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**

ПСИХОЛОГИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ И РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

по направлению подготовки (специальности)

37.05.01 «Клиническая психология»

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

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

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

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

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

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в 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-2*** – способен планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое обследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этико-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик;

***ПК-3*** – способность 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;

***ПК-11*** – способен осуществлять психологическую профилактику нарушений поведения и отклонений в развитии лиц с ограниченными возможностями здоровья, детей и обучающихся, испытывающих трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.

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

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Модуль 1. Психология девиантного поведения**

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

* Тестирование *(рубежный контроль)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО МОДУЛЮ «ПСИХОЛОГИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ»:**

1. Податливость человека реальному или воображае­мому давлению группы со склонностью действовать «как все» обозначается как:
2. Пассивная подчиняемость
3. Конформность
4. Подражательность
5. Деиндивидуация
6. Аффилиация
7. Укажите типичные исключительно для подросткового возраста поведенческие реакции:
8. реакции, связанные с половым поведением
9. реакцией эмансипации
10. реакцией увлечения
11. реакции группирования
12. все указанные
13. Четырехфакторная модель сексуально-агрессивного поведения включает в себя все перечисленные факторы, кроме одного:
14. Когнитивный
15. Поведенческий
16. Аффективный
17. Физиологический
18. Связанный с особенностями развития
19. Реакция, выражающаяся настойчивым стремлением подростка высвободиться из-под опеки, контроля, воспитания взрослых, называется:
20. реакцией имитации
21. реакцией гиперкомпенсации
22. реакцией оппозиции
23. реакцией эмансипации
24. реакцией увлечения
25. Укажите типичные исключительно для подросткового возраста поведенческие реакции:
26. реакции, связанные с половым поведением
27. реакцией эмансипации
28. реакцией увлечения
29. реакции группирования
30. все указанные
31. Некритическое принятие человеком чужого неправильного мнения:
32. модальность
33. конформность
34. агрессия
35. альтруизм
36. пластичность
37. Свойство, свидетельствующее о легкости приспособления к внешним воздействиям:
38. интроверсия
39. реактивность
40. ригидность
41. пластичность
42. интропунитивность
43. Совокупность устойчивых индивидуальных особенностей личности складывающаяся и проявляющаяся в деятельности и общении, — это:
44. темперамент
45. способности
46. характер
47. задатки
48. акцентуация
49. Понятие «акцентуации» было введено в психологию...
50. Э. Кречмером
51. К. Леонардом
52. И.К. Лафаниром
53. А.Е. Личко
54. И.П. Павловым
55. Сензитивный период для становления характера
56. 2-7 лет
57. от 2-3 до 9-10 лет
58. от 7 до 10 лет
59. от 3 до 5 лет
60. от 7 до 18 лет
61. Акцентуация характера – это:
    1. это особенность характера человека, формирующаяся в раннем детстве и оказывающая влияние на всю последующую жизнь и поведение человека.
    2. это патология характера, проявляющаяся в подростковом возрасте.
    3. это сформированный в подростковом возрасте способ адаптации к окружающей действительности, основной способ поведения.
    4. это временные характерологические особенности, проявляющиеся у подростков.
    5. все ответы верны
62. Потворствующая гиперпротекция – это:
63. Контроль за поведением и жизнью ребенка как будто осуществляется, но на деле отличается крайним формализмом, присутствует эмоциональная холодность
64. Чрезмерное покровительство, стремление освободить ребенка от малейших трудностей, от скучных и неприятных обязанностей, восхищение мнимыми талантами и преувеличение реальных способностей.
65. Воспитание в «культе болезни». Болезнь дает права ребенку, освобождая от обязанностей, все должны идти навстречу всем его желаниям, ограждать от всех неприятностей, освобождать ото всех посильных обязанностей, прощать поступки и позволять то, что непозволительно другим.
66. Теплое эмоциональное принятие ребенка и высокий уровень контроля с признанием и поощрением развития его автономии
67. Теплое эмоциональное принятие и низкий уровень контроля в форме вседозволенности и всепрощенчества
68. К основным видам неправильного воспитания относятся:
69. Доминирующая гиперпротецкия
70. Гармоничное воспитание
71. Потворствующая гипопротекция
72. Эмоционально отвержение
73. Деформированная семья
74. Специалисты психодинамической ориентации рас­сматривают патологическую склонность к азартным иг­рам как:
75. Компульсивное растормаживание латентных нар-цисстических тенденций
76. Следствие борьбы с сиблингами за внимание ро­дителей
77. Инфантильные фантазии всемогущества и про­тест против не подчиняющейся этим фантазиям реальности
78. Сублимированный Эдипов конфликт
79. Регрессию на анальную фазу психосексуального развития
80. Психодинамически ориентированные специалисты объясняют пироманию как:
81. Манипулирование отношениями с родителями
82. Акт агрессии
83. Средство освобождения от внутреннего напря­жения
84. Символическое наказание других подверганием себя опасности
85. Все сказанное
86. Первичная гендерная идентичность формируется:
87. Во внутриутробный период жизни
88. На 2-м году жизни
89. Между 3 и 5 годами
90. Между 7 и 11 годами
91. Между 13 и 15 годами
92. Важнейший критерий, на основании которого психоактивное средство относят к наркотикам:
93. химическое строение
94. способность вызывать эйфорию
95. способность вызывать зависимость
96. повышение толерантности
97. юридические положения
98. Важнейший признак, отличающий больного алкоголизмом от злоупотребляющего алкоголем:
99. высокая толерантность
100. социальная дезадаптация
101. наличие психической или физической зависимости
102. наличие изменений со стороны внутренних органов
103. низкая активность печеночнойалкогольдегидрогеназы
104. Все следующие симптомы свидетельствуют о возникновении алкоголизма, кроме:
105. снижение толерантности к алкоголю
106. появление амнестических форм опьянения
107. исчезновение рвотного рефлекса
108. нарушение количественного контроля
109. возникновение психической зависимости
110. Основным отправным пунктом при оценке сексуаль­ных проявлений как патологии в традиционной биоло­гической психиатрии являются:
111. Выявленные биологические механизмы
112. Данные популяционной статистики
113. Генетические исследования
114. Моральные нормы, отождествляющие отклоне­ние от них с расстройством
115. Верно «1» и «3»
116. Сексуальное поведение считается нарушенным, если:
117. Рассматривается как неприемлемое традициями или культурой, в которых человек живет
118. Запрещено действующими законами
119. Включает в себя неконвенциональные сексуаль­ные практики
120. Наносит вред другим людям или самому человеку
121. Верно все названное
122. Согласно К. Имелинскому, ведущими критериями клинической оценки сексуальной нормы являются:
123. Этические и юридические нормы
124. Моральные и статистические нормы
125. Анатомические и физиологические нормы
126. Индивидуальные и медико-психологические нормы
127. Партнерские и индивидуальные нормы.
128. Критерием нормы является:
129. состояние полного физического, душевного, и социального благополучия,
130. отсутствие болезни и физических дефектов
131. нормальным считается все то, что характерно для большей части людей
132. нормальным считается такое поведение, которое соответствует требованиям общества.
133. все перечисленное
134. К видам социальных норм относится:
     1. нормы психического здоровья
     2. духовно-нравственные нормы
     3. правовые нормы
     4. морально-эстетические нормы
     5. верно все кроме «1»
135. Отклоняющееся поведение характеризуется следующими особенностями проявления (выберите правильные характеристики):
136. Не соответствует существующим официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе нормам
137. Может являться следствием кризисной ситуации
138. Поведение должно согласовываться с общей направленностью личности
139. Наносит реальный ущерб самой личности или окружающим людям
140. Верно все, кроме «2»
141. Болезненная увлеченность азартными играми называется:
142. фроттеризмом
143. фетишизмом
144. картингом
145. серфингом
146. гэмблингом
147. При изучении причин трихотилломании отмечено, что:
148. У прямых родственников больных представленность облысения достоверно выше, чем в общей популяции
149. У больных обычно нарушены отношения с ро­дителями
150. Началу трихотилломании часто предшествуют со­циальные стрессы
151. Депрессия и злоупотребление психоактивными веществами являются предрасполагающими фак­торами
152. Все сказанное
153. Какое из утверждений верно описывает причину того, почему трудно определить сексуальную ориентацию че­ловека с расстройством половой идентификации:
154. Проблемность половой идентификации приво­дит к растерянности в связи с сексуальной ори­ентацией
155. Большинство людей с расстройством половой идентификации бисексуальны
156. Не ясно, что должно быть «точкой отсчета» — паспортный пол или половая идентичность
157. Трудно установить, что первично — сексуальная ориентация или половая идентичность
158. Все ответы верны
159. Что из перечисленного не характерно для транс­вестизма двойной роли (с сохранением обеих половых ролей):
160. Дискомфорт и неудовлетворенность в связи с граж­данским полом
161. Ношение одежды другого пола без стремления изменить свой пол
162. Удовольствие от ношения одежды другого пола
163. Связь переодевания с сексуальным возбуждением
164. Верно «1» и «3»
165. Фетишистский трансвестизм несовместим с одним из перечисленных качеств:
166. Маскулинность у женщин
167. Гомосексуальность
168. Мужской пол
169. Психопатия
170. Все ответы верны
171. Какое из утверждений о ключевом симптоме парафилий верно:
172. Неодушевленный предмет как объект влечения
173. Нарушение физиологических функций
174. Зависит от объекта влечения
175. Носит преходящий характер
176. Верно «3» и «4»
177. 28-летний пациент часто фантазирует о том, как он гуляет по пляжу и видит приближающуюся к нему жен­щину; неожиданно с него спадают плавки, и женщина, увидев его половой член, в испуге убегает, а он испыты­вает сильнейшее сексуальное возбуждение. Несколько раз ему удалось сделать это на пустынных пляжах, и, по его словам, «все было, как во сне». Ему может быть постав­лен диагноз:
178. Вуайеризм
179. Садо-мазохизм
180. Скатология
181. Эксгибиционизм
182. Фетишизм
183. В эксперименте молодому мужчине предъявляется изображение женщины, на которой не надето ничего, кроме ожерелья. Позже он реагирует сексуальным воз­буждением просто на ожерелье. Это пример:
184. Латентного фетишизма
185. Фетишизма
186. Безусловной реакции
187. Обусловленной реакции
188. Проекции
189. Для женщины имеет значение эротического стимула только мужское колено; это пример:
190. Вуайеризма
191. Парциализма
192. Фетишизма
193. Скопофилии
194. Эксгибиционизма
195. Кто из перечисленных людей чаще выступает в каче­стве средства реализации фроттеристских предпочтений:
196. Сослуживцы
197. Дети
198. Покупатели в больших магазинах
199. Одинокие пожилые женщины
200. Работники медицинских учреждений
201. Нервную анорексию характеризует все перечисленное, кроме:
202. страх ожирения
203. снижение массы тела не менее 15% по сравнению с нормой
204. искажение образа тела
205. блокада процесса глотания
206. верно «1» и «4»
207. Сексуальные дисфункции у мужчин включают следующие расстройства, кроме:
208. импотенция
209. преждевременная эйякуляция
210. гомосексуализм
211. снижение полового влечения
212. аноргазмия
213. Инверсия половой идентификации происходит при:
214. гомосексуализме
215. транссексуализме
216. фетишизме
217. эксгибиционизме
218. вуайеирзме
219. Человек с повышенным чувством справедливости, желающий добиться правды даже в мелочах, не соизмеряющий реально негативные факты и способ борьбы называется:
220. параноиком
221. кверулянтом
222. дипсоманом
223. ипохондриком
224. псевдологом
225. В каком пункте указана форма поведения, использу­емая людьми для привлечения к себе внимания тех, кто для них значим:
226. Расщепление
227. Парасуицид
228. Эксгибиционизм
229. Деиндивидуация
230. Пиромания
231. Среди обследованных Г.С. Васильченко и сотр. здо­ровых взрослых мужчин отрицали мастурбацию в тече­ние всей своей жизни:
232. 5%
233. 11,4%
234. 26,5%
235. 40%
236. 75%
237. Предложенная Г.С. Васильченко классификация мас­турбации включает в себя все формы, кроме одной:
238. Фрустрационная
239. Ранняя допубертатная
240. Юношеская
241. Заместительная
242. Психотическая
243. Пик заболеваемости нервной анорексией приходится на возраст:
244. 12-14 лет
245. 15-16 лет
246. 17-18 лет
247. 19—20 лет
248. 21—24 года
249. Во всех случаях нервной анорексии отмечается:
250. Нарушения отношений с родителями
251. Низкий уровень психосексуального развития и адаптации в сексуальной жизни
252. Задержка физического развития
253. Все сказанное
254. Все, кроме сказанного в п. 3
255. Согласно М.В. Коркиной, для клинической динами­ки нервной анорексии характерны все названные этапы, кроме:
256. Продромальный
257. Дисморфофобический
258. Дисморфоманический
259. Кахектический
260. Редукции симптоматики
261. Для нервной булимии, в отличие от булимической формы нервной анорексии, характерно:
262. Сознание болезни и страдание от нее
263. Менее выраженный дефицит массы тела, если он есть
264. Отсутствие стремления к идеальному образу тела, обусловленному расстройствами его восприятия
265. Отсутствие аменореи
266. Все верно
267. В анамнезе лиц с нервной булимией выявляется:
268. Повышенное питание в преморбидном периоде
269. Предшествующие развитию заболевания стрессо­вые ситуации
270. Аффективные расстройства
271. Аддиктивное поведение
272. Все верно
273. Приступ нервной булимии обычно завершается всем сказанным, кроме:
274. Физическим дискомфортом (вздутие живота, тошнота, боли в эпигастрии)
275. Психическим дискомфортом с подавленностью, чувством вины, недовольства собой
276. Избеганием социальных контактов
277. Вызыванием рвоты
278. Алкоголизацией
279. Для диагностики переедания как нервной булимии необходимо соответствие состояния ряду критериев:
280. Эпизоды компульсивного переедания не реже двух раз в неделю на протяжении, как минимум, трех месяцев
281. Постоянная озабоченность едой и неодолимая тяга к пище
282. Болезненный страх ожирения, недовольство сво­ей полнотой
283. Предотвращение нарастания массы тела
284. Все ответы верны
285. Какое из определений бессонницы лучше отражает содержание этого понятия:
286. Вынужденная депривация сна
287. Нарушения засыпания
288. Длительность естественного сна 6 часов и менее
289. Частые пробуждения ночью
290. Нарушения засыпания и поддержания состояния сна
291. Какое из утверждений о бессоннице верно:
292. Частота увеличивается с возрастом
293. У молодых людей больше выражены трудности засыпания, у пожилых — поддержания сна
294. Жалобы на бессонницу у пожилых людей могут отражать трудности адаптации к уменьшению нормальной продолжительности сна
295. Жалобы на бессонницу вообще отражают откло­нения не от нормы сна, а от его индивидуально привычных стереотипов и длительности
296. Все верно
297. Диагностические критерии неорганической бессон­ницы включают в себя все перечисленное, кроме:
298. Жалобы на нарушения засыпания, поддержания сна и/или его качество
299. Наличие бессонницы не реже трех раз в неделю в течение месяца и более
300. Наличие не менее шести эпизодов бессонницы за последние три месяца
301. Вызываемые бессонницей субъективные страда­ния и затруднения в социальной и профессио­нальной сфере
302. Отсутствие соматических, неврологических и хи­мических (лекарства, психоактивные вещества) причин
303. Люди с бессонницей часто способны заснуть днем в не подходящей для сна ситуации. Такие эпизоды следует отличать от:
304. Сомнолентности, входящей в структуру гиперсомнии
305. Синдрома Пиквика
306. Нарколепсии
307. Переутомления
308. Всего названного
309. По сравнению с неорганической бессонницей, неор­ганическая гиперсомния встречается:
310. Значительно чаще
311. Чаще
312. С той же частотой
313. Реже
314. Значительно реже
315. К диагностическим критериям неорганической гиперсомнии не относится:
316. Не связанные с недостаточностью сна жалобы на сонливость и/или приступы сна днем, раннее засыпание и/или удлиненный переход к бодр­ствованию
317. Нарушения выявляются на протяжении не ме­нее месяца почти ежедневно либо в виде менее продолжительных, но повторяющихся периодов
318. При ночной полиграфии выявляются выпадения REM-фазы
319. Нарушения сна причиняют страдания и отрица­тельно сказываются на социальном и профессиональном функционировании
320. Отсутствуют признаки нарколепсии и апноэ сна, а также соматические, неврологические и хими­ческие причины нарушений сна
321. Критерии, которым должно соответствовать состоя­ние для диагностики неорганического расстройства ре­жима сна-бодрствования:
322. Режим не синхронизирован с желаемым, приня­тым или требуемым
323. В течение, как минимум, месяца или повторно за более короткие промежутки времени возника­ют симптомы бессонницы в период основного сна и гиперсомнии в период бодрствования
324. Субъективная, социальная и профессиональная фрустрированность нарушениями сна
325. Отсутствие соматических и неврологических при­чин, приема психотропных средств
326. Все названное
327. Часто меняющийся тип расстройства сна связан с повто­ряющимися искажениями суточного режима (график ра­боты, смена часовых поясов), толерантность к которым:
328. Зависит от индивидуальной чувствительности
329. Снижается с возрастом
330. Повышается при перемещениях с востока на запад
331. Снижается при употреблении алкоголя
332. Верно все
333. Опережающий или отставленный тип расстройства ритма сна-бодрствования, определяющийся временем засыпания, характеризуется следующим:
334. Опережающий тип чаще встречается в пожилом, а отставленный — в молодом возрасте
335. В возникновении имеет значение индивидуаль­ный тип («жаворонки» и «совы»)
336. При достаточной продолжительности сна пато­логические симптомы не возникают
337. При опережающем типе рабочее/учебное функ­ционирование не страдает
338. Все верно
339. У какого количества детей отмечается по крайней мере один эпизод сомнамбулизма:
340. 5%
341. 10%
342. 15 %
343. 20%
344. 30%
345. Снохождение характеризуется всеми признаками, кроме одного:
346. Обычно наблюдается на последних этапах цикла сна
347. Часто самостоятельно проходит в подростковом или молодом возрасте
348. Наблюдается в связи с теми же периодами цикла сна, что ночные страхи
349. Связано с трудностями пробуждения
350. Полная амнезия эпизодов снохождения
351. Диагностические критерии сомнамбулизма включают в себя все перечисленное, кроме:
352. Не менее двух эпизодов, когда человек во время сна (чаще в первые три часа) совершает автома­тизированные моторные акты, в разной степени напоминающие сложное осмысленное поведение
353. Во время таких эпизодов человека трудно разбу­дить или войти с ним в продуктивный контакт, выражение лица у него чаще всего застывшее и пустое
354. Амнезия случившегося после пробуждения сразу вслед за эпизодом или наутро
355. Эпизод обычно завершается обмачиванием
356. Нарушения психической деятельности по окон­чании эпизода отсутствуют
357. Какое из утверждений о ночных ужасах справедливо:
358. Возникают в те же периоды сна, что и сомнам­булизм
359. Встречаются преимущественно у детей
360. Отмечаются у 1—4 % популяции
361. Встречаются чаще у лиц мужского пола
362. Все верно
363. Наряду с поведенческой картиной в число диагности­ческих критериев ночных ужасов входят:
364. Наличие не менее двух эпизодов
365. Возникновение эпизодов в первой трети ночно­го сна
366. Длительность эпизода не более 10-ти минут
367. Попытки успокоения безуспешны и приводят лишь к дезориентировке и стереотипным дви­жениям
368. Верно все названное
369. Что из перечисленного отличает ночные кошмары от ночных ужасов:
370. Встречаются в разное время жизни
371. Чаще отмечаются у сензитивных и творческих людей
372. Появляются чаще в стрессовые периоды
373. Чаще случаются во второй половине ночи
374. Все сказанное
375. Что из перечисленного не входит в диагностические критерии ночных кошмаров:
376. Пробуждения от кошмарных сновидений (чаще всего с угрозой своей жизни, безопасности или ценности) ночью или во время дневного сна с детальной и яркой памятью о содержании сно­видений
377. Сохранение дезориентировки в течение 20—40 минут
378. Быстрое установление состояния ясного бодрствования
379. Эпизоды причиняют отчетливое субъективное страдание
380. Эпизоды невозможно объяснить соматическими и неврологическими расстройствами или при­емом психоактивных веществ
381. Все приведенные утверждения о ночной эрекции вер­ны, кроме одного:
382. Ее наличие позволяет дифференцировать органи­ческую и психогенную импотенцию
383. Может отсутствовать при депрессии
384. Свидетельствует о биологическом происхождении расстройств эрекции
385. Совпадает по времени с фазой быстрых движе­ний глаз
386. Отмечается, начиная с младенческого возраста
387. Классификация фригидности, по А.М. Свядощу, вы­деляет пять форм фригидности, в число которых не входит:
388. Ретардационная
389. Симптоматическая
390. Психогенная
391. Психотическая
392. Конституциональная
393. Чтобы склонность к азартным играм была признана патологической, необходимо наличие всех перечислен­ных признаков, кроме:
394. Не менее двух эпизодов игры на протяжении года
395. Возвращение к игре, несмотря на отсутствие ма­териальных выгод, связанные с игрой явления социальной и профессиональной дизадаптации, субъективные страдания
396. Компульсивный характер игры
397. Постоянная фиксация интересов на игре и всем с ней связанным
398. В промежутках между эпизодами игры она не пред­ставляет собой интереса или даже отталкивает
399. Среди лиц с пироманией преобладают:
400. Мужчины
401. Лица со сниженным интеллектом
402. Злоупотребляющие алкоголем
403. Лица с сексуальными дисфункциями
404. Все названное верно
405. Для женщин с пироманией характерны:
406. Энурез в детстве
407. Не сопровождающийся сексуальным удовлетво­рением промискуитет
408. Стереотипное мелкое воровство
409. Жестокое обращение с животными
410. Верно указанное в пп. «2» и «3»
411. Чтобы эпизоды воровства обоснованно считать клеп­томанией, они должны соответствовать двум из приве­денных критериям:
412. Не менее двух эпизодов без мотива обогатиться или кому-то помочь
413. Не менее трех эпизодов воровства за последние полгода
414. Интенсивность побуждения с чувством внутрен­него напряжения и облегчением после соверше­ния кражи
415. Кража чем-то понравившихся или считающихся престижными вещей
416. Верно указанное в пп. «1» и «3»
417. У лиц с клептоманией часто встречается:
418. Органические мозговые нарушения
419. Снижение интеллекта
420. Неврозы
421. Нервная анорексия
422. Все сказанное
423. Трихотилломания встречается в основном:
424. В детском и молодом возрасте
425. У мальчиков-подростков
426. В возрасте 22-30-ти лет
427. У женщин в период климакса
428. В пубертатный период
429. Примерно в каждом четвертом случае трихотиллома­нии сопутствует:
430. Онихофагия
431. Трихофагия
432. Расцарапывание, расковыривание кожи
433. Верно все названное
434. Верно названное в пп. «1» и «2»
435. Трихотилломания, относимая в МКБ-10 к расстрой­ствам привычек и влечений в рамках расстройств лично­сти и поведения, раньше, в частности — отечественными авторами — рассматривалась как проявление:
436. Детской шизофрении
437. Нарушений влечений у олигофренов
438. Невроза навязчивых состояний
439. Парциальной эпилепсии
440. Минимальной мозговой дисфункции
441. К числу диагностических критериев пиромании не относится:
442. Совершение не менее двух немотивированных поджогов
443. Интенсивность побуждения к поджогу с чувством

внутреннего напряжения и разрядкой его после поджога

1. Постоянная фиксация на мыслях о поджоге и представлениях о вызванном им пожаре
2. Оправдание совершенного поджога идеологичес­кими мотивами, местью и т. д.
3. Верно «2» и «3»
4. Что из перечисленного не является диагностичес­ким критерием транссексуализма:
5. Желание принадлежать к другому полу и быть принятым другими людьми в таком качестве, как правило, в сочетании со стремлением к измене­нию своего анатомического пола
6. Устойчивое сохранение транссексуальной иден­тичности в течение не менее двух лет
7. Наличие опыта сексуальной жизни в роли представителя желаемого пола в течение не менее года
8. Отсутствие хромосомных нарушений и психичес­ких заболеваний, являющихся причиной состояния
9. Верно «2» и «4»
10. Диагностика расстройств половой идентификации у детей существенно затруднена тем, что:
11. В играх дети экспериментируют с тендерными сте­реотипами своего и противоположного пола
12. Прогностическое значение даже явных рас­стройств у детей для дальнейшей жизни совер­шенно не ясно
13. То, что называют расстройствами половой иден­тификации, на самом деле в подавляющем большинстве случаев является лишь легко испра­вимыми артефактами воспитания
14. Гендерные характеристики вообще, а у детей — особенно, слишком зависят от культуры, чтобы можно было говорить о нарушениях
15. Все ответы верны
16. Какое из утверждений наиболее корректно по отно­шению к ребенку до 5-6-ти лет, периодически выска­зывающему желание быть человеком другого пола:
17. Страдает расстройством половой идентификации
18. Это раннее проявление парафилии
19. Это не обязательно признак нарушений
20. Необходимо стационирование для исключения диагноза шизофрении
21. Верно «3» и «4»
22. Существует достаточно распространенное мнение, что за некоторыми исключениями большинство людей с па­рафилиями — мужчины, подтверждаемое тем, что среди больных преобладают мужчины (2:1), и фетишизм встре­чается только у них. Какое из утверждений служит прав­доподобным объяснением такой уверенности:
23. Сохраняющийся в маскулинно-ориентированных культурах сексизм отводит активную сексуаль­ную роль мужчинам и не предполагает для женщин

права выбора индивидуально предпочтительно­го сексуального поведения

1. Мужское поведение вообще подвержено значи­тельно большим ограничениям, чем женское
2. Традиционные стереотипы женского поведения не предполагают откровенности женщин в таких вопросах
3. На фоне эмоционально-экспрессивного феми­нинного стиля жизнедеятельности и женских семейно-социальных ролей многие парафильные переживания и тенденции часто не осознаются самими женщинами и не расцениваются так другими
4. Все сказанное
5. По мнению биологов, склонность к эксгибициониз­му может быть следствием:
6. Утраты центрального контроля над сексуальными ингибиторами
7. Гипоталамических дисфункций
8. Культурального акцентирования биологически обусловленной мужской доминантности
9. Дистопии сексуальных центров головного мозга
10. Дисфункции щитовидной железы
11. Жертвами сексуальных посягательств хотя бы раз в жизни оказываются среди детей и подростков:
    1. 10-15%
    2. 15-25 %
    3. 25-35 %
    4. 35-45 %
    5. 50-75%
12. Для истерической психопатии характерны:
13. склонность к фантазированию
14. эгоцентризм
15. театральность
16. псевдология
17. все выше перечисленное
18. Биологическая терапия педофилии предполагает ис­пользование одного из перечисленных гормонов:
19. Соматотропного
20. Инсулина
21. Прогестерона
22. Тестостерона
23. Пролактина
24. Повышенная подозрительность в сочетании со склонностью к образованию сверхценных идей входит в структуру:
25. истерических расстройств личности
26. шизоидных расстройств личности
27. психастенических расстройств личности
28. паранойяльных расстройств личности
29. эпилептоидных расстройств личности
30. Для какого типа психопатии характерны приступы гнева, агрессии:
31. истерическая психопатия
32. паранойяльная психопатия
33. шизоидная психопатия
34. психастения
35. возбудимая психопатия
36. Для какого типа психопатии (или акцентуации) характерны замкнутость, отгороженность, отсутствие потребности в общении, противоречивость и дискордантность эмоциональных реакций:
37. истерическая психопатия
38. паранойяльная психопатия
39. шизоидная психопатия
40. психастения
41. возбудимая психопатия
42. Для какого типа психопатии (или акцентуации) характерны тревожность, мнительность, неспособность:
43. самостоятельно принять решение.
44. истерическая психопатия
45. паранойяльная психопатия
46. шизоидная психопатия
47. психастения
48. Укажите, для какой из перечисленных психопатий характерны подозрительность, недоверчивость, высокая стеничность:
49. истерическая психопатия
50. паранойяльная психопатия
51. шизоидная психопатия
52. психастения
53. возбудимая психопатия
54. То, что в прежних классификациях МКБ-10 определялось, как «психопатии», в классификации мкб-10 обозначается, как:
55. невротические состояния
56. расстройства личности у взрослых
57. расстройства психологического развития
58. психические и поведенческие расстройства, начинающиеся в детском или подростковом возрасте
59. расстройства адаптации
60. То, что в классификации МКБ-10 называется «расстройствами сексуального предпочтения» ранее называли:
61. половыми (сексуальными) извращениями
62. сексуальными перверзиями
63. половыми психопатиями
64. все названное
65. верно «1» и «3»
66. Реакция, выражающаяся настойчивым стремлении подростка добиться успеха в той области, в которой он слаб, называется:
67. реакцией компенсации
68. реакцией гиперкомпенсации
69. реакцией оппозиции
70. реакцией эмансипации
71. реакцией достижения
72. Что из перечисленного ниже неверно в отношении разового употребления малых доз стимуляторов:
73. Усиление желания
74. Задержка эйякуляции
75. Проблемы с эрекцией
76. Верно «1» и «2»
77. Верно «3» и «4»
78. Что из перечисленного ниже неверно в отношении разового употребления больших доз стимуляторов:
79. Усиление желания
80. Ослабление желания
81. Задержка или блокирование эйякуляции
82. Проблемы с эрекцией
83. Верно «1» и «2»
84. Что из перечисленного ниже неверно в отношении длительного употребления стимуляторов:
85. Интенсивность влечения резко повышается
86. Интенсивность влечения зависит от дозы
87. Проблемы с эрекцией
88. Проблемы с эйякуляцией
89. Верно «2» и «3»
90. Гомофилия — это:
91. То же, что гомосоциальность
92. То же, что гомология
93. То же, что гомосексуальность
94. Все верно
95. Все неверно
96. Что из перечисленного ниже неверно в отношении разового употребления алкоголя в малых дозах:
97. Усиление желания
98. Торможение эйякуляции
99. Ускорение эйякуляции
100. Уменьшение набухания члена
101. Верно «1» и «3»
102. Что из перечисленного ниже неверно в отношении разового употребления алкоголя в больших дозах:
103. Усиление эрекции
104. Проблемы с эрекцией
105. Задержка эйякуляции
106. Ослабление интенсивности оргазма
107. Верно «2» и «4»
108. Что из перечисленного ниже неверно в отношении длительного употребления алкоголя:
109. Ослабление влечения
110. Чрезмерное усиление влечения
111. Проблемы с эрекцией
112. Проблемы с эйякуляцией
113. Верно «3» и «4»
114. Что из перечисленного ниже неверно в отношении разового употребления больших доз опиатов:
115. Фармакогенный оргазм
116. Проблемы с эрекцией
117. Приапизм
118. Проблемы с эйякуляцией
119. Верно «1» и «3»
120. Что из перечисленного ниже неверно в отношении длительного употребления опиатов:
121. Гипертрофия влечения
122. Ослабление влечения
123. Проблемы с эрекцией
124. Проблемы с эйякуляцией
125. Верно «2» и «3»
126. Что из перечисленного ниже неверно в отношении разового употребления малых доз психоделических веществ:
127. Усиление генитальной реактивности
128. Повышение чувства интимности
129. Ослабление эрекции
130. Задержка эйякуляции
131. Верно «2» и «4»
132. Что из перечисленного ниже неверно в отношении разового употребления марихуаны в малых дозах:
133. Ослабляет желание
134. Усиливает желание
135. Повышает чувственность
136. Задерживает эйякуляцию
137. Верно «2» и «3»
138. Что из перечисленного ниже неверно в отношении разового употребления марихуаны в больших дозах:
139. Ослабление желания
140. Усиление желания
141. Проблемы с эрекцией
142. Аноргазмия
143. Верно «1» и «4»
144. На формирование отклоняющегося поведения могут оказывать влияние следующие внешние физические условия:
     * + 1. Шум
         2. Давка
         3. Теснота
         4. Ближайшее социальное окружение
         5. Верно все, кроме «4»
145. Первым этапом формирования зависимого поведения является:
146. Полинаркотизм
147. Случайная проба
148. Эпизодическое употребление
149. Психическая зависимость
150. Химическая зависимость
151. Чем характеризуется третий этап формирования зависимого поведения:
152. Полинаркотизм
153. Случайная проба
154. Эпизодическое употребление
155. Психическая зависимость
156. Химическая зависимость
157. Отметьте факторы склонности к аддиктивному поведению:
158. Экономическая и политическая обстановка
159. Субкультура референтной или формальной группы
160. Воспитание и отношения в семье
161. Особенности, связанные с полом
162. Верно все, кроме «4»
163. Стереотипы современной западной культуры опреде­ляют, особенно — для женщин, телесные стандарты, требующие достаточно рестриктивного отношения к еде., для того, чтобы ограничения питания были признаны патологическими и диагностированы как нервная анорексия, состояние должно удовлетворять ряду критери­ев, в число которых не входит:
164. Дефицит массы тела, превышающий 15 % от нор­мальной или ожидаемой для возраста и величи­ны тела
165. Дефицит массы тела более 30 % от средней для людей того же пола и возраста в данной культуре
166. Снижение массы тела происходит по инициати­ве самого человека, стремящегося контролиро­вать ее
167. Страх чрезмерной полноты, восприятие себя как слишком или безобразно полных, чрезмерное за­нижение идеальной массы тела при ее количе­ственной неопределенности
168. Системные эндокринные (гипоталамо-гипофи-зарно-половые) нарушения, приводящие к аме­норее у женщин и снижению сексуальных интересов и потенции у мужчин
169. Булимическую форму нервной анорексии от аскети­ческой (рестриктивной) отличает:
170. Периодические (обычно тайные и ночью, когда никто не видит) пищевые эксцессы с последу­ющим вызыванием рвоты
171. Экстравертированность
172. Низкий контроль импульсов
173. Более выраженные тенденции к наркотическому и суицидному поведению, промискуитету
174. Все сказанное
175. Какой из симптомов не входит в структуру предмен­струального синдрома:
176. Тревога
177. Возбудимость
178. Эйфория
179. Напряжение
180. Подавленность
181. Что из перечисленного характеризуется расхожде­нием между анатомическим полом и гендерной идентич­ностью:
182. Гомосексуальность
183. Бисексуальность
184. Эго-дистоническая сексуальная ориентация
185. Расстройства половой идентификации
186. Фетишизм
187. Возраст, в котором при транссексуальности пас­портный пол становится источником стрессовых переживаний:
188. 2 года
189. 4-5 лет
190. 6—10 лет
191. 11—15 лет
192. 16-18 лет
193. В основе транссексуализма, скорее всего, лежат:
194. Ранние средовые влияния
195. Латентная психопатология
196. Пренатальные нарушения половой дифференцировки мозга
197. Прижизненно возникающие гормональные рас­стройства
198. Неудачи при вступлении в половую жизнь
199. Трансвестизм двойной роли в отличие от транссек­суализма характеризуется:
200. Ношением одежды противоположного пола для того, чтобы на время чувствовать свою принад­лежность к этому полу
201. Тем, что переодевание не преследует цели сексу­ального возбуждения
202. Отсутствием желания изменить свой пол навсегда
203. Наличием желания изменить свой пол навсегда
204. Всем сказанным, кроме п. «4»
205. Молодая женщина, недавно вышедшая замуж, обра­тилась за консультацией по поводу своего мужа. Ей непо­нятны его любовь к порножурналам и порнофильмам, настояния на ее раздевании перед ним («стриптиз какой-то») и «любви при свете». Его поведение является:
206. Фетишизмом
207. Садизмом
208. Вуайеризмом
209. Индивидуальной нормой
210. Расстройством половой идентификации

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1. Психология девиантного поведения**

**Тема 1.** Личность в психологии мотивации

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

* Устный опрос
* Терминологический диктант

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:**

1. Наука этология
2. Определение поведения
3. Уровни поведения;
4. Психология нормального (нормативного, «стандартного») поведения
5. Поведенческая активность
6. Контроль личности за поведением индивидуума
7. Локус контроля
8. Характеристика и черты нормального поведения
9. Личностные уровни мотивации поведения
10. Личностная мотивационная типология
11. Поведенческие черты зрелой личности
12. Социальная мотивация личности
13. Организация поведения

**ЗАДАНИЕ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОМУ ДИКТАНТУ:**

*На основании учебного пособия по дисциплине составьте словарь базовых понятий по теме:*

**Поведение** – …

**Этология** – …

**Черты или общие характеристики поведения:** …

**Проявлением зрелой личности является**– …

**Свойствами зрелой личности являются**– …

**Инфантильно-гедонический уровень мотивации поведения** – …

**Эгоистический уровень мотивации поведения** – …

**Псевдоальтруистический уровень мотивации поведения**– …

**Общественный уровень мотивации поведения** – …

**Тема 2.** Поведенческий профиль

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

* Устный опрос
* Терминологический диктант

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:**

1. Определение поведения человека.
2. Классификация видов поведения людей.
3. Определение отклоняющегося поведения.
4. Социальные мотивы личности.
5. Социальное научение личности и поведенческий анализ, поведенческий профиль.
6. Трёхсистемная мотивация поведения по З.Фрейду.
7. Личность и бихевиориальная психология.
8. Проблема поведения и деятельности в отечественной психологии.
9. Теория классического обусловливания поведения.
10. Теория оперантногообусловливания поведения.
11. Социальное научение личности.
12. Поведенческий анализ.
13. Поведенческий профиль.

**ЗАДАНИЕ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОМУ ДИКТАНТУ:**

*На основании учебного пособия по дисциплине составьте словарь базовых понятий по теме:*

**Классификация потребностей по Мюррею включает следующие виды:** …

**Базисная потребность по А.В. Петровскому– потребность в персонализации (стремление быть личностью)** представлена в …

**Базовые потребности по Абрахаму Маслоу**– …

**Метапотребности по Абрахаму Маслоу**– …

**Локус контроля** – …

**Схема поведенческого анализа:** …

**Тема 3.** Основные варианты человеческого поведения

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

* Устный опрос
* Терминологический диктант

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:**

1. Определение поведения человека.
2. Классификация видов поведения людей.
3. Определение отклоняющегося поведения.
4. Социальные мотивы личности.
5. Социальное научение личности и поведенческий анализ, поведенческий профиль.
6. Трёхсистемная мотивация поведения по З.Фрейду.
7. Личность и бихевиориальная психология.
8. Критерии нормального поведения.
9. Уровни поведения.
10. Черты (характеристики) нормального поведения.
11. Мотивы нормального поведения.
12. Типы нормальной поведенческой активности.
13. Роль локуса контроля поведения.

**ЗАДАНИЕ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОМУ ДИКТАНТУ:**

*На основании учебного пособия по дисциплине составьте словарь базовых понятий по теме:*

**Нормативное стандартное поведение** –…

**Маргинальное поведение в границах «нормы»** – …

**Нестандартное поведение в границах «нормы»** – …

**Патологическое поведение** – …

**Тема 4.** Признаки девиантного поведения

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

* Устный опрос
* Терминологический диктант

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:**

1. Критерии нормального поведения.
2. Уровни поведения.
3. Черты (характеристики) нормального поведения.
4. Мотивы нормального поведения.
5. Типы нормальной поведенческой активности.
6. Роль локуса контроля поведения.
7. Психология социальной адаптации.
8. Психология социальнойдезадаптации.
9. Правовые признаки девиации поведения.
10. Нравственные признаки девиации поведения.
11. Эстетические признаки девиации поведения.
12. Гомеостатические признаки девиации поведения.
13. Гедонические признаки девиации поведения.
14. Прагматические признаки девиации поведения.

**ЗАДАНИЕ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОМУ ДИКТАНТУ:**

*На основании учебного пособия по дисциплине составьте словарь базовых понятий по теме:*

**Социальная дезадаптация**– …

**Анимический тип социальнойдезадаптации**– …

**Аномический тип социальнойдезадаптации**– …

**Диссоциальный вариант социальнойдезадаптации**– …

**Магифренический тип социальнойдезадаптации**– …

**Аддиктонаправленный тип социальнойдезадаптации**– …

**Социальнаядезадаптация в форме зависимости личности**– …

**Девиантное (отклоняющееся) поведение**– …

**Девиант**– …

**Наиболее распространенные виды девиантного поведения (перечислить):** …

**Нарконаправленное поведение**– …

**Диссоциальное поведение**– …

**Гедоническое поведение**– …

**Тема 5.** Формы и структура девиантного поведения

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

* Устный опрос
* Представление презентации

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:**

1. Подходы к оценке поведенческой нормы, девиаций и патологии: социальный, этнокультуральный, возрастной, гендерный, профессиональный (юридический, психиатрический, психологический).
2. Структура девиантного поведения (эгоистические, альтруистические, осознаваемые – неосознаваемые, экспансивные – не экспансивные).
3. Формы и виды девиаций поведения.
4. Социальная дезадаптация.
5. Поведение асоциальное, аддиктивное, аутодеструктивное.
6. Отклоняющееся пищевое поведение.
7. Отклоняющееся сексуальное поведение.
8. Сверхценные психологические увлечения.
9. Сверхценные психопатологические увлечения.
10. Коммуникативные девиации.
11. Общая характеристика девиаций.

**ПРИМЕРНЫЕ ТЕМЫ ДЛЯ ПРЕЗЕНТАЦИЙ:**

1. Агрессивное поведение.
2. Делинквентное (противоправное) поведение.
3. Аддиктивное (зависимое) поведение.
4. Суицидальное поведение.
5. Групповые девиации.

Данный список тем носит **ориентировочный характер.**При желании студент может подготовить презентации **по любой форме отклоняющегося поведения,** предварительно **согласовав тему с преподавателем.**

Методические указания по подготовке презентации представлены в *Методических указаниях по самостоятельной работе обучающихся по данной дисциплине.*

**Тема 6.** Формы и структура девиантного поведения (продолжение)

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

* Проверка практических навыков*(КСР)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ:**

Проведите беседу с пациентом на базе ГАУЗ ООКНД. Найдите какую-либо форму нежелательного поведения в его личном опыте. Проведите его анализ по приведенной схеме. Оформите карту-схему анализа отклоняющегося поведения.

(!) Пояснения, выделенные желтым цветом, в карту анализа поведения включать не нужно.

**Карта-схема анализа отклоняющегося поведения[[1]](#footnote-1)**

**1. Индивидуально-типологическая ранимость:**

1. сенситивность (повышенная чувствительность к любому внешнему воздействию);
2. эмоциональность (яркость переживаний) и эмоциональная лабильность (резкие перепады настроения);
3. пониженный фон настроения;
4. импульсивность (склонность к быстрой, необдуманной, неконтролируемой реакции);
5. низкая адаптивность (неспособность быстро и эффективно изменять свое поведение в ответ на изменения ситуации);
6. склонность к быстрому формированию стойких поведенческих стереотипов (привычки либо очень стойкие, либо чрезмерно быстро формируются);
7. ригидность - склонность к «застреванию» на какой-либо активности (мыслях, чувствах, действиях);
8. склонность к соматизации (телесному реагированию на неблагоприятные факторы, например телесным напряжением, аллергией, соматическими заболеваниями).

*Данные особенности можно считать врожденными. Они сохраняются на протяжении всей жизни личности. Если у одного человека присутствуют несколько таких особенностей, целесообразно говорить о типологической предрасположенности к девиантному поведению. (Этому уровню предшествуют - генетический и физиологический.Для их анализа не достаточно простого наблюдения, но необходимы специальные методы диагностики.)*

**2. Нарушения саморегуляции личности:**

1. преобладание негативных эмоциональных состояний (тревоги, бессилия, отчаяния, боли, вины, агрессии, депрессии) и внутренних конфликтов;
2. алекситимия - слабая речевая регуляция (непонимание своих переживаний и неумение формулировать их в словах, склонность отыгрывать аффекты в действиях, слабое развитие рефлексии);
3. несформированностьассертивного поведения (неспособность открыто выражать свои чувства; неумение отстаивать свои интересы);
4. непродуктивные способы совладания со стрессом (уход, изоляция, отрицание, проекция);
5. дефицит целеполагания (неумение ставить цели, планировать, настойчиво реализовывать план);
6. ложная самоидентичность и заниженная самооценка;
7. отклонение индивидуальных ценностей от социальных норм и правил (девиантные ценности);
8. отсутствие или утрата смысла жизни.

*Перечисленные особенности саморегуляции формируются в течение жизни. Сочетание нескольких проблем определяет психологическую предрасположенность к отклоняющемуся поведению.*

**3. Ресурсы личности (ее жизненно важные качества и компенсаторные возможности):**

1. духовность;
2. здоровье и ценности здорового образа жизни;
3. внешняя привлекательность;
4. общительность, способность к сотрудничеству;
5. активность;
6. интеллект, специальные способности;
7. целеустремленность и честолюбие;
8. высшие чувства (совесть, ответственность, чувство долга, сострадание, вера);
9. творчество, хобби;
10. профессиональная квалификация, дело (работа, учеба);
11. достижения;
12. любовь, дружба, значимые личные отношения;
13. жизненный опыт.

*Наличие перечисленных ресурсов у конкретной личности означает реальную возможность компенсации личностных или жизненных проблем. Они обеспечивают толерантность (устойчивость) личности к отклоняющемуся поведению. Также они определяют способность личности бороться со своей склонностью к зависимости. Их отсутствие или слабая выраженность означают дефицит внутренних ресурсов и слабую способность бороться с девиацией, незащищенность перед ней.*

**4. Дефицит социально-поддерживающих систем:**

1. отсутствие родительской семьи;
2. неполная семья (отсутствие отца);
3. зависимая семья;
4. девиантная семья;
5. низкий социальный статус семьи;
6. семья, переживающая кризис (развод, финансовый кризис, переезд, смерть члена семьи, серьезное заболевание члена семьи);
7. социальная изоляция;
8. отсутствие поддерживающей группы сверстников;
9. низкий личный статус в референтной социальной группе (рабочем коллективе, учебной группе);
10. отсутствие близких друзей;
11. отсутствие сексуального партнера;
12. общественная незанятость;
13. проблемная компания;
14. проблемные друзья (в том числе с отклоняющимся поведением).

**5. Социально-психологические условия, запускающие и поддерживающие отклоняющееся поведение:**

1. состояние социально-психологической дезадаптации;
2. состояние фрустрации жизненно важных потребностей;
3. научение в референтной группе (на дискотеке, в школе);
4. провокация или давление со стороны.

**6. Особенности отклоняющегося поведения (ОП):**

1. ситуация, в которой впервые имело место ОП;
2. ситуации, в которых ОП проявляется в настоящее время;
3. степень выраженности поведения (способ, частота, обстоятельства, индивидуальный ритм);
4. состояние во время самого ОП (например, во время опьянения или игры);
5. что обычно предшествует ОП (запускающие механизмы);
6. последующие события (состояние, мысли, действия);
7. реакция окружающих; что исключает данное поведение (благодаря чему его не бывает).

**7. Заключение.**

1. форма и степень выраженности ОП;
2. степень социальной дезадаптации; отношение к ОП самой личности;
3. поддерживающие внешние условия (подкрепляющие стимулы);
4. поддерживающие внутренние условия (индивидуально-личностная предрасположенность и психологическая выгода);
5. ингибиторы (препятствующие условия);
6. ресурсы личности;
7. возможные пути преодоления (стратегия изменения);
8. формы и методы социально-психологической помощи.

**Тема 7.** Профилактика и психокоррекция отклоняющегося поведения

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

* Устный опрос
* Представление презентации

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:**

1. Психологические и педагогические основы предупреждения отклоняющегося формирования мотивационно-потребностной сферы личности, её социальной дезадаптации.
2. Профилактика и психокоррекция при отдельных формах и видах отклоняющегося поведения.
3. Психология совладающего поведения.
4. Психология полноценного социального функционирования.
5. Психология общения и межличностных отношений.
6. Психология труда и учёбы.
7. Психология здорового образ жизни.
8. Психология зрелой личности.
9. Психокоррекция при отклоняющемся поведении.

**ПРИМЕРНЫЕ ТЕМЫ ДЛЯ ПРЕЗЕНТАЦИЙ:**

1. Диагностика девиантности и девиантного поведения.
2. Профилактика девиантного поведения
3. Психологическая коррекция девиантного поведения.

Данный список тем носит **ориентировочный характер.** Студент формулирует тему презентации **самостоятельно,** руководствуясь собственными интересами, однако **в рамках заданных тематических направлений.**

Например, в рамках примерной темы «Профилактика девиантного поведения» студент может провести краткий обзор различных подходов к профилактике отклоняющегося поведения, либо подробно рассмотреть только одну из программ профилактики девиаций, либо сосредоточиться на подходах к профилактике конкретного вида отклоняющегося поведения и т.д. То же относится к темам «Диагностика девиантности и девиантного поведения» и «Психологическая коррекция девиантного поведения».

Перед тем, как приступить к работе, **студент должен согласовать выбор темы с преподавателем (!)**

Методические указания по подготовке презентации представлены в *Методических указаниях по самостоятельной работе обучающихся по данной дисциплине.*

**Модуль 2. Расстройства личности**

**Тема 1.** Критерии личностной нормы и патологии. Классификация расстройств личности

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

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**банк тестовых заданий по модулю 1. Проблема личностной нормы и патологии.**

1. КТО ИЗ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ УТВЕРЖДАЛ, ЧТО ЛЮДИ С ТРЕ­ВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ «ОТВОРАЧИВАЮТСЯ ОТ ДРУГИХ»:
2. К. Роджерс
3. 3. Фрейд
4. К. Хорни
5. А. Адлер
6. А. Маслоу
7. ОЖИДАНИЕ ИЗБЕГАЮЩЕЙ ЛИЧНОСТЬЮ ОТВЕРГАНИЯ И КРИ­ТИКИ СО СТОРОНЫ ДРУГИХ ЯВЛЯЕТСЯ ЦЕНТРАЛЬНЫМ В ПРЕД­СТАВЛЕНИИ К. ХОРНИ ОБ:
8. Обращении
9. Уходе
10. Аномалиях личностной атрибуции
11. Особенностях реального Я
12. Структуре внутриличностного конфликта
13. ДЛЯ КАКОГО ПОДХОДА К ПОНИМАНИЮ ИЗБЕГАЮЩЕГО РАС­СТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО ПРЕДСТАВЛЕНИЕ, ЧТО ДИС­ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ И ВЕРОВАНИЯ КОРЕНЯТСЯ В КРАЙНЕЙ КРИТИЧНОСТИ СО СТОРОНЫ РОДИТЕЛЕЙ НА РАННИХ ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ:
14. Психодинамического
15. Гуманистического
16. Когнитивно-поведенческого
17. Трансперсонального
18. Гештальт-подхода
19. СОГЛАСНО ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ, НА КАКОЙ СТА­ДИИ РАЗВИТИЯ ЗАФИКСИРОВАНЫ ЛЮДИ С ЗАВИСИМЫМ РАС­СТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ:
20. Оральная
21. Анальная
22. Фаллическая
23. Генитальная
24. Латентная
25. СОГЛАСНО ТЕОРИИ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ, КАКОЙ ТИП ПРИВЯЗАННОСТИ СВОЙСТВЕНЕН ЛЮДЯМ С ЗАВИСИМЫМ РАССТРОЙ­СТВОМ ЛИЧНОСТИ:
26. Безопасный
27. Небезопасный
28. Заземленный
29. Аффективный
30. Неадаптивный
31. СВЕРХПРОЩАЮЩЕЕ ИЛИ ОТВЕРГАЮЩЕЕ ОТНОШЕНИЕ РОДИ­ТЕЛЕЙ К РЕБЕНКУ НА ОРАЛЬНОЙ ФАЗЕ РАЗВИТИЯ ПРЕДРАСПОЛА­ГАЕТ К РАССТРОЙСТВУ ЛИЧНОСТИ КАКОГО ТИПА:
32. Зависимое
33. Избегающее
34. Нарцисстическое
35. Шизоидное
36. Диссоциальное
37. АНАНКАСТНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ СВЯЗАНО С А-ФИКСАЦИЕЙ ПОДОБНО ТОМУ, КАК ЗАВИСИМОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧ­НОСТИ — С Б-ФИКСАЦИЕЙ (В КАКОМ ПУНКТЕ СОДЕРЖАНИЕ А И Б ПРЕДСТАВЛЕНЫ ВЕРНО):
38. Генитальной — фаллической
39. Анальной — оральной
40. Оральной — анальной
41. Латентной — фаллической
42. Генитальной – анальной
43. НА КАКОЙ ИЗ ТЕОРИЙ ОСНОВАНО ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ТОМ, ЧТО ЛЮДИ С ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ ВЕДУТ СЕБЯ В СООТВЕТСТВИИ С НЕРЕАЛИСТИЧЕСКИМИ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМИ О СОВЕРШЕНСТВЕ:
44. Гуманистической
45. Психоаналитической
46. Когнитивно-поведенческой
47. Биологической
48. Экзистенциальной
49. В РАМКАХ КАКОГО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПРЕДСТАВ­ЛЕНИЕ О ТОМ, ЧТО САМООПИСАНИЕ ТИПА «Я НЕАДЕКВАТНА И НЕ МОГУ УПРАВЛЯТЬ СОБСТВЕННОЙ ЖИЗНЬЮ» ПРИВОДИТ ЖЕНЩИ­НУ С ИСТЕРИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ К КОНЦЕНТ­РАЦИИ ВНИМАНИЯ НА СЕБЕ И ПОИСКУ ОДОБРЕНИЯ ЧЕРЕЗ ПРЕДЪЯВЛЕНИЕ ГИПЕРФЕМИНИННЫХ ПАТТЕРНОВ ПОВЕДЕНИЯ:
50. Психоаналитическое
51. Гуманистическое
52. Когнитивно-поведенческое
53. Гештальт-психологическое
54. Экзистенциальное
55. КАКОЕ ИЗ ПРИВОДИМЫХ ОПИСАНИЙ ЛИЧНОСТНОЙ ИСТОРИИ БУДЕТ ПРИЗНАНО ПСИХОАНАЛИТИКОМ КАК НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИ­МОЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАРЦИССТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧ­НОСТИ:
56. Случаи в жизни, когда Сверх-Я подавлялось Оно
57. Неудачи родителей в распознавании и позитив­ном подкреплении достижений ребенка ранне­го возраста
58. В детстве родители регулярно поощряли желательное поведение ребенка
59. Наличие в подростковом возрасте навязчивых мыслей о собственной значимости
60. Воспитание по типу потворствующейгиперопеки
61. СОГЛАСНО ПСИХОАНАЛИЗУ, НЕУДАЧИ РОДИТЕЛЕЙ В ОБЕСПЕ­ЧЕНИИ ПОДКРЕПЛЕНИЯ И ПОЗИТИВНЫХ РЕАКЦИЙ НА ДОСТИЖЕ­НИЯ РЕБЕНКА МОГУТ ВЕСТИ К РАЗВИТИЮ КАКОГО ТИПА РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ:
62. Истерическое
63. Параноидальное
64. Шизоидное
65. Нарцисстическое
66. Диссоциальное
67. КАКОЙ ИЗ ПОДХОДОВ ОБЪЯСНЯЕТ ПАРАНОИДАЛЬНОЕ РАС­СТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ КАК РЕЗУЛЬТАТ ДОМИНИРОВАНИЯ РЕП­РЕССИИ В КАЧЕСТВЕ ЗАЩИТНОГО МЕХАНИЗМА:
68. Поведенческий
69. Когнитивный
70. Психодинамический
71. Гуманистический
72. Гештальт-подход
73. ПАРАНОИДАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ТРАКТУЕТСЯ КАК РЕЗУЛЬТАТ ОШИБОЧНЫХ УМОЗАКЛЮЧЕНИЙ О МИРЕ ПРЕДСТАВИ­ТЕЛЯМИ КАКОГО ПОДХОДА:
74. Когнитивно-поведенческого
75. Психоаналитического
76. Трансперсонального
77. Гуманистического
78. Экзистенциального
79. КОГНИТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ ПОДЧЕРКИВАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ТОГО, ЧТО ЛЮДИ С ПАРАНОИДАЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ:
80. Испытывают трудности из-за недостаточной са­моактуализации
81. Атрибутируют другим людям собственные ошиб­ки и механизмы мышления
82. Используют защитный механизм проекции
83. Фиксированы на образном мышлении в ущерб абстрактному
84. Склонны в приступам агрессии и асоциальному поведению
85. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ РАССМАТРИВАЮТ ИСТЕРИ­ЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ КАК РЕЗУЛЬТАТ:
86. Нарушений когнитивных паттернов
87. Семейных влияний
88. Неразрешенного Эдипова конфликта
89. Негативного подкрепления
90. Застревания на анальной стадии психосексуального развития
91. КОГНИТИВНЫЕ ТЕОРИИ СОСРЕДОТОЧЕНЫ НА ТЕНДЕНЦИИ ЛЮДЕЙ С ИСТЕРИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ ИСПОЛЬ­ЗОВАТЬ ОДИН ИЗ ПОДХОДОВ К РАЗРЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ:
92. Глобальный
93. Импунитивный
94. Алгоритмический
95. Систематический
96. Несистематический
97. НА РОЛИ И ЗНАЧЕНИИ КАКОГО ИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВА­НИИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ СФОКУСИРОВА­НЫ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:
98. Определяющая роль сознания
99. Бессознательные процессы
100. Нейроэндокринные и психофизиологические функции
101. Обмен веществ
102. Несформированность некоторых структур головного мозга
103. С ПОЗИЦИЙ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОЛОГИИ, ЛЮДИ С ПОГРА­НИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ ИМЕЮТ НИЗКУЮ МОТИВА­ЦИЮ И НЕДОСТАТОЧНОЕ ДОВЕРИЕ К ДРУГИМ, НЕ СПОСОБНЫ СТАВИТЬ ПЕРЕД СОБОЙ ДОЛГОВРЕМЕННЫЕ ЦЕЛИ ИЗ-ЗА:
104. Низкого чувства состоятельности, ведущего к ос­лаблению идентичности
105. Низкого уровня возбуждения
106. Вовлеченности в поведение с низким уровнем позитивного подкрепления
107. Функционирования мышления на препсихотическом уровне
108. Недостаточной устойчивости нервных процессов
109. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДАЮТ ОСНОВАНИЯ СВЯЗЫВАТЬ АСОЦИАЛЬНОЕ, В ЧАСТНОСТИ — АГРЕССИВНОЕ, ПО­ВЕДЕНИЕ С ОСОБЕННОСТЯМИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ:
110. Гипоталамуса
111. Гиппокампа
112. Лимбической системы
113. Ретикулярной формации
114. Фронтальной коры
115. С НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ И СПО­СОБНОСТИ К НАУЧЕНИЮ СВЯЗЫВАЮТ ПРОИСХОЖДЕНИЕ КАКОГО ИЗ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ:
116. Тревожное
117. Нарцисстическое
118. Диссоциальное
119. Пассивно-агрессивное
120. Шизоидное
121. ИЗВЕСТНО, ЧТО ПРИ ПОЛИГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ («ДЕТЕКТОР ЛЖИ») ЛЮДЕЙ С ДИССОЦИАЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ ЛОЖЬ ЧАСТО НЕ УЛАВЛИВАЕТСЯ ПРЕДНАЗНАЧЕННЫМИ ДЛЯ ЭТОГО ТЕСТАМИ. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ОБЪЯСНЯЕТ ЭТОТ ФАКТ НАИБОЛЕЕ ПРАВДОПОДОБНО:
122. Им свойственна патологическая лживость, обус­ловленная особенностями мозгового химизма
123. Многие из них не испытывают свойственной большинству обычных людей тревоги
124. Дефект в области миндалины искажает результа­ты тестирования
125. Им присуща способность мобилизации для вы­сокой степени самоконтроля
126. Верны ответы «1» и «4»
127. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ТОМ, ЧТО ДИССОЦИАЛЬНОЕ РАССТРОЙ­СТВО ЛИЧНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ В ДЕТСТВЕ КАК РЕЗУЛЬТАТ НЕСПОСОБНОСТИ УСВАИВАТЬ НАВЫКИ СОЦИАЛИЗАЦИИ, БИОЛО­ГИЧЕСКИЕ ГИПОТЕЗЫ СВЯЗЫВАЮТ С:
128. Нарушениями внимания и научения
129. Повышением продукции тестостерона
130. Добавочной Х-хромосомой
131. Низким уровнем дельта-активности в ЭЭГ бодр­ствования
132. Все ответы верны
133. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОДХОДОВ РАССМАТРИВАЕТ РАС­СТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ КАК ОДИН ИЗ ПОЛЮСОВ КОНТИНУУМА, В КОТОРОМ НОРМАЛЬНАЯ ЛИЧНОСТЬ ЗАНИМАЕТ ЦЕНТРАЛЬНОЕ ПО­ЛОЖЕНИЕ МЕЖДУ ПОЛЮСАМИ:
134. Мультифакторный
135. Поведенческий
136. Параметрический
137. Категориальный
138. Непараметрический
139. КТО ВПЕРВЫЕ ИСПОЛЬЗОВАЛ ПОНЯТИЕ «МОРАЛЬНОГО ДЕ­ФЕКТА» ДЛЯ ОПИСАНИЯ ДИССОЦИАЛЬНОЙ ЛИЧНОСТИ:
140. И.М. Сеченов
141. Ф. Пинель
142. Э. Крепелин
143. Гиппократ
144. К. Леонгард
145. АВТОР КОНЦЕПЦИИ, ГДЕ СУТЬ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ СОСТОИТ В СОВОКУПНОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О САМОМ СЕБЕ:
     1. В. Франкл
     2. Э. Фромм
     3. К. Роджерс
     4. А. Адлер
     5. Б. Скиннер
146. АВТОР КОНЦЕПЦИИ, ГДЕ МЕХАНИЗМ ДЕВИАЦИИ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК РЕЗУЛЬТАТ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ, СУТЬ КОТОРОЙ СОСТАВЛЯЕТ ИЕРАРХИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ:
     1. В. Франкл
     2. А. Фрейд
     3. А. Маслоу
     4. Э. Фромм
     5. А. Адлер
147. АВТОР КОНЦЕПЦИИ, ГДЕ МЕХАНИЗМ ДЕВИАЦИИ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК РЕЗУЛЬТАТ КОНФЛИКТНОЙ ФАЗЫ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ:
     1. В. Франкл
     2. З. Фрейд
     3. А. Фрейд
     4. А. Маслоу
     5. К. Роджерс
148. ПОСТУЛАТ О ТОМ, ЧТО В ОСНОВЕ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ ЛЕЖАТ НЕАДАПТИВНЫЕ МЫСЛИТЕЛЬНЫЕ СХЕМЫ ПРИНАДЛЕЖИТ:
149. А. Бандура
150. К. Роджерс
151. А. Бек
152. А. Эллис
153. Верны ответы «3» и «4»
154. ТЕРМИН «ШИЗОИД» РАСПРОСТРАНИЛСЯ В ПСИХИАТРИИ БЛАГОДАРЯ**:**
155. Гауппу
156. Ганнушкину
157. Кречмеру
158. Шнейдеру
159. Бумке
160. АНАНКАСТИЧЕСКИХ (АНАНКАСТНЫХ) ПСИХОПАТОВ ОПИСАЛИ**:**
161. Шнейдер
162. Ганнушкин и Э.Кречмер
163. Петрилович и Кан
164. Кан и Э.Кречмер
165. правильно «1» и «3»
166. ТЕРМИН «АНАНКАЗМ» ПРЕДЛОЖИЛ**:**
167. Шнейдер
168. Кан
169. Донат
170. Петрилович
171. Ганнушкин

**Вопросы для рассмотрения:**

1. Критерии личностной нормы и патологии.
2. Модель личностной патологии О. Кернберга.
3. Модель личностной патологии Дж. Мастерсона.
4. Психодинамические модели расстройств личности.
5. Когнитивно-бихевиориальные модели расстройств личности.
6. Интегративные модели М. Лайнени Дж. Янга.
7. Вероятностные расстройства личности (прототипы) в зависимости от личностной типологии.
8. Классификация патологии личности в МКБ-10.
9. Классификация патологии личности в DSM-IV.
10. Патопсихологическая дифференциация расстройств личности.

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ РАБОТЫ В МАЛЫХ ГРУППАХ**

**Задание 1:** Заполните таблицу «Типы личностей и вероятностные расстройства личностей по Дж. Олдхэму и Л. Моррису».

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Название типа личности** | **Сильные стороны**  **(***не более 3-4 качеств***)** | **Слабые стороны**  **(***не более 3-4 качеств***)** | **Вероятностное расстройство личности** |
| *Тип А – «бдительный»* |  |  |  |
| *Тип В – «одинокий»* |  |  |  |
| *Тип С – «идеосинкратический»* |  |  |  |
| *Тип Д – «авантюрный»* |  |  |  |
| *Тип Е – «деятельный»* |  |  |  |
| *Тип F – «драматический»* |  |  |  |
| *Тип Q – «самоуверенный»* |  |  |  |
| *Тип H – «чувствительный»* |  |  |  |
| *Тип I – «преданный»* |  |  |  |
| *Тип J – «добросовестный»* |  |  |  |
| *Тип К – «праздный»* |  |  |  |
| *Тип L – «лидер»* |  |  |  |
| *Тип М – «альтруист»* |  |  |  |
| *Тип N – «серьезный»* |  |  |  |

**Задание 2:** Определите правильность или ошибочность утверждений.

|  |  |
| --- | --- |
| **УТВЕРЖДЕНИЕ** | **Ответ**  **(Правильно / Ошибка)** |
| Органические расстройства личности включают в себя «псевдопсихопатические» и «псевдоолигофренические» стойкие состояния с таким уровнем когнитивных нарушений, который НЕ достигает степени слабоумия как такового (т.е. деменции). |  |
| Органические расстройства личности включают в себя сочетание психопатоподобных проявлений со снижением познавательной (когнитивной) деятельности. |  |
| Органические расстройства личности включают в себя стойкие состояния с таким уровнем когнитивных нарушений, который достигают степени слабоумия как такового (т.е. деменции). |  |
| Органические расстройства личности представляют собой расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждениям или дисфункцией головного мозга. |  |
| Органические расстройства личности соответствуют понятию «психопатия». |  |
| Органические расстройства личности характеризуются такими понятиями, как «псевдопсихопатия» и «псевдоолигофрения». |  |
| Органические расстройства личности являются результатом травмирующих переживаний, особенно переживаний глубоких по поводу экзистенциально экстремальных событий (катастрофы, пленение, терроризм, пытки, длительная угроза жизни и т.п.). |  |
| Понятие «хроническое изменение личности» соответствует известному в отечественной психиатрии обозначению «патологическое развитие личности». |  |
| Понятие «хроническое изменение личности» соответствует известному в отечественной психиатрии обозначению «психопатия». |  |
| Продолжительные (хронические) изменения личности НЕ связаны с повреждением или заболеванием мозга. |  |
| Продолжительные (хронические) изменения личности представляют собой расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждениям или дисфункцией головного мозга. |  |
| Продолжительные (хронические) изменения личности являются результатом травмирующих переживаний, особенно переживаний глубоких по поводу экзистенциально экстремальных событий (катастрофы, пленение, терроризм, пытки, длительная угроза жизни и т.п.). |  |
| Специфические личностные расстройства могут предшествовать другим расстройствам или сосуществовать с ними. |  |
| Специфические личностные расстройства НЕ могут предшествовать другим расстройствам или сосуществовать с ними. |  |
| Специфические личностные расстройства НЕ являются вторичными по отношению к другому психическому расстройству или заболеванию мозга. |  |
| Специфические личностные расстройства представляют собой расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждениям или дисфункцией головного мозга. |  |
| Специфические личностные расстройства представляют собою онтогенетические состояния, которые появляются в детстве или подростковом возрасте и сохраняются в периоде зрелости. |  |
| Специфические личностные расстройства соответствуют ранее распространенному в нашей психиатрии понятию «патологическое развитие личности». |  |
| Специфические личностные расстройства соответствуют ранее распространенному в нашей психиатрии понятию психопатий. |  |
| Хронические изменения личности представляют собою онтогенетические состояния, которые появляются в детстве или подростковом возрасте и сохраняются в периоде зрелости. |  |
| Хронические изменения личности развиваются у индивидуума БЕЗ предшествующего личностного расстройства в результате катастрофических или чрезмерных продолжительных стрессов, средовых деприваций или вслед за тяжелыми психическими заболеваниями. |  |
| Одним из компонентов психопатического симптомокомплекса (по И.А. Кудрявцеву) являются патохарактерологические расстройства (патологический характер). |  |
| Одним из компонентов психопатического симптомокомплекса (по И.А. Кудрявцеву) являются эмоционально-волевые нарушения. |  |
| Одним из компонентов психопатического симптомокомплекса (по И.А. Кудрявцеву) является нарушение структуры иерархии мотивов. |  |
| Одним из компонентов психопатического симптомокомплекса (по И.А. Кудрявцеву) является недостаточная эффективность мышления в виде «относительного аффективного слабоумия». |  |
| Одним из компонентов психопатического симптомокомплекса (по И.А. Кудрявцеву) является нарушение прогнозирования и опоры на прошлый опыт. |  |
| Одним из компонентов психопатического симптомокомплекса (по И.А. Кудрявцеву) является неадекватный уровень притязаний (чаще – в сторону завышения). |  |
| Одним из компонентов психопатического симптомокомплекса (по И.А. Кудрявцеву) является выраженная аффективная логика суждений при затрагивании наиболее личностно значимых тем. |  |
| Одним из компонентов психопатического симптомокомплекса (по И.А. Кудрявцеву) является парциальная некритичность при оценке своего противоправного поведения и ситуации. |  |
| Психопатическая декомпенсация развивается вследствие истощения ресурсов и адаптивных возможностей личности. |  |
| В содержании понятия «психопатическая декомпенсация » заложен положительный смысл. |  |
| Поведение больных в состоянии психопатической декомпенсации отличается непредсказуемостью, неадекватностью, неуправляемостью, т. е. является психотическим. |  |
| Больной в состоянии психопатической декомпенсации спокоен, уравновешен и собран, способен к конструктивному общению и деятельности. |  |
| Состояния декомпенсации при психопатиях чаще наступают под влиянием дополнительных вредностей – психотравмирующих событий, алкоголизации и наркотизации, инфекций, черепно-мозговых травм и других заболеваний. |  |
| Психотравмирующие события, а также алкоголизация, наркотизация и другие дополнительные вредности не только НЕ способствуют, но зачастую даже препятствуют развитию состояния психопатической декомпенсации. |  |
| По представлениям В.Я. Гиндикина и В.А. Гурьевой в генезе ядерных («истинных») психопатий преобладают наследственные факторы. |  |
| По представлениям В.Я. Гиндикина и В.А. Гурьевой в генезе ядерных («истинных») психопатий преобладают социальные факторы. |  |
| В классификации В.Я. Гиндикина и В.А. Гурьевой ядерные психопатии подразделяются на органические и краевые. |  |
| В классификации В.Я. Гиндикина и В.А. Гурьевой нажитые («приобретенные») психопатии подразделяются на органические и краевые. |  |
| По представлениям В.Я. Гиндикина и В.А. Гурьевой органические психопатии возникают вследствие воздействия в раннем детстве (до 3-3,5 лет) на головной мозг повреждающих факторов (при условии полного затухания органического процесса и отсутствия интеллектуально-мнестического снижения). |  |
| По представлениям В.Я. Гиндикина и В.А. Гурьевой органические психопатии возникают вследствие психогенных и ситуационных негативных влияний. |  |
| Краевые психопатии (по В.Я. Гиндикину и В.А. Гурьевой) включают нарушения характера, обусловленные повседневными хроническими или острыми тяжелыми психическими травмами. |  |
| Краевые психопатии (по В.Я. Гиндикину и В.А. Гурьевой) включают нарушения характера, обусловленные грубыми дефектами семейного воспитания. |  |
| Термины «расстройства личности у взрослых» и «изменения личности» являются синонимами. |  |
| Под термином «расстройства личности у взрослых» подразумеваются психопатии. |  |
| Под термином «изменения личности» подразумеваются психопатии. |  |
| Расстройства личности у взрослых (т. е. психопатии) впервые появляются в детстве или в подростковом возрасте и сохраняются в периоде зрелости. |  |
| Изменения личности впервые появляются в детстве или в подростковом возрасте и сохраняются в периоде зрелости. |  |
| Изменения личности развиваются, как правило, во взрослой жизни, вследствие экстремальных ситуаций, тяжелых психических заболеваний, повреждений или заболеваний головного мозга. |  |
| Расстройства личности у взрослых в МКБ-10 представлены в рубриках F60-F61. |  |
| Расстройства личности у взрослых в МКБ-10 представлены в рубриках F62; F07; F1х.7. |  |
| Изменения личности в МКБ-10 представлены в рубриках F62; F07; F1х.7. |  |
| Изменения личности в МКБ-10 представлены в рубриках F60-F61. |  |

**Задание 3:** Ответьте на вопросы.

|  |  |
| --- | --- |
| **ВОПРОС** | **Ответ** |
| Психопатический симптомокомплекс по И.А. Кудрявцеву соответствует этому регистр-синдрому по В.М. Блейхеру. |  |
| Триада признаков психопатий по Ганнушкину-Кербикову включает ... |  |
| К какому регистру психических нарушений относится психопатия в состоянии компенсации? (*психотический или допсихотический*) |  |
| К какому регистру психических нарушений относится психопатия в состоянии декомпенсации? (*психотический или допсихотический*) |  |
| Специфические расстройства личности (психопатии) в МКБ-10 размещаются в рубрике ... . |  |
| По МКБ-10 диагноз «личностного расстройства», т.е. психопатии не рекомендуется ставить до этого возраста. |  |

**Задание 4:** По документу «МКБ-10\_Класс F\_Психические расстройства и расстройства поведения» ознакомьтесь с описанием психических расстройств, перечисленных в первом столбце таблицы. Для каждого психического расстройства определите (отметьте знаком «+») характерные для него нарушения личности (по классификации В.А. Деречи, см. учебное пособие по дисциплине, раздел 1.4).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Психическое расстройство по МКД-10** | **Расстройства личности, происходящие преимущественно** | | |
| **в сфере ресурсов** | **в сфере характера** | **в сфере содержания и жизненных смыслов** |
| F07.0 Расстройство личности органической этиологии |  |  |  |
| F21 Шизотипическое расстройство |  |  |  |
| F34.1 Дистимия |  |  |  |
| F60.7х Расстройство типа зависимой личности |  |  |  |
| F62.0 Стойкое изменение личности после переживания катастрофы |  |  |  |
| F63.0 Патологическое влечение к азартным играм |  |  |  |

**Тема 2.** Типология специфических расстройств личности. Профилактика, психокоррекция, лечение и социальная адаптация при специфических расстройствах личности

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

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**банк тестовых заданий по модулю 2. Расстройства личности, происходящие преимущественно за счёт патологии характера.**

1. КТО ВВЕЛ ПОНЯТИЕ АКЦЕНТУАЦИЙ ЛИЧНОСТИ:
2. Э. Кречмер
3. П.Б. Ганнушкин
4. К. Леонгард
5. А.Е. Личко
6. И.П. Павлов
7. В ОТЛИЧИЕ ОТ К. ЛЕОНГАРДА, ОПИСАВШЕГО АКЦЕНТУАЦИИ ЛИЧНОСТИ, А.Е. ЛИЧКО:
8. Рассматривал акцентуации как проявление тем­перамента
9. Считал их специфическими проявлениями под­росткового криза
10. Соотносил акцентуации с характером как стерж­невым свойством личности
11. Рассматривал акцентуации как предиктор психозов
12. Предполагал, что акцентуации встречаются только у 12 – 15% населения
13. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ЛУЧШЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОНЯТИЕ АК­ЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА/ЛИЧНОСТИ:
14. Результат длительного и/или неблагоприятного течения неврозов
15. Вариант нормы
16. Не приводящие к значительной социальной дизадаптации психопатии
17. Мягкие дефектные состояния после латентных психотических расстройств
18. Инициальный период расстройства личности
19. АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:
20. Нормальные и патологические
21. Явные и скрытые
22. Временные и постоянные
23. Нормативные и девиантные
24. Ядерные и краевые
25. В ЧИСЛО ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ ПОНЯТИЯ «АКЦЕНТУАЦИЯ ХА­РАКТЕРА/ЛИЧНОСТИ» ВХОДЯТ:
26. «Тимии» Э. Кречмера
27. Переходные между психопатией и нормой со­стояния по В.М. Бехтереву
28. Дискордантно-нормальные по Е. Кану
29. Латентные психопатии по П.Б. Ганнушкину
30. Все названные
31. ПЕРЕХОД ОТ ОПИСАТЕЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК К ВЫДЕЛЕНИЮ ЧЕТКИХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ КРИТЕРИЕВ РАССТРОЙСТВ ЛИЧ­НОСТИ БЫЛ ОСУЩЕСТВЛЕН:
32. П.Б. Ганнушкиным
33. О.В. Кербиковым
34. В DSM-III
35. В ICD-10
36. В DSM-IV
37. ТО, ЧТО В СОВРЕМЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИЯХ ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ, РАНЬШЕ ОБОЗНАЧАЛОСЬ КАК:
38. Девиантное поведение
39. Реактивные состояния
40. Конституционные психозы
41. Психопатии
42. Мания
43. КТО СФОРМУЛИРОВАЛ ДИНАМИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП ИЗУЧЕ­НИЯ ПСИХОПАТИЙ:
44. И.П. Павлов
45. Р. Крафт-Эбинг
46. П.Б. Ганнушкин
47. О.В. Кербиков
48. К. Леонгард
49. ПО П.Б.ГАННУШКИНУ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ПСИХОПАТИЯХ (ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВАХ) ПОДРАЗУМЕВАЕТ НАЛИЧИЕ В ПОВЕДЕНИИ ТАКИХ ПРИЗНАКОВ КАК:
    1. Тотальность
    2. Стабильность
    3. Динамичность
    4. Дезадаптация
    5. Всех, кроме п. «3»
50. КОНЦЕПЦИЯ ЯДЕРНЫХ И КРАЕВЫХ ПСИХОПАТИЙ О.В. КЕРБИКОВА ВОСХОДИТ К РАБОТАМ:
51. Э. Крепелина
52. Э. Кречмера
53. Й. Шультца
54. П.Б. Ганнушкина
55. Р. Крафт-Эбинга
56. СОГЛАСНО УЧЕНИЮ Э. КРЕЧМЕРА О КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ТИПАХ, ПСИХОПАТИИ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ:
57. Утрированные проявления выделенных Гиппок­ратом типов темперамента
58. Отклонение от социокультурных поведенческих норм
59. Промежуточные между здоровьем и психозом со­стояния
60. Варианты психозов без продуктивной симпто­матики
61. Группу психических расстройств, представляющих особую угрозу для общества
62. КРИТЕРИИ ПСИХОПАТИЙ П.Б. ГАННУШКИНА И О.В. КЕРБИКОВА ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ:
63. Выраженность патологических свойств личности до степени нарушения социальной адаптации
64. Относительная стабильность и малая обратимость патологических свойств личности
65. Тотальность патологических черт личности, оп­ределяющих весь психический облик человека
66. Верно указанное в п. «1» и «2»
67. Верно приведенное в пп. 1—3
68. НАЛИЧИЕ ДИЗАДАПТИВНЫХ И РИГИДНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ПАТ­ТЕРНОВ, РАНЕЕ ОПРЕДЕЛЯВШИХСЯ КАК ПСИХОПАТИИ, В СОВРЕ­МЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИЯХ ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК:
69. Нарушения контроля
70. Акцентуации личности
71. Расстройства личности
72. Дефекты характера
73. Дефекты воспитания
74. В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ ПСИХОПАТИИ РАЗДЕЛЯЮТ­СЯ НА:
75. Ядерные, конституциональные
76. Нажитые, патохарактерологические формиро­вания
77. Органические
78. Псевдоорганические
79. Верно все, кроме указанного в п. «4»
80. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ВОЗНИКАЮТ В ПРЕДПОЧТИТЕЛЬ­НОМ ДЛЯ КАЖДОГО ИЗ ТИПОВ ВОЗРАСТЕ, НО, В ОБЩЕМ, ЧАЩЕ:
81. В подростковом или детском возрасте
82. В ранней молодости
83. В зрелом возрасте
84. В возрасте до 9 лет
85. В период адаптации к обучению в школе
86. КАКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ПЕРВИЧНО ХАРАКТЕРИЗУ­ЕТСЯ ИНДИФФЕРЕНТНОСТЬЮ К СОЦИАЛЬНЫМ ОТНОШЕНИЯМ И ОЧЕНЬ ОГРАНИЧЕННЫМ ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ СПЕКТРОМ:
87. Избегающее
88. Шизоидное
89. Параноидальное
90. Диссоциальное
91. Тревожное
92. ИСХОДЯ ИЗ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ШИЗОФРЕНИЧЕСКОМ СПЕКТ­РЕ, КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ О ЛЮДЯХ С ПАРАНОИДАЛЬНЫМ РАС­СТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ НАИБОЛЕЕ ПРАВДОПОДОБНО:
93. Приходят к развитию пограничного расстрой­ства личности
94. В конце концов, могут оказаться людьми с нарцисстическим расстройством личности
95. Могут иметь латентную предрасположенность к развитию шизофрении
96. Не застрахованы от развития остальных прояв­лений шизофрении
97. Склонны к частой смене настроений
98. РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ, ПРИ КОТОРОМ ЧЕЛОВЕК БОИТСЯ ЛЮБОГО ВОВЛЕЧЕНИЯ В ЗАБОТЫ И ИНТЕРЕСЫ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ И ОПАСАЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОЯВИТЬ СВОЕ СМУЩЕНИЕ НА ЛЮ­ДЯХ, ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК:
99. Параноидальное
100. Избегающее
101. Диссоциальное
102. Нарцисстическое
103. Эмоционально неустойчивое
104. ИЗБЕГАЮЩЕЕ (ТРЕВОЖНОЕ) РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ХА­РАКТЕРИЗУЕТСЯ:
105. Импульсивностью
106. Эмоциональной взрывчатостью
107. Аутизмом
108. Крайней чувствительностью к насмешкам
109. Стремлением привлекать к себе внимание
110. КАК НАЗЫВАЕТСЯ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУ­ЮЩЕЕСЯ КРАЙНЕЙ ПОТРЕБНОСТЬЮ В ДРУГИХ ЛЮДЯХ ДЛЯ ПРИ­НЯТИЯ РЕШЕНИЯ ИЛИ СОВЕРШЕНИЯ НЕЗАВИСИМЫХ ДЕЙСТВИЙ:
111. Диссоциальное
112. Пограничное
113. Нарцисстическое
114. Зависимое
115. Шизоидное
116. В КАКОМ ИЗ ПУНКТОВ ВЕРНО ОПИСАНО РАЗЛИЧИЕ ИЗБЕГАЮ­ЩЕГО И ШИЗОИДНОГО РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ:
117. Люди с избегающим расстройством личности предпочитают одиночество, тогда как с ши­зоидным — страдают из-за ограниченности кон­тактов
118. Избегающее расстройство личности связано с шизофренией более тесно, чем шизоидное
119. Люди с шизоидным расстройством личности предпочитают одиночество, а с избегающим — стремятся к социальным контактам
120. Люди с шизоидным расстройством личности склонны становиться сверхзависимыми от дру­гих, а с избегающим — нет
121. Люди с избегающим расстройством личности склонны к асоциальным поступкам, а с шизоидным – нет
122. ЧЕЛОВЕК С КАКИМ ТИПОМ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ СОГЛА­СИТСЯ ДАЖЕ С НЕВЕРНЫМ МНЕНИЕМ ДРУГИХ, ЛИШЬ БЫ НЕ ПО­ТЕРЯТЬ ИХ РАСПОЛОЖЕНИЕ:
123. Шизоидным
124. Нарцисстическим
125. Пассивно-агрессивным
126. Избегающим
127. Диссоциальным
128. КАКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЧРЕЗ­МЕРНОЙ ПОГЛОЩЕННОСТЬЮ ЧИСТОПЛОТНОСТЬЮ И РУТИННЫ­МИ ДЕЛАМИ:
129. Избегающее
130. Зависимое
131. Нарцисстическое
132. Ананкастное
133. Шизоидное
134. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ЛУЧШЕ ОПИСЫВАЕТ АНАНКАСТНУЮ ЛИЧНОСТЬ:
135. Тревожно-мнительная личность
136. Ипохондрическая личность
137. Личность, склонная к навязчивым мыслям и действиям
138. Педантично-инертная личность
139. Личность, стремящаяся привлечь внимание любой ценой
140. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЕРНЕЕ ДРУГИХ ОПИСЫВАЕТ ПРО­ГНОЗ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ:
141. Большинство пациентов обнаруживает улучше­ние после нескольких недель лечения
142. В большинстве случаев эффективно лекарствен­ное лечение
143. У подавляющего большинства пациентов улуч­шение наступает спонтанно вне зависимости от лечения
144. У большинства пациентов лечение в смысле достижения устойчивых результатов неэффективно
145. Прогноз при чисто медикаментозном лечении не отличается от прогноза при сочетанном применении фармако- и психотерапии
146. КАК НАЗЫВАЕТСЯ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ, ПРИ КОТОРОМ ПЕРВИЧНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ ЭМОЦИОНАЛЬ­НО ЗАРЯЖЕННОЕ СТРЕМЛЕНИЕ ПРИВЛЕКАТЬ К СЕБЕ ВНИМАНИЕ:
147. Пограничное
148. Нарцисстическое
149. Истерическое
150. Диссоциальное
151. Шизоидное
152. ЛЮДИ С ИСТЕРИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ СКЛОН­НЫ К ДЕМОНСТРАЦИИ ЯРКИХ ЭМОЦИЙ:
153. Потому что это их врожденное свойство
154. В силу эмоциональных ограничений в детстве
155. Чтобы скрыть внутреннее чувство опасности
156. Чтобы вызвать драматический эффект у других
157. Для получения выгоды
158. КАКОЕ ИЗ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ У ЖЕНЩИН:
159. Истерическое
160. Диссоциальное
161. Нарцисстическое
162. Шизоидное
163. Пассивно-агрессивное
164. КАКОЕ ИЗ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НЕРЕАЛИСТИЧЕСКИ ЗАВЫШЕННЫМ ЧУВСТВОМ СОБСТВЕННОЙ ЗНАЧИМОСТИ И НЕСПОСОБНОСТЬЮ ВИДЕТЬ ПЕРСПЕКТИВЫ ДРУ­ГИХ ЛЮДЕЙ:
165. Пограничное
166. Нарцисстическое
167. Обсессивно-компульсивное
168. Пассивно-агрессивное
169. Шизоидное
170. ПРИ ТОМ, ЧТО ЛЮДИ С НАРЦИССТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ ВОСПРИНИМАЮТ СЕБЯ КАК ОСОБЫХ И ЗНАЧИТЕЛЬ­НЫХ, ОНИ ЧАСТО СТРАДАЮТ:
171. Неуверенностью в себе
172. Компульсивными ритуалами
173. Навязчивостями
174. Параноидальной настроенностью
175. От недостатка любви и внимания
176. КАКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ОТЛИЧАЕТСЯ НЕСПОСОБ­НОСТЬЮ УСТАНАВЛИВАТЬ ГРАНИЦЫ МЕЖДУ СВОИМИ И ЧУЖИМИ ЧУВСТВАМИ:
177. Параноидальное
178. Пограничное
179. Диссоциальное
180. Тревожное
181. Шизоидное
182. СКЛОННОСТЬ ЗЛОУПОТРЕБЛЯТЬ ЕДОЙ, АЛКОГОЛЕМ ИЛИ ЛЕКАР­СТВАМИ, К ПРОМИСКУИТЕТУ И ДРУГИМ ИМПУЛЬСИВНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ПРИСУЩА СКОРЕЕ ВСЕГО КАКОМУ ИЗ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ:
183. Диссоциальному
184. Параноидальному
185. Пограничному
186. Ананкастному
187. Истероидному
188. ТО, ЧТО РОДСТВЕННИКИ ЧЕЛОВЕКА С ПОГРАНИЧНЫМ РАС­СТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ ОБНАРУЖИВАЮТ СХОДНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ПОДДЕРЖИВАЕТ МНЕНИЕ О ТОМ, ЧТО:
189. Оно индуцируется сибсами
190. В его развитии может играть роль генетический фактор
191. Оно является подтипом зависимого расстройства личности
192. Оно представляет собой промежуточный между психозом и неврозом вариант
193. Оно обусловлено типом семейного воспитания
194. ВОЗМОЖНЫМИ ПРИЧИНАМИ КАКОГО ИЗ РАССТРОЙСТВ ЛИЧ­НОСТИ МОГУТ БЫТЬ РОДИТЕЛЬСКАЯ НЕПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ И ОСКОРБЛЕНИЯ, СЕКСУАЛЬНОЕ, ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ И ФИЗИЧЕС­КОЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ (ABUSE) В ДЕТСТВЕ:
195. Пассивно-агрессивного
196. Пограничного
197. Ананкастного
198. Антагонистического
199. Шизоидного
200. КАКОМУ ИЗ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ ПРИСУЩА НЕСПОСОБ­НОСТЬ ОТЛИЧАТЬ СОБСТВЕННУЮ ИДЕНТИЧНОСТЬ ОТ ИДЕНТИЧНО­СТИ ДРУГОГО ЧЕЛОВЕКА:
201. Нарциссическому
202. Пограничному
203. Шизоидному
204. Зависимому
205. Тревожному
206. СТАТИСТИКА ПОКАЗЫВАЕТ, ЧТО СОПРЯЖЕННОСТЬ ДИССОЦИАЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ С ПРОТИВОПРАВНЫМ ПОВЕ­ДЕНИЕМ СНИЖАЕТСЯ ПО ДОСТИЖЕНИИ:
207. 20 лет
208. 30 лет
209. 40 лет
210. 50 лет
211. 60 лет
212. ПРИМЕРНО У 25 % ЛЮДЕЙ С ДИССОЦИАЛЬНЫМ РАССТРОЙ­СТВОМ ЛИЧНОСТИ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПСИХИАТРИЧЕС­КИЕ СТАЦИОНАРЫ, ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ТАКЖЕ:
213. Истерия
214. Шизофрения
215. Депрессия
216. Фобии
217. Мания преследования
218. ЧТО ИЗ ПРИВЕДЕННОГО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ НАИБОЛЕЕ ОБЩУЮ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ДИССОЦИАЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧ­НОСТИ ХАРАКТЕРИСТИКУ СИТУАЦИИ РАЗВИТИЯ:
219. Низкий уровень образования
220. Дисгармоничная родительская семья
221. Алкоголизация или наркотизация родителей
222. Сексуальное насилие со стороны старших сибсов
223. Низкий уровень интеллекта
224. ТЕНДЕНЦИЯ УСТАНАВЛИВАТЬ ИНТЕНСИВНЫЕ И ТРЕБОВАТЕЛЬ­НЫЕ ОТНОШЕНИЯ С ДРУГИМИ ЛЮДЬМИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ КАКОГО ИЗ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ:
225. Шизоидное
226. Избегающее
227. Зависимое
228. Пограничное
229. Диссоциальное
230. КАК ИЗВЕСТНО, МНОГИЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ИМЕЮТ ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЕРНО ОПИСЫВАЕТ ЗНАЧЕНИЕ ЭТОГО ФАКТА:
231. Это подтверждает гипотезу, согласно которой многие из расстройств личности являются поведен­ческим выражением депрессии
232. Облегчает диагностику
233. Затрудняет диагностику
234. Повышает надежность диагноза
235. Это подтверждает общность этиологии различных личностных расстройств
236. ЧТО ИЗ ПРИВЕДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ФАКТОРОМ:
237. Противоправный характер поведения
238. Существование проблем на протяжении долгого времени в жизни человека
239. Дизадаптивное переживание своих поведенчес­ких особенностей
240. Существование серьезных трудностей в учебе/ работе
241. Неумение строить отношения с лицами противоположного пола
242. В МЕЖЛИЧНОСТНОМ ОБЩЕНИИ ОТ ЧЕЛОВЕКА С ПСИХОПАТИ­ЧЕСКИМИ ЧЕРТАМИ МОЖНО ЖДАТЬ СКОРЕЕ ВСЕГО:
243. Льстивости, угодливости
244. Оппозиционности, негативизма
245. Импульсивности
246. Зависимости
247. Отстраненности
248. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ЧЕТКО ОПИСЫВАЕТ ДИС­СОЦИАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ:
249. Недостаточный интерес к тому, что верно и оши­бочно, принято и не принято
250. Скрываемое от других переживание проблем
251. Диссоциация мотивов и поведения
252. Гипертрофированная автономность
253. Несформированный самоконтроль
254. СИМПТОМАТИКА ДИССОЦИАЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОС­ТИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:
255. Клептоманическое поведение
256. Пассивно-оппозиционное поведение
257. Недостаточность коммуникативных навыков
258. Импульсивное и агрессивное поведение
259. Эмоциональную холодность
260. ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ЗНАКАМ ОТВЕРГАНИЯ И/ИЛИ ПРЕНЕБРЕЖЕНИЯ СО СТОРОНЫ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ ХАРАК­ТЕРНА ДЛЯ:
261. Нервной анорексии
262. Транссексуальности
263. Тревожного расстройства личности
264. Диссоциального расстройства личности
265. Маскированной депрессии
266. НЕСПОСОБНОСТЬ ПРОЯВЛЯТЬ ТЕПЛЫЕ ЧУВСТВА ПО ОТНОШЕ­НИЮ К ДРУГИМ ЛЮДЯМ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:
267. Тревожного расстройства личности
268. Шизоидного расстройства личности
269. Истерического расстройства личности
270. Посттравматического стрессового расстройства
271. Транссексуальности
272. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ НЕВЕРНО ПО ОТНОШЕНИЮ К ДИССОЦИАЛЬНОМУ РАССТРОЙСТВУ ЛИЧНОСТИ:
273. Чаще встречается у мужчин
274. Часто проявляется с детских лет
275. Регистрируется в пенитенциарных учреждениях чаще, чем в популяции
276. Подавляющее большинство этих людей соверша­ют тяжелые правонарушения
277. Типично для семей, в которых преобладают криминальные личности, а также лица, употребляющие психоактивные средства
278. В ЧИСЛО ХАРАКТЕРИСТИК ПАРАНОИДАЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ НЕ ВХОДИТ:
279. Неспособность испытывать чувства радости и удовольствия
280. Отказ прощать нанесенные им ущерб, обиды
281. Подозрительность и склонность находить в лю­бых отношениях враждебный умысел
282. Отнесение на свой счет не относящихся к ним вещей и событий
283. Выраженный защитный механизм проекции.
284. ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ВКЛЮЧАЕТ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ ПОДСИСТЕМЫ:
285. Мотивации
286. Эмоциональных процессов
287. Саморегуляции
288. Поведенческих реакций
289. Когнитивной переработки информации
290. ЭПИЛЕПТОИДНЫЙ ПСИХОПАТ НЕРЕДКО ОТЛИЧАЕТСЯ**:**
291. дисфорической напряженностью, склонностью к борьбе за справедливость
292. склонностью к тягостной рефлексии
293. слабыми вялыми влечениями
294. детской непосредственностью
295. правильно «1» и «3»
296. ГЛАВНАЯ ОСОБЕННОСТЬ МЫШЛЕНИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОСТИ ВСЯКОГО ЭПИЛЕПТОИДНОГО ПСИХОПАТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ**:**
297. в агрессивной взрывчатости
298. в угрюмо-напряженной замкнутости
299. в паранойяльных расстройствах
300. в напряженной прямолинейности мышления и чувствования
301. в сверхценных ипохондрических переживаниях
302. СУЩЕСТВО КЛИНИКО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛЮБОМУ ЭПИЛЕПТОИДНОМУ ПСИХОПАТУ, СТРЕМЯЩЕМУСЯ К ЛЕЧЕНИЮ, СОСТОИТ В ТОМ, ЧТОБЫ**:**
303. указать ему на его врожденный нравственный дефект с категорическим требованием нравственно перестроиться
304. с помощью особых психотерапевтических методик сделать прямолинейно-инертное эпилептоидное мышление подвижным, живым, естественным; не выслушивать пациента подробно, а требовать от него краткости в беседе и беспрекословного выполнения советов психотерапевта
305. помочь ему по возможности общественно-полезно реализовать свою психопатическую авторитарность; научить его хотя бы притворяться благодарным людям за их помощь, притворяться участливым к переживаниям других
306. протептически«отрезвить» пациента
307. правильно «2» и «4»
308. ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОНТАКТА СО ВСЯКИМ ЭПИЛЕПТОИДНЫМ ПСИХОПАТОМ СЛЕДУЕТ**:**
309. со всей правдивой отчетливостью разоблачить его антисоциальность
310. искренне похвалить его за все, что достойно похвалы
311. сурово призвать его прежде всего к дисциплине, потребовать уважать врача
312. назначить транквилизаторы
313. назначить лечение сульфозином
314. В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ АГРЕССИВНОГО ЭПИЛЕПТОИДНОГО ПСИХОПАТА СЛЕДУЕТ ПОСОВЕТОВАТЬ ЕМУ, ПО ВОЗМОЖНОСТИ**:**
315. как можно меньше читать исторических, военно-мемуарных книг; оставить коллекционирование (если увлечен им)
316. воспитывать в себе иную, противоположную эпилептоидной натуру - застенчивую, робкую, нерешительную
317. заботиться о животных, растениях (если испытывает к ним интерес, тяготение)
318. изучать свое прошлое, родословную (если испытывает к этому интерес, тяготение)
319. правильно «3» и «4»
320. ИЗ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРИЕМОВ ЭПИЛЕПТОИДУ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ**:**
321. гипнотерапия
322. активный самогипноз Э. Кречмера
323. аутогенная тренировка и куэизм
324. психотерапевтические приемы дзэн
325. все перечисленное
326. ИДЕАЛЬНЫЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ УСПЕХ В СЛУЧАЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПТОИДНОЙ ПСИХОПАТИИ - ЭТО**:**
327. излечение психопатии
328. компенсация психопата
329. гиперкомпенсация психопата
330. устранение эпилептоидной характерологической структуры
331. восстановление трудоспособности
332. ЭПИЛЕПТОИДНАЯ ВЗРЫВЧАТОСТЬ И РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНОГО ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ МОЗГА И НЕВРАСТЕНИЕЙ**:**
333. истерическим сужением сознания
334. бурными вегетативными дисфункциями
335. малой продолжительностью
336. склонностью к самообвинению после взрыва (приступа раздражения)
337. отсутствием истощаемости
338. ЭПИЛЕПТОИДНЫЙ ПСИХОПАТ ВСЕГДА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ИСТЕРИЧЕСКОГО**:**
339. более выраженной лживостью, двуличием
340. дисфорической напряженностью
341. легкой отходчивостью после приступа возмущения, агрессивности
342. моментами ханжества
343. ничем из перечисленного
344. ЭПИЛЕПТОИДНЫЙ ПСИХОПАТ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АСТЕНИЧЕСКОГО**:**
345. ранимым самолюбием
346. склонностью к ипохондрическим переживаниям
347. склонностью к навязчивым страхам и к тревожной мнительности
348. явлениями вегетососудистой дистонии
349. ничем из перечисленного
350. ДОЛГИМ АЛКОГОЛЬНЫМ РЕМИССИЯМ ЭПИЛЕПТОИДНОГО ПСИХОПАТА-АЛКОГОЛИКА ОСОБЕННО СПОСОБСТВУЮТ**:**
351. психотерапевтические попытки унизить его как алкоголика, пьяницу
352. возможность реализовать свою авторитарность, властность с опасностью потерять должность, власть в случае срыва
353. лечение малыми дозами мелипрамина
354. лечение барбитуратами
355. лечение транквилизаторами
356. МЫШЛЕНИЕ ПАРАНОИКА (ПО ГАННУШКИНУ)**:**
357. незрелое, близкое к детскому
358. богато идеями, резонерское
359. аффективно окрашено
360. иногда зависит от непомерно развитой фантазии
361. все перечисленное
362. АФФЕКТИВНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПАРАНОИКОВ ВСЕГДА ОТЛИЧАЮТСЯ (ПО ГАННУШКИНУ)**:**
363. вялостью
364. односторонностью и силой
365. тягостными сомнениями
366. эйфорией
367. правильно «2» и «3»
368. ФАНАТИКИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ПАРАНОИКОВ (ПО ГАННУШКИНУ)**:**
369. обилием сверхценных идей
370. субъективностью
371. односторонностью
372. тем, что обыкновенно не выдвигают на первый план так сильно свою личность
373. тем, что, как правило, это высокоодаренные люди
374. ПСИХАСТЕНИК ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АСТЕНИЧЕСКОГО ПСИХОПАТА**:**
375. живой чувственностью
376. переживанием своей неполноценности
377. склонностью к сложным, богатым сверхценным переживаниям
378. известной «жухлостью», блеклостью подкорковой жизни (в понимании И.П. Павлова)
379. склонностью к нравственно-этическим переживаниям
380. ПСИХАСТЕНИКУ СВОЙСТВЕННО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ**:**
381. аутистического мышления
382. реалистического, материалистического мироощущения
383. непрактичности в широком смысле
384. преобладания размышления, анализа над чувственностью
385. болезненных сомнений
386. ПСИХАСТЕНИКУ СВОЙСТВЕННО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ**:**
387. аэрофагии с пустой отрыжкой
388. глоссальгии
389. парестезии
390. гипертонических тревожных реакций ожидания при измерении артериального давления
391. метаморфопсии
392. ПСИХАСТЕНИКАМ ОБЫЧНО СВОЙСТВЕННЫ**:**
393. деликатность и щепетильность
394. излишняя аффективная категоричность
395. живая психическая гибкость
396. естественность, отсутствие неловкости в отношениях с людьми
397. правильно «1» и «2»
398. ПСИХАСТЕНИК ОБЫЧНО СПОСОБЕН**:**
399. искренне глубоко переживать за всякого тяжело заболевшего человека
400. к широкой внутренней душевной отзывчивости
401. длительно переживать свои этические промахи и, в то же время, эмоционально прохладно относиться ко многим знакомым ему страдающим людям
402. живо, естественно помогать на улице всякому, попавшему в беду, инвалиду и т.п.
403. правильно «1» и «4»
404. НЕРЕДКО У ПСИХАСТЕНИКОВ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ НАВЯЗЧИВОСТИ**:**
405. тики в юности; навязчивое движение шеей, будто воротник жмет
406. навязчивое желание «сковырнуть» всякую корку, неровность на коже
407. стойкое, тягостное навязчивое мытье рук
408. мучительное навязчивое ощущение обсыпанности тела мелким стеклом
409. правильно «1» и «2»
410. ТОРМОЗИМОСТЬЮ (ИНЕРТНОСТЬЮ) ПСИХАСТЕНИКА ОБЪЯСНЯЕТСЯ**:**
411. его «лестничное остроумие»
412. слабая чувственная впечатлительность
413. аутистические особенности мышления
414. мощные сильные влечения
415. склонность к остеохондрозу
416. В ПОНИМАНИИ ГАННУШКИНА НАВЯЗЧИВОЕ ИПОХОНДРИЧЕСКОЕ СОМНЕНИЕ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ БОЛЕЗНЕННОГО (ТРЕВОЖНОГО) СОМНЕНИЯ ТЕМ, ЧТО**:**
417. оно не снимается так легко психотерапевтическим информативным разъяснением
418. пациент, как правило, во всяком случае, немного успокоившись, убежден в том, что сомневается зря
419. не имеет под собой реального психологически понятного (с точки зрения сомневающегося человека) факта
420. отсутствует при нем тревожная напряженность, и оно не сопровождается вегетативными дисфункциями
421. правильно «1» и «2»
422. СЛОЖНЫМ АСТЕНИЧЕСКИМ ПСИХОПАТАМ СВОЙСТВЕННО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ**:**
423. чрезмерной впечатлительности
424. чувства собственной недостаточности
425. раздражительности
426. истощаемости
427. стремления находиться в центре внимания
428. ОЧЕНЬ ЧАСТО АСТЕНИЧЕСКИЕ ПСИХОПАТЫ СТРАДАЮТ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ (ПО ГАННУШКИНУ)**:**
429. упорных длительных бессонниц
430. длительных депрессивных состояний по обстоятельствам, похожих внешне на циклотимические депрессии
431. эмоциональной неустойчивости, приступов гневных вспышек
432. бурных, истощающихся взрывов
433. правильно «2» и «3»
434. ПСИХАСТЕНИК ОБЫЧНО ОТЛИЧАЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (ПО ГАННУШКИНУ)**:**
435. педантизма
436. формализма
437. активности в реальной жизни
438. фантазерства
439. двигательной неловкости
440. В ЛЕЧЕБНОЙ РАБОТЕ С ПСИХАСТЕНИКАМИ ОБЫЧНО СЛЕДУЕТ (В.Е.РОЖНОВ - РЕД., 1979)**:**
441. обратить внимание пациента на то, что психастенические сомнения, склонность к проверкам имеют смысл, ценность, так как они есть защита от действительной психастенической рассеянности; подчеркнуть факт существования великих психастеников
442. назначить антидепрессанты и нейролептики в малых и средних дозах
443. посоветовать пациенту почитать работы о характерах, дабы вернее предвидеть, что от какого знакомого человека возможно ждать в определенной ситуации, и не теряться, не разочаровываться лишний раз
444. внушать по многу раз какое-то лечебное положение в бодрствующем состоянии
445. правильно «1» и «3»
446. В СЛУЧАЕ ПСИХАСТЕНИЧЕСКОГО СТРАХА СУМАСШЕСТВИЯ У ВРАЧА (ОБЫЧНО НЕ ПСИХИАТРА) МОЖЕТ СЕРЬЕЗНО ПОМОЧЬ**:**
447. изучение пациентом психиатрической, психотерапевтической литературы под руководством психотерапевта
448. познакомить пациента с типичными психастениками
449. познакомить пациента как врача (например, консультанта-стоматологa) с типичными шизофреническими пациентами
450. посоветовать пациенту психотерапевтически помочь другим психастеникам или больным психастенической шизофренией
451. все перечисленное
452. СУЩЕСТВО КЛИНИКО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПСИХОПАТИЧЕСКИХ АНАНКАЗМАХ СОСТОИТ**:**
453. в упорном лечении ананказмов аутогенной тренировкой и гипносуггестивными сеансами
454. в добросовестном логическом разъяснении пациенту безосновательности его навязчивых переживаний
455. в групповых психотерапевтических занятиях - в группах М.Балинта
456. в применении когнитивно-поведенческих методик и приемов душевного оживления
457. ни в одном из перечисленных
458. ЧАСТЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПНОЗА У ПСИХАСТЕНИКОВ СОСТОЯТ**:**
459. в обычном здесь глубоком сомнамбулизме
460. в обычной упорной неспособности погрузиться даже в легкий гипноз
461. после многих занятий
462. в неспособности пациентов обдумывать происходящее с ними во время гипноза
463. в наличии мягкого деперсонализационного душевного онемения при возможности отчетливо обдумывать свое состояние
464. в частых осложнениях гипноза в виде «потери раппорта»
465. ПСИХОПАТЫ АСТЕНИЧЕСКОГО КРУГА В ЗАНЯТИЯХ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКОЙ ОБНАРУЖИВАЮТ СПОСОБНОСТЬ**:**
466. быстро и глубоко расслабляться, легко освобождаться от душевной напряженности
467. впадать в суженное помрачение сознания
468. сложно-аутистически галлюцинировать (высшая ступень АТ)
469. катарсически освобождаться от щемящих душу комплексов
470. ничего из перечисленного
471. ЦИКЛОИДАМ (РЕАКТИВНО-ЛАБИЛЬНЫМ) В ТЯГОСТНОМ ИПОХОНДРИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ОБЫЧНО МОЖЕТ СЕРЬЕЗНО ПОМОЧЬ**:**
472. беседа с упором на логические доказательства, схемы, научная информация, развенчивающая научно-рассудочно необоснованность их мыслей о какой-либо «страшной болезни»
473. эмоциональная беседа, как бы «встряхивающая» дурное настроение, «толкающая» (в том числе юмором) к свету, смеху; музыка Моцарта или Штрауса
474. общение с аутистической музыкой, живописью
475. живопись Босха, Дали
476. ничего из перечисленного
477. МЫШЛЕНИЮ ШИЗОИДА ОБЫЧНО СВОЙСТВЕННО**:**
478. умозрительность и символичность; склонность к идеалистически-философским построениям
479. синтонность
480. схизис
481. склонность к естественно-научным, в духе «здравого смысла» диалектически-материалистическим размышлениям
482. правильно «1» и «2»
483. МОТОРИКЕ ШИЗОИДА СВОЙСТВЕННО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ**:**
484. эластичности, гармоничности
485. угловатости движений
486. матерности
487. стремления к стилизации
488. судорожно стереотипных движений
489. ШИЗОИДУ ТРУДНО (ПО ГАННУШКИНУ)**:**
490. достаточно точно, трезво представить себе, что происходит вокруг него; проникнуть в душевный мир других людей
491. отчетливо увидеть отдельные части окружающего его мира
492. обнаружить способность к самопожертвованию в общечеловеческих вопросах
493. обнаружить тонкое эстетическое чувство
494. правильно «3» и «4»
495. ШИЗОИДАМ СВОЙСТВЕННЫ**:**
496. эмоциональная дисгармония
497. неправильное течение интеллектуальных процессов; склонность к построениям, исходящим не из фактов, а из схем, основанных на игре слов
498. любовь к несовместимым логическим ситуациям
499. стремление к сближению понятий, к действительности ничего общего между собой не имеющих
500. все перечисленное
501. МИМОЗОПОДОБНАЯ ЗАМКНУТОСТЬ ШИЗОИДА ОБЪЯСНЯЕТСЯ**:**
502. чрезмерной ранимостью
503. неспособностью найти адекватный способ общения или высказаться до конца
504. людским непониманием
505. известной циклоидностью
506. правильно «2» и «3»
507. КОНСТОРУМ ПОЛАГАЕТ, ЧТО ИСТЕРИЧНЫЕ ПЕРЕВОСПИТЫВАЮТСЯ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО**:**
508. деятельностью, трудом
509. внушением в бодрствующем состоянии
510. гипносуггестивным воздействием
511. психоанализом Фрейда
512. рациональной беседой
513. НЕУСТОЙЧИВЫЙ ПСИХОПАТ СПОСОБЕН КОМПЕНСИРОВАТЬСЯ (ПО ГАННУШКИНУ)**:**
514. в условиях постоянной опеки
515. находясь под давлением сурового жизненного уклада или в руках человека, не выпускающего его из-под наблюдения
516. в среде еще более тяжелых своей неустойчивостью психопатов, нежели он сам
517. в кругу семьи, мягко, нежно опекающей его, не докучающей ему упреками
518. правильно «1» и «2»
519. РАЗЛИЧНЫМ ОРГАНИЧЕСКИМ ПСИХОПАТАМ СВОЙСТВЕННО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (ПО СУХАРЕВОЙ)**:**
520. авторитарности
521. простодушия
522. склонности к бурным, быстро угасающим реакциям, бестормозности
523. склонности к сомнениям, анализу
524. все перечисленное
525. АНТИСОЦИАЛЬНУЮ ПСИХОПАТИЮ (ПО ГАННУШКИНУ) СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО**:**
526. с шизоидной психопатией и шизофренией
527. с психастенической психопатией
528. с ананкастической психопатией
529. с циклоидной психопатией
530. правильно «1» и «4»
531. ИСТЕРИЧЕСКИЙ ПСИХОПАТ СПОСОБЕН (ПО ГАННУШКИНУ)**:**
532. на высокомерие
533. на всевозможные унижения; готовность подчиняться чему угодно
534. на упрямство до негативизма
535. на выносливость, настойчивость
536. на все перечисленное
537. ДЛЯ ИСТЕРИЧЕСКОГО ПСИХОПАТА ТИПИЧНЫ (ПО ГАННУШКИНУ)**:**
538. завистливость, ревнивость, мстительность
539. способность сознавать свои ошибки
540. склонность к самообвинению
541. дисфоричность
542. правильно «1» и «3»
543. ГЛАВНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХИКИ ИСТЕРИЧЕСКИХ ПСИХОПАТОВ ЯВЛЯЮТСЯ (ПО ГАННУШКИНУ)**:**
544. отсутствие объективной правды как по отношению к другим, так и к самому себе
545. слабоволие и живое воображение
546. стремление во что бы то ни стало обратить на себя внимание окружающих
547. прямолинейное мышление
548. правильно «1» и «3»
549. ШИЗОИДЫ В БОЛЬШИНСТВЕ СВОЕМ ОБЛАДАЮТ**:**
550. тонким «аффективным резонансом» к чужим переживаниям
551. способностью понять горе и радость людей, которые их окружают
552. способностью проявлять много чувствительности к незнакомым, воображаемым ими людям; высокой раздражительностью
553. склонностью к неприятной душевной напряженности
554. правильно «3» и «4»

**Вопросы для рассмотрения:**

1. Понятия акцентуации характера, психопатий и психопатоподобных нарушений психики.
2. Учение и история вопроса о специфических расстройствах личности.
3. Подходы к классификации специфических расстройств личности (психопатий).
4. Клинико-психологические проявления специфических расстройств личности (психопатий).
5. Типология специфических расстройств личности.
6. Параноидное расстройство личности (F60.0).
7. Шизоидное расстройство личности (F60.1).
8. Диссоциальное расстройство личности (F60.2).
9. Эмоционально неустойчивое расстройство личности по импульсивному типу (F60.30).
10. Эмоционально неустойчивое расстройство личности по пограничному типу (F60.31).
11. Истерическое расстройство личности (F60.4).
12. Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности (F60.5).
13. Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F60.6).
14. Зависимое расстройство личности, включая личностей пассивных и пассивно-подчиняемых, а также личностей астенических (F60.7).
15. Другие специфические расстройства личности (F60.8): нарциссическое расстройство личности.
16. Другие специфические расстройства личности (F60.8): самоуничижительное расстройство личности.
17. Другие специфические расстройства личности (F60.8): пассивно-агрессивное расстройство личности.
18. Циклотимическое (аффективное) расстройство личности (F34.0). Депрессивное расстройство личности (F34.1).
19. Шизотипическое расстройство личности (F21).
20. Смешанное (мозаичное) расстройство личности (F61.0).
21. Дифференциальная диагностика специфических расстройств личности и особенности психопатоподобных нарушений в рамках других психических и наркологических заболеваний.
22. Дифференциальная диагностика расстройств личности.
23. Профилактика, психокоррекция, лечение и социальная адаптация при специальных расстройствах личности.

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ РАБОТЫ В МАЛЫХ ГРУППАХ**

**Задание 1:** Заполните таблицу «Специфические расстройства личности» на основании раздела 2.2 учебного пособия и дополнительных материалов по дисциплине (см. документ «Доп. материалы\_Специфические расстройства личности»).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Тип специфического расстройства личности** | **Клинические признаки**  (*КОРОТКО перечислить наиболее характерные черты*) | **Дифференциальная диагностика**  (*назвать психические расстройства со схожими проявлениями*) | **Психотерапия**  (*указать методы психотерапии, наиболее эффективные при данном расстройстве*) |
| Параноидное расстройство личности |  |  |  |
| Шизоидное расстройство личности |  |  |  |
| Диссоциальное расстройство личности |  |  |  |
| Эмоционально неустойчивое расстройство личности по импульсивному типу |  |  |  |
| Эмоционально неустойчивое расстройство личности по пограничному типу |  |  |  |
| Гистрионное (истерическое) расстройство личности |  |  |  |
| Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности |  |  |  |
| Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности |  |  |  |
| Зависимое расстройство личности |  |  |  |

**Задание 2:** Определите, о каком специфическом расстройстве личности (по МКБ-10) идет речь.

|  |  |
| --- | --- |
| **ОПИСАНИЕ** | **Тип специфического расстройства личности** |
| Главной особенностью пациентов с этим типом специфического расстройства личности являются подозрительность и недоверчивость по отношению к окружающим. Эти больные конфликтны, обидчивы и мстительны, их мышление подчинается чувствам и желаниям. Больные полностью сконцентрированы на собственных идеях – ревности, борьбы с «несправедливостью», с мнимыми «врагами», в состоянии декомпенсации предрасположены к развитию сверхценных и бредоподобных реакций. |  |
| Больных с этим расстройством личности отличает эмоциональная холодность, отгороженность от других людей, неумение и нежелание устанавливать доверительные отношения, низкая социальная активность. Они предпочитают уединенный образ жизни и мир собственных грез и фантазий общению с другими людьми. Низкая эмоциональность этих больных удивительным образом сочетается с избирательной чувствительностью и ранимостью в отношении ряда вопросов. Их логика и поступки кажутся причудливыми и неестественными. Таких больных часто называют странными, экстравагантными и оторванными от реальности. |  |
| Пациенты с таким диагнозом пренебрежительно относятся к социальным нормам, часто не выполняют обязательства и отказываются от ответственности за собственные действия. Они не испытывают затруднений при установлении социальных контактов, но воспринимают других людей только как средство для достижения собственных целей. Такие больные эмоционально холодны, бессердечны и жестоки, склонны к разного рода агрессивным действиям, вплоть до насилия. Ранее к подобным расстройствам применялся термин «социопатия». |  |
| Такие больные характеризуются болезненным стремлением к совершенству (скорее снижающим результативность деятельности, чем повышающим ее), излишней добросовестностью, старательностью и аккуратностью. Они испытывают трудности в принятии решений, боясь сделать неверный выбор, страдают от чувства неполноценности и высокой тревожности. Неукоснительно соблюдают распорядки и правила, причем того же требуют от окружающих. В состоянии декомпенсации склонны к обсессивно-компульсивным, ипохондрическим и депрессивным реакциям. |  |

**Тема 3.** Личность и психический дизонтогенез. Органическое расстройство личности

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

* + Тестирование
  + Устный опрос

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**банк тестовых заданий по модулю 3. Расстройства личности, происходящие преимущественно за счёт нарушений в когнитивной сфере.**

1. ДИЗОНТОГЕНЕЗ - ЭТО**:**
2. нарушение развития плода в утробе матери
3. нарушение формирования личности в детстве
4. нарушение развития организма на любом этапе филогенеза
5. нарушение развития организма на каком-либо этапе онтогенеза
6. мягкая задержка развития (инфантилизм)
7. РЕТАРДАЦИЯ ПОНИМАЕТСЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ КАК**:**
8. асинхрония развития
9. поврежденное развитие
10. задержанное развитие
11. ментальная слабость
12. искаженное развитие
13. ОЛИГОФРЕНИЧЕСКИЙ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС НЕ ВКЛЮЧАЕТ
    1. выраженную шаблонность ассоциаций
    2. речевые расстройства
    3. некритичность
    4. сохранность категориального строя мышления
    5. нет верного ответа
14. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ОБОБЩЕНИЯ, ИНЕРТНОСТЬ МЫШЛЕНИЯ, НАРУШЕНИЕ КРИТИЧНОСТИ, ВЫРАЖЕННЫЙ ЭГОЦЕНТРИЗМ В СУЖДЕНИЯХ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РЕЧЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА (ЛОГОРЕЯ, ОЛИГОФАЗИЯ, УПОТРЕБЛЕНИЕ УМЕНЬШИТЕЛЬНО-ЛАСКАТЕЛЬНЫХ СУФФИКСОВ – ЧК- -ИНЬК-), СУЖЕНИЕ ОБЪЁМА И НАРУШЕНИЕ ПЕРЕКЛЮЧАЕМОСТИ ВНИМАНИЯ, АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПОЛЯРНОГО ХАРАКТЕРА ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ
15. эпилептического патопсихологического симптомокомплекса
16. органического регистр-синдрома
17. психогенно-невротического регистр синдрома
18. экзогенно-органического патопсихологического симптомокомплекса
19. нет верного ответа
20. ФОРМА ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ПРИ КОТОРОМ ОТМЕЧАЕТСЯ ВЫРАЖЕННОЕ ОПЕРЕЖЕНИЕ РАЗВИТИЯ ОДНИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ И СВОЙСТВ ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ ЛИЧНОСТИ И ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ОТСТАВАНИЕ ТЕМПА И СРОКОВ СОЗРЕВАНИЯ ДРУГИХ ФУНКЦИЙ И СВОЙСТВ:
21. асинхрония
22. регрессия
23. распад
24. ретардация
25. гетерохрония
26. СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВИД НЕПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ:
27. социальная депривация
28. патохарактерологическое формирование личности
29. педагогическая запущенность
30. краевая психопатия
31. психический инфантилизм
32. К СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫМ ВИДАМ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ОНТОГЕНЕЗА ОТНОСИТСЯ:
33. педагогическая запущенность
34. патохарактерологическое формирование личности
35. акцентуация характера
36. краевая психопатия
37. психический инфантилизм

**Вопросы для рассмотрения:**

1. Личность и интеллект.
2. Лёгкое когнитивное снижение.
3. Органическое расстройство личности.
4. Психологическая помощь при органически обусловленных расстройствах личности.
5. Личность и деменция.
6. Личность и психический дизонтогенез.
7. Психическое недоразвитие.
8. Задержанное психическое развитие.
9. Поврежденное психическое развитие.
10. Дефицитарное развитие.
11. Искаженное развитие.
12. Дисгармоническое развитие.

**Тема 4.** Патопсихологическое развитие личности и его виды

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

* + Тестирование
  + Устный опрос

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**банк тестовых заданий по модулю 4. Расстройства личности, происходящие преимущественно за счёт патологии личностных ценностей и смыслов.**

1. ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ - ЭТО (ПО КЕРБИКОВУ)**:**
2. патология, порождаемая психогенным фактором
3. в сущности, психопатическое развитие
4. состояние, для которого характерна начальная стадия становления психопатического склада личности
5. состояние, которое обычно включает в себя «препсихопатическое состояние»
6. все перечисленное
7. ХРОНИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ, В ТОЙ ИЛИ ИНОЙ СТЕПЕНИ СХОДНЫЕ С ПСИХОПАТИЯМИ, МОГУТ ВОЗНИКАТЬ ПОСЛЕ:
8. Переживания экстремальных стрессовых си­туаций
9. Перенесенного психического заболевания
10. Резкой перемены условий жизни
11. Смены культурной среды
12. Верно сказанное в пп. «1» и «2»
13. В ОСНОВЕ ПОЧТИ ВСЕХ СЛУЧАЕВ ПАРАНОЯЛЬНОГО РАЗВИТИЯ, ЗАКОНЧИВШЕГОСЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИЕЙ СТОЙКОЙ БРЕДОВОЙ СИСТЕМЫ, ОБЫЧНО ЛЕЖАТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ МОМЕНТЫ, КРОМЕ (ПО ГАННУШКИНУ):
14. желания осуществить свои невыполнимые желания
15. борьбы за справедливость против действительных ее нарушителей
16. борьбы за справедливость против мнимых ее нарушителей
17. ананкастических переживаний
18. сверхценных идей
19. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИМ ОБСЕССИВНОЕ РАЗВИТИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ (ПО ГАННУШКИНУ):
20. психастенический склад личности
21. эпитимный склад личности
22. патологические сомнения
23. ананказмы
24. естественный резкий страх, закрепляющийся в силу ряда причин
25. ПСИХОПАТИЯ (В КЛАССИЧЕСКОМ, КЛИНИЧЕСКОМ ПОНИМАНИИ) ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ**:**
26. врожденностью патологических свойств личности
27. склонностью к глубоким невротическим расстройствам
28. асоциальностью поведения
29. наличием выраженных патологических свойств личности уже в детстве
30. вегетативными дисфункциями
31. ГЛАВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПАРАНОЯЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**:**
32. аффективно-аккумулятивная пропорция
33. психические автоматизмы
34. параноидный синдром
35. сенситивность и ипохондрический бред
36. ничего из перечисленного
37. ГЛАВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ИПОХОНДРИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**:**
38. аггравация
39. анозогнозические расстройства
40. ипохондрический бред и бредовое восприятие
41. гедонистические переживания
42. ничего из перечисленного
43. ГЛАВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ИСТЕРОИДНОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**:**
44. питиатизм
45. склонность к эстравертированным реакциям
46. экфорические расстройства
47. склонность к экспонации
48. алибидемия
49. ГЛАВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ АСТЕНИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**:**
50. истощаемость психики
51. выраженные вегетативные дисфункции
52. склонность к дереализационным расстройствам
53. ранимое самолюбие и переживание своей неполноценности
54. ничего из перечисленного
55. ГЛАВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ОБСЕССИВНОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**:**
56. синдром болезненных сомнений
57. анксиозные расстройства
58. анальная эротика
59. ананказмы
60. ничего из перечисленного
61. ГЛАВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ШИЗОИДНОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**:**
62. схизис
63. нарциссические переживания
64. диатетическая пропорция
65. экзистенциальное напряжение и стаз отрицательных эмоций
66. ничего из перечисленного
67. ГЛАВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ДЕПРЕССИВНОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**:**
68. психомоторная вялость
69. деперсонализационные и сенестопатические расстройства
70. психостеническая пропорция
71. суицидальные идеи
72. ничего из перечисленного
73. РАЗВИТИЕ (В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ) ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПРОЦЕССА (ПО ГАННУШКИНУ)**:**
74. наличием определенной анатомической базы в головном мозгу
75. сравнительно медленным течением (движением)
76. каким-то определенными абиотрофическими расстройствами
77. неправильным действием «мозговой машины»
78. закреплением функциональных неправильностей в пределах анатомически нормального аппарата

**Вопросы для рассмотрения:**

1. Учение о патологических развитиях личности.
2. Виды патологического развития личности.
3. Хронические психогенные изменения личности в МКБ-10.
4. Хронические изменения личности после переживания катастрофы (F 62.0).
5. Хронические изменения личности после психической болезни (F 62.1).

**Тема 5.** Расстройства личности вследствие других более широких заболеваний

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

* + Тестирование
  + Устный опрос

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**банк тестовых заданий по модулю 5. Расстройства личности вследствие психических, наркологических и психосоматических заболеваний.**

1. ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ НА НЕУСТОЙЧИВОЙ ЛИЧНОСТНОЙ ПОЧВЕ**:**
2. обычно протекает вяло, малопрогредиентно
3. чаще протекает злокачественно
4. возникает преимущественно в среднем возрасте
5. имеет обычно хороший прогноз в случае квалифицированного лечения
6. встречается довольно редко
7. УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ ДЕЙСТВИЯ СТРЕССА ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ЧЕЛОВЕКА -....
8. предприимчивость
9. активность
10. чувство беспомощности
11. энергичность
12. сензитивность
13. НЕВРОТИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ ЧРЕЗМЕРНО ЗАВЫШЕННЫМИ ПРЕТЕНЗИЯМИ ЛИЧНОСТИ, СОЧЕТАЮЩИМИСЯ С НЕДООЦЕНКОЙ ИЛИ ПОЛНЫМ ИГНОРИРОВАНИЕМ ОБЪЕКТИВНЫХ РЕАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ИЛИ ТРЕБОВАНИЙ ОКРУЖАЮЩИХ, НАЗЫВАЕТСЯ:
14. истерическим
15. обсессивно-психастеническим
16. неврастеническим
17. психопатическим
18. ипохондрическим
19. СОГЛАСНО РАЙХУ, СУЩЕСТВЕННОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
20. чувство общности
21. ориентация на внешний или внутренний мир
22. организмический процесс оценки
23. защитный «характерный» панцирь
24. все перечисленное
25. ТИП «А», ОПИСАННЫЙ АМЕРИКАНСКИМИ УЧЕНЫМИ М.ФРИДМАНОМ И Р.РОЗЕНМАНОМ, ПОДРАЗУМЕВАЕТ:
26. совокупность факторов риска у индивидуума,увеличивающая вероятность возникновения у него психосоматического расстройства
27. поведенческие черты личности, увеличивающие вероятность возникновения ишемической болезни сердца
28. расстройство нейроэндокринной регуляции у индивидуума на фоне эмоционального напряжения, увеличивающее вероятность возникновения гипертонической болезни
29. поведенческие черты личности, увеличивающие вероятность возникновения язвенной болезни
30. тип личности, которому свойственна преувеличенная тенденция к зависимости, характерная для больных бронхиальной астмой
31. АВТОРОМ КОНЦЕПЦИИ «ПРОФИЛЯ ЛИЧНОСТИ» В ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
    1. Александер
    2. Витковер
    3. Данбар
    4. Поллак
    5. Бройтигам
32. ТЕОРИЯ СПЕЦИФИЧНОСТИ УТВЕРЖДАЕТ, ЧТО:
33. каждое психосоматическое заболевание подобно другому психосоматическому заболеванию
34. специфичность определяет феномен алекситимии
35. каждое психосоматическое расстройство определяется определенным психологическим паттерном
36. определенные черты личности определяют соответствующие соматические симптомы
37. верно «3» и «4»
38. В ГРУППУ ТЕОРИЙ СПЕЦИФИЧНОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СВЯЗЕЙ ВХОДЯТ:
39. теория специфичности личности
40. теория специфичности бессознательного
41. теория специфичности взаимодействия со средой
42. теория специфичности эмоций
43. верно «1» и «4»
44. НЕДОСТАТКАМИ ТЕОРИИ СПЕЦИФИЧНОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ ЯВЛЯЕТСЯ ТО, ЧТО:
45. выделяемые особенности личности имеют статический характер
46. особое значение в объяснении психосоматических связей придается алекситимии
47. выделяемые черты личности не соотносятся с социальным развитием индивида и историей его жизни
48. определенные личностные черты, играют существенную роль в этиологии и патогенезе психосоматического расстройства
49. верно «1» и «3»
50. ОСНОВНЫМИ ЛИЧНОСТНЫМИ ЧЕРТАМИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ПО Ф. АЛЕКСАНДЕРУ) ЯВЛЯЮТСЯ:
51. враждебная настроенность, сочетающаяся с выраженным контролем и подавлением агрессивных тенденций поведения
52. паранойяльность
53. сенситивность
54. аутистичность
55. демонстративность
56. К ЛИЧНОСТНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОТНОСЯТСЯ (ПО В. ОСЛЕРУ):
57. невротичность и сенситивность
58. тягостное чувство неполноценности
59. честолюбие, энергичность с уверенностью в своих силах
60. правильно «1» и «2»
61. все перечисленное
62. «КОРОНАРНЫЙ ЛИЧНОСТНЫЙ ТИП» (Ф. ДАНБЭР) ОБНАРУЖИВАЕТ:
63. скрытность, способность сдерживаться
64. синтонность
65. гипоманиакальность
66. неспособность контролировать свои эмоции
67. астеничность
68. К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ОСОБЕННО ПРЕДРАСПОЛОЖЕН СЛЕДУЮЩИЙ ТИП ИЗ ПРЕДЛОЖЕННОЙ М. ФРИДМЭНОМ И Р. РОЗЕНМЭНОМ ТИПОЛОГИИ:
69. тип В
70. тип А
71. тип С
72. тип D
73. тип Е
74. ОСОБЕННО ПРЕДРАСПОЛОЖЕНЫ К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА МУЖЧИНЫ В ВОЗРАСТЕ 39-40 ЛЕТ (ПО М. ФРИДМЭНУ И Р. РОЗЕНМЭНУ):
75. со способностью энергично добиваться продвижения по службе, ощущением нехватки времени
76. со скрупулезностью, ананкастичностью
77. с добродушием
78. с неуверенностью в себе, склонностью к сомнениям
79. правильно «2» и «3»
80. ПО ШКАЛАМ ЛИЧНОСТНОГО ОПРОСНИКА КЕТТЕЛА БОЛЬНЫЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ КАК ИМЕЮЩИЕ:
81. шизотимные черты
82. циклотимные черты
83. эпитимные черты
84. паранойяльные
85. истерические
86. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО ММPI ВЫЯВЛЯЕТСЯ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПРЕОБЛАДАНИЕ ШКАЛ (ПО ГУБАЧЕВУ И СТАБРОВСКОМУ):
87. шизоидности
88. депрессии и ипохондрии
89. психастении
90. маниакальности
91. правильно «2» и «3»
92. ТИПИЧНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ПО Ф. АЛЕКСАНДЕРУ) ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:
93. тщеславия
94. агрессивности
95. ранимости
96. робости
97. впечатлительности
98. БОЛЬНЫЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОТЛИЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ЛИЧНОСТНЫМИ СВОЙСТВАМИ, КРОМЕ (ПО И. ЛОРИЕ):
99. психастеничности
100. истеричности
101. стремления к самоутверждению, мнительности
102. скрытности, замкнутости
103. правильно «3» и «4»
104. БОЛЬНЫЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОТЛИЧАЮТСЯ ВСЕМИ СЛЕДУЮЩИМИ ЛИЧНОСТНЫМИ ЧЕРТАМИ, КРОМЕ (ПО В. БЕЛОВУ, Т. НЕМЧИНОЙ):
105. астеничности
106. повышенной самооценки
107. безалаберности
108. прямолинейности в демонстрации развитого чувства долга
109. правильно «1» и «2»
110. СПЕЦИАЛИСТЫ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ОРИЕНТАЦИИ РАС­СМАТРИВАЮТ ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ СКЛОННОСТЬ К АЗАРТНЫМ ИГ­РАМ КАК:
111. Компульсивное растормаживание латентных нар-цисстических тенденций
112. Следствие борьбы с сиблингами за внимание ро­дителей
113. Инфантильные фантазии всемогущества и про­тест против не подчиняющейся этим фантазиям реальности
114. Сублимированный Эдипов конфликт
115. Регрессию на анальную фазу психосексуального развития
116. Истерические расстройства часто встречаются:
117. у больных с травматической церебрастенией и неврозоподобной шизофренией
118. при сенильном слабоумии
119. при болезни Пика
120. при психастенической психопатии
121. правильно «2» и «3»

**Вопросы для рассмотрения:**

1. Невротическое развитие личности.
2. Расстройства личности у больных психосоматическими заболеваниями.
3. Расстройство множественной личности.
4. Расстройства личности у больных шизофренией.
5. Расстройства личности у больных алкоголизмом.

**Тема 6.** Методы исследования расстройств личности

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

* + Тестирование
  + Устный опрос
  + Проверка практических навыков
  + Письменный опрос *(рубежный контроль по модулю 2)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**банк тестовых заданий по модулю 6. Методы исследования расстройств личности.**

1. ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ПОМОЩИ СИСТЕМЫ ТЕСТОВ НАЗЫВАЕТСЯ:
2. Психодиагностика
3. Диагноз
4. Измерение
5. Психологический эксперимент
6. Направленное наблюдение
7. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ТЕСТ СО СТАНДАРТНЫМИ ВОПРОСАМИ И ПЕРЕЧНЕМ СТАНДАРТНЫХ ОТВЕТОВ, КОТОРЫЙ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПА­ЦИЕНТОМ:
8. Стандартное интервью
9. Ассоциативный тест
10. Клинический опросник
11. Рубрикатор
12. Тест имитации
13. ТЕСТЫ РОРШАХА, «РИСУНОК ЧЕЛОВЕКА» МАХОВЕР, ОП­РОСНИК ЛОКУСА КОНТРОЛЯ, ТАТ, ММРI ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ:
14. Интеллекта
15. Психопатологических синдромов
16. Способностей
17. Социальных установок
18. Личности
19. МЕТОДИКА ДЕМБО—РУБИНШТЕЙН ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:
20. Тест уровня самооценки
21. Экспериментально-психологическую методику изучения свойств личности по самооценке
22. Экспериментально-психологическую методику изучения самооценки
23. Опросник черт личности
24. Проективную методику изучения ценностно-смысловой сферы
25. «ТЕСТ ЧЕРНИЛЬНЫХ ПЯТЕН» СОЗДАН ГЕРМАНОМ РОРШАХОМ:
26. В 1912 году
27. В 1921 году
28. В 1935 году
29. В 1951 году
30. В 1978 году
31. РАЗНОВИДНОСТЯМИ СТАНДАРТИЗОВАННОГО САМООТЧЕТА ЯВ­ЛЯЮТСЯ ВСЕ ТЕСТЫ КРОМЕ ОДНОГО:
32. Шкала самоуважения М. Розенберга для под­ростков
33. Шкала детской «Я-концепции» Е. Пирса и Д. Харриса
34. Шкала «Я-концепции» В. Фиттса
35. Тематический апперцепционный тест Г. Мюррея
36. 16-ти факторный опросник Р. Кетттела
37. ТАК НАЗЫВАЕМЫЙ КРУГ АЙЗЕНКА ПОСТРОЕН НА СЛЕДУЮЩИХ ОСЯХ (ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНОЕ):
38. Ригидности—гибкости и пессимизма—оптимизма
39. Нейротизма—стабильности и экстраверсии— интроверсии
40. Экстернальности—интернальности и нейротизма—психопатизации
41. Пассивности—активности и рассудочности-эмоциональности
42. Силы – уравновешенности – подвижности
43. ПОЛОЖЕННЫЕ В ОСНОВУ ОПРОСНИКА АЙЗЕНКА ПЕРЕМЕН­НЫЕ НЕЙРОТИЗМ—СТАБИЛЬНОСТЬ» И «ЭКСТРАВЕРСИЯ—ИНТРОВЕРСИЯ»:
44. Ортогональны
45. Взаимозависимы
46. Квазилинейны
47. Параллельны
48. Псевдонаучны
49. АДАПТАЦИЯ ММРI У НАС В СТРАНЕ НАЧАЛАСЬ:
50. В 50-е годы
51. В 60-е годы
52. В 70-е годы
53. В 80-е годы
54. В 90-е годы
55. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ОПИСЫВАЕТ ЦЕЛИ МЕТОДИКИ ЛИЧНО­СТНОГО СУБЪЕКТИВНОГО ШКАЛИРОВАНИЯ, ПРЕДЛОЖЕННОЙ Г.П. ