенности течения невротических и соматоформных расстройств.**

**Тема 3. Клинико – психологическая характеристика и диагностика диссоциативных (конверсионных) расстройств, соматоформных расстройств, обсессивно-компульсивных расстройств. Динамика неврозов. Патопсихологическая диагностика невротических расстройств.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** решение проблемно-ситуационных задач, устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Ситуационные задачи:*

Ситуационная задача № 5.

Студент П., 22 года, развитие правильное, учится на 5 курсе исторического факультета. По характеру добросовестный, всегда ответственно относился к учебе, сдавал экзамены на «отлично». После успешной сдачи сессии стал раздражительным, быстро уставал, аффектировался по любому поводу, отмечал снижение памяти и внимания, рассеянность, трудность сосредоточения. В связи с частыми головными болями к вечеру обратился к неврологу.

*1. Определите тип внутриличностного конфликта.*

*2. Предложите лечение, методы психотерапии.*

Ситуационная задача № 6.

Больной М., 35 лет на похоронах отца, умершего от сердечного приступа, почувствовал сердцебиение, боли в области сердца, страх смерти, появились мысли о том, что тоже страдает сердечным заболеванием. В дальнейшем появился непреодолимый страх замкнутых пространств, больной не может пользоваться городским транспортом, уезжать за город, постоянно считает пульс, измеряет артериальное давление. Больной в детстве отличался нерешительностью и мнительностью.

*1. Определите тип внутриличностного конфликта*

*2.Какой метод психотерапии будет наиболее эффективен*

*Вопросы для устного опроса:*

1. Патоформирующая роль личности в этиологии неврозов.

2. Понятие «психологическая защита», определение. Теория Келлермана – Плутчика, виды диспозиций.

3. Типы механизмов психологической защиты (подробно каждый вид).

4. Пониятие «копинг», определение. Теория изучения копинга по R.S. Lasarus.

5. Теория изучения копинга по Хейму. Механизмы совладания или копинг – механизмы, их виды (подробно каждый вид).

6. Различия МПЗ и копинга.

**Тема 4. Дифференциальная диагностика неврозов с другими расстройствами нервной системы, с другими психическими заболеваниями.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** решение проблемно-ситуационных задач, устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Ситуационные задачи:*

Ситуационная задача № 7.

Женщина 45 лет с тревожно-мнительными чертами характера, страдающая сахарным диабетом, после посещения дочери в инфекционной больнице стала часто мыть руки, считая, что она могла заразиться инфекционным гепатитом. После мытья рук чувствовала некоторое улучшение своего самочувствия, уменьшение опасений. Понимала, что может быть и не заболеет, но продолжала для уверенности часто мыть руки. При обследовании у врача выявлено снижение внимания, памяти и нерезкое снижение интеллектуальных функций, повышенная истощаемость психических процессов.

*1. Назовите симптомы, синдром.*

Ситуационная задача № 8.

Женщина 32 лет, менеджер, длительное время лечилась у терапевтов по поводу язвенной болезни желудка. После рентгеноскопии желудка врач сказал, что у нее обнаружено "затемнение". Сильно переживала, появилась мысль, что у нее рак желудка, плакала, плохо спала по ночам, хотя все инструментальные и лабораторные методы не подтверждали этого заболевания. При осмотре: выражение лица печальное, говорит тихим голосом, заторможена, настроение снижено, кроме того, отмечается склонность к запорам, высказывает мысли о нежелании жить.

*Определите синдром*

*Какая психотерапия подойдет пациентке?*

*Вопросы для устного опроса:*

1. Динамика неврозов (невротическая реакция, острый невроз, затяжной невроз, невротическое развитие).

2. Патопсихологическая диагностика невротических расстройств. Роль клинического психолога.

4.Дифференциальная диагностика неврозов.

**Модуль 3. Особенности невротических расстройств в детском и подростковом возрасте.**

**Тема 5.** **Резидуальная церебральная органическая недостаточность. Дизонтогенез. Проблемы адаптации.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** решение проблемно-ситуационных задач, устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Ситуационные задачи:*

Ситуационная задача № 9.

Больной А., 52 лет поступил в клинику неврозов с жалобами на самопроизвольное зажмуривание век, возникшее после очередного конфликта с женой. Фиксирован на взаимоотношениях в семье, на конфликтной ситуации, которая длится более трех лет, не видит выхода из создавшегося положения. До болезни себя характеризует общительным, веселым, «душой компании», впечатлительным.

*1. Определите тип внутриличностного конфликта.*

*Вопросы для устного опроса:*

1. Своеобразие психического развития детей. Патогенные факторы. Значение внутрисемейной ситуации и специфики родительско-детских отношений для этиопатогенеза невроза у детей и подростков.

2. Формирование эмоционально-личностной сферы ребенка, психологических механизмов формирования ребенка с невротическими расстройствами.

3. Классификация невротических расстройств в детском возрасте.

**Модуль 4. Вопросы психотерапии при неврозах.**

**Тема 6. Место психотерапии в системе лечебных воздействий при неврозах. Методы психотерапии при неврозах.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** решение проблемно-ситуационных задач, устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Ситуационные задачи:*

Ситуационная задача № 10.

Больная К., 36 лет, продавец-консультант. По характеру капризная, жеманная, театральная, требующая к себе повышенного внимания. При беседе с врачом, отчаянно рыдая, заламывая руки, рассказывала о своей «необыкновенной, единственной и неразделенной любви».

Когда врач успокаивающе заметил, что не всё в её жизни потеряно, все образуется, возмущенно вскочила, замерла, а затем повалилась на пол. Туловище вытянулось дугой, опираясь на затылок и пятки, после чего обмякло, хаотично стучит ногами, скрипит зубами, размахивает руками. Не разрешает осматривать себя, крепко зажмуривается, причитает, требует прекратить осмотр, «пока со мной не прошло». После припадка долго плакала, жаловалась на вялость, бессилие, просила дать возможность отдохнуть. После отдыха заявила, будто «с ней никогда не бывает припадков», что она здорова, « только немного переволновалась».

*1.Определите синдром и нозологическую форму.*

*Вопросы для устного опроса:*

1. Психодинамическое направление в лечении неврозов.

2. Психотерапия неврозов в рамках экзистенциально - гуманистического направления.

3. Поведенческая психотерапия неврозов.

4. Личностно – ориентированная психотерапия невротических расстройств.

5. Когнитивная - поведенческая психотерапия неврозов.

6. J.O. Prochaska и J.C. Norcross о лечении неврозов.

**Тема 7. Психологическая коррекция и психопрофилактика неврозов. Критерии оценки эффективности терапии. Психофармакотерапия при неврозах.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** решение проблемно-ситуационных задач, устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

*Ситуационные задачи:*

Ситуационная задача № 11.

Больная С., 46 лет, бухгалтер. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Училась удовлетворительно. Окончила 9 классов, колледж. Работала по специальности. Замужем с 23 лет, через 18 лет совместной жизни разошлись, так как муж пьянствовал. Имеет сына, в настоящее время сын служит в рядах СА.

Заболела весной 1997 г., снизилось настроение, ухудшились сон, аппетит, «все делала с трудом», 2 месяца лечилась в психиатрическом стационаре. Данная госпитализация повторная. Ухудшение состояния наступило после проводов сына в Армию. Отмечалось пониженное стремление к деятельности, перестала выходить на работу.

Психический статус. Выражение лица печальное, сидит в неподвижной позе. Односложно отвечает на вопросы, на глазах слезы. Особую тяжесть состояния отмечает в утренние часы, «в голове мало мыслей», потеряла интерес к жизни, окружающему. Считает себя больной.

*1. Определите синдром.*

*Вопросы для устного опроса:*

1. Принципы психокоррекции и психопрофилактики при неврозах.
2. Определение понятия «психогигиена». Психогигиена труда и быта.
3. Первичная, вторичная и третичная профилактика невротических и соматоформных расстройств.

*Эталоны ответов к ситуационным задачам для проверки сформированных умений и навыков*

**Задача 1.** **Эталон ответа.** Множественные поражения нервных стволов. Обоснование: сочетание двигательных нарушений с расстройствами чувствительности, утрата всех видов чувствительности в сочетании с признаками деафферентации, периферический тип чувствительных расстройств (локализация полей анестезии в дистально расположенных частях конечностей в виде «носков» и «перчаток»).

**Задача 2.** **Эталон ответа.** Описанная симптоматика связана с левосторонним боковым половинным повреждением спинного мозга. Синдром Броун-Секара. Левосторонний центральный паралич является следствием повреждения аксонов первых нейронов (поэтому наряду с утратой активных движений левой ноги повышается тонус иннервируемых мышц, усиливаются рефлекторные реакции, выявляется патологический рефлекс). На стороне повреждения утрачена мышечно-суставная и вибрационная чувствительность (следствие повреждения аксонов первых нейронов, находящихся в задних столбах спинного мозга). На стороне, противоположной повреждению, ниже этого повреждения выпадает болевая и температурная чувствительность (следствие повреждения аксонов вторых нейронов спино-таламического пути после перекреста на уровне сегмента спинного мозга). Утрата болевой и температурной чувствительности в виде узкого полупояса на стороне повреждения связана с повреждением тел вторых нейронов, расположенных в задних рогах спинного мозга до перекреста проводящих путей.

**Задача 3. Эталон ответа.** Невроз. Эта разновидность невроза именуется истерией, которая отличается выраженным клиническим полиморфизмом и перманентной изменчивостью психических (поведенческих), соматических (псевдосоматических) и неврологических расстройств функционального генеза. Названная патология чаще встречается у личностей со слабым типом высшей нервной деятельности.

**Задача 4.** **Эталон ответа.** Невроз. Эта разновидность невроза – неврастения – формируется в результате завышенных личностных притязаний и постоянного чрезмерного стремления к личному успеху без учета своих реальных сил и возможностей. Чаще развивается у личностей с сильным, но неуравновешенным типом ВНД.

**Задача 5**. **Эталон ответа:** Неврастенический

**Задача 6.** **Эталон ответа:** Обсессивно-фобический, КБТ

**Задача 7.** **Эталон ответа:** Обсессивный, психоорганический синдром

**Задача 8.** **Эталон ответа:** Депрессивный невроз, КБТ

**Задача 9.** **Эталон ответа:** Истерический

**Задача 10. Эталон ответа:** Истерический припадок у больной с истерическим неврозом

**Задача 11**. **Эталон ответа:** Депрессивный синдром

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
|  | 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. |
| **собеседование** | Оценка «5 БАЛЛОВ» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «4 БАЛЛА» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «3 БАЛЛА» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «2 БАЛЛА» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, затруднен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| Оценка «1 БАЛЛ» выставляется если обучающийся не понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| 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 |
| **Предоставление**  **презентации** | ОЦЕНКОЙ 5 БАЛЛОВ оценивается презентация, в которой: цвет фона гармонирует с цветом текста, всё отлично читается; использовано 3 цвета шрифта; все страницы выдержаны в едином стиле; гиперссылки выделены и имеют разное оформление до и после посещения кадра; анимация присутствует только в тех местах, где она уместна и усиливает эффект восприятия текстовой части информации; звуковой фон соответствует единой концепции и усиливает эффект восприятия текстовой части информации; размер шрифта оптимальный; все ссылки работают; содержание является строго научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации; орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют; наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме; информация соответствует теме презентации, является актуальной и современной; ключевые слова в тексте выделены. |
| ОЦЕНКОЙ 4 БАЛЛА оценивается презентация, в которой: цвет фона хорошо соответствует цвету текста, всё можно прочесть; использовано 3 цвета шрифта; 1-2 страницы имеют свой стиль оформления, отличный от общего; гиперссылки выделены и имеют разное оформление до и после посещения кадра; анимация присутствует только в тех местах, где она уместна; звуковой фон соответствует единой концепции и привлекает внимание зрителей в нужных местах именно к информации; размер шрифта оптимальный; все ссылки работают; содержание в целом является научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту; орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют; наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация в целом соответствует теме презентации, является актуальной и современной; ключевые слова в тексте выделены. |
| ОЦЕНКОЙ 3 БАЛЛА оценивается презентация, в которой: цвет фона плохо соответствует цвету текста; использовано более 4 цветов шрифта; некоторые страницы имеют свой стиль оформления; гиперссылки выделены, анимация дозирована; звуковой фон не соответствует единой концепции, но не носит отвлекающий характер; размер шрифта средний (соответственно, объём информации слишком большой — кадр несколько перегружен) информацией; ссылки работают; содержание включает в себя элементы научности; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту; есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки; наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация не всегда соответствует теме презентации, является актуальной, но представлена устаревшей литературой; ключевые слова в тексте чаще всего выделены. |
| ОЦЕНКОЙ 2 БАЛЛА оценивается презентация, в которой: цвет фона не соответствует цвету текста; использовано более 5 цветов шрифта; каждая страница имеет свой стиль оформления; гиперссылки не выделены, анимация отсутствует (или же презентация перегружена анимацией); звуковой фон не соответствует единой концепции, носит отвлекающий характер; слишком мелкий шрифт (соответственно, объём информации слишком велик — кадр перегружен); не работают отдельные ссылки; содержание не является научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту; много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок; наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация отдаленно соответствует теме презентации, слабо подчеркнута актуальность, научные источники устаревшие; ключевые слова в тексте не выделены. |
| ОЦЕНКОЙ 1 БАЛЛ оценивается презентация, в которой: цвет фона не соответствует цвету текста; использовано более 5 цветов шрифта; каждая страница имеет свой стиль оформления; гиперссылки и анимация отсутствуют; звуковой фон отсутствует; слишком мелкий шрифт (соответственно, объём информации слишком велик — кадр перегружен); содержание не является научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) отсутствуют; много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок; наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация не соответствует теме презентации, отсутствует актуальность, научные источники устаревшие; ключевые слова в тексте не выделены. |
| ОЦЕНКОЙ 0 БАЛЛОВ оценивается отсутствие выполненного задания (презентации) в установленный срок. |

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

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится в форме тестирования. **Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов. Тестирование обучающихся проводится в информационной системе Университета. Варианты тестовых заданий формируются ИС Университета автоматически.

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

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*

1. Неврозы: история понятия.

2. Представления о неврозах в отечественной психиатрической традиции: В.Н.Мясищев, Ю.А.Александровский, Б.Д.Карвасарский и др.

3. Клинико-психологическая характеристика основных невротических синдромов и клинический патоморфоз неврозов

4. Динамика неврозов (невротическая реакция, острый невроз, затяжной невроз, невротическое развитие).

5. Невротический психологический конфликт. Классификация невротических конфликтов с учетом личностных особенностей пациента (В.Н.Мясищев).

6. Классификация неврозов по З.Фрейду. Актуальные неврозы и психоневрозы. Неврозы характера (К.Абрахам, В.Райх) и невротическая личность (К.Хорни).

7. Отечественная и международная (МКБ-10) классификация неврозов

8. Клинические проявления и психологические механизмы тревожно-фобических (F 40) расстройств

9. Клинические проявления и психологические механизмы других тревожных расстройств (F 41) и обссесивно-компульсивных расстройств (F42)

10. Клинические проявления и психологические механизмы диссоциативно-конверсионных расстройств (F44) и неврастении (F48)

11. Клинические проявления и психологические механизмы соматоформных расстройств и ипохондрии (F 45)

12. Клинические проявления и психологические механизмы острых реакций на стресс и расстройств адаптации (F 43)

13. Кризисная психотерапия и психологическое консультирование в кризисе

14. Значение внутрисемейной ситуации и специфики родительско-детских отношений для этиопатогенеза невроза у детей и подростков

15. Классификация и клинические проявления невротических расстройств в детском возрасте.

16. Клинико-психологическая беседа с больным неврозом как метод позитивной диагностики невротического расстройства

17. Психологический (психотерапевтический) диагноз

18. Психоаналитический подход к механизмам формирования неврозов и особенности психоаналитической психотерапии

19. Поведенческий и когнитивный подход к причинам формирования неврозов и особенности когнитивно-поведенческой психотерапии

20. Гуманистический и экзистенциальный взгляды на причины формирования неврозов и особенности гуманистических подходов к психотерапии неврозов.

21. Классификация невротических конфликтов с учетом личностных особенностей пациента (В.Н.Мясищев) и патогенетическая психотерапия неврозов

22. Патопсихологическая диагностика и психотерапии неврозов у детей и подростков.

23. Патопсихологические особенности памяти внимания, мышления и интеллекта у больных невротическими расстройствами в сравнении с другими психическими заболеваниями.

24. Патопсихологические особенности эмоциональной сферы у больных неврозами. Экспериметально-психологические методики.

25. Патопсихологические особенности индивидуально-типологических характеристик и личности больных неврозами. Экспериметально-психологические методики.

26. Экспериментально-психологические методики исследования стресса, преодоления стресса, социальной поддержки

27. Роль проективных методик в диагностике неврозов

28. Дифференциальная диагностика невротических расстройств с соматическим, неврологическими заболеваниями и другими психическими нарушениями

29. Психогигиена и психопрофилактика невротических и соматоформных расстройств

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая  компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное  средство |
| 1 | ОК-№6 Готовность действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения | Знать: теоретические основы, положения и принципы учения о неврозах, задачи и методы практической работы в данной области | Вопросы №: 1,2,3,21,22 |
| Уметь: грамотно и свободно использовать полученные знания при общении с коллегами и пациентами, осуществлять научно-исследовательскую и инновационную деятельность в целях получения нового знания. | Практические задания №: 4,5,6 |
| Владеть: навыками анализа значимости социальной и этической ответственности за принятые решения, подходами к оценке действий в нестандартных ситуациях. | Практические задания №: 4,5,6,7 |
| 2 | ПК-№ 4 Способность обрабатывать и анализировать данные психодиагностического обследования пациента, формировать развернутое структурированное психологическое заключение, информировать пациента (клиента) и медицинский персонал (заказчика услуг) о результатах диагностики и предлагаемых рекомендациях | Знать: Знать способы и принципы обработки и анализа данных психодиагностического обследования пациента с невротическим расстройством | Вопросы №: 6,7,8,9,10,23,24,25 |
| Уметь: использовать теоретические основы, положения и принципы учения о неврозах, формировать развернутое структурированное психологическое заключение | Практические задания №: 1,2,3,4,5,6,7 |
| Владеть: знаниями и навыками обработки и анализа данных психодиагностического обследования пациента с невротическим расстройством, информирования пациента (клиента) и медицинский персонал (заказчика услуг) о результатах диагностики и предлагаемых рекомендациях | Практические задания №: 1,2,3,4,5,6,7 |
| 3 | ПК-№ 7 Готовность и способность осуществлять психологическое консультирование населения в целях психопрофилактики, сохранения и улучшения психического и физического здоровья, формирования здорового образа жизни, а также личностного развития | Знать: теоретические основы психологического консультирования населения | Вопросы №: 11,12,13,14,15,26,27 |
| Уметь: использовать знания психологического консультирования населения в целях психопрофилактики невротических расстройств, сохранения и улучшения психического и физического здоровья, формирования здорового образа жизни, а также личностного развития | Практические задания №: 1,2,3,4,5,6,7 |
| Владеть: навыками осуществления психологического консультирования населения в целях психопрофилактики невротических расстройств, сохранения и улучшения психического и физического здоровья, формирования здорового образа жизни, а также личностного развития | Практические задания №: 1,2,3,4,5,6,7 |
| 4 | ПК-№11Способность организовывать условия трудовой деятельности с учетом индивидуально - личностных возможностей работника с целью снижения риска последствий нервно – психического напряжения, стресса, предупреждения психосоматических заболеваний | Знать: теоретические основы, способы и принципы организации условий трудовой деятельности с учетом индивидуально - личностных возможностей работника | Вопросы №: 15,16,17,18,19,28,29 |
| Уметь применять теоретические знания по организации условий трудовой деятельности с учетом индивидуально - личностных возможностей работника с целью снижения риска последствий нервно – психического напряжения, стресса, предупреждения психосоматических заболеваний | Практические задания №: 1,2,3,4,5,6,7 |
| Владеть: навыками организации условий трудовой деятельности с учетом индивидуально - личностных возможностей работника с целью снижения риска последствий нервно – психического напряжения, стресса, предупреждения психосоматических заболеваний | Практические задания №: 1,2,3,4,5,6,7 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся в рамках изучения дисциплины: ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ НЕВРОЗАХ**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по 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);

- рубежного контроля успеваемости обучающихся по дисциплине (Рк).

По каждому семинару (практическому занятию) предусмотрено от 1 до 3х контрольных точек, за которые обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно.

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.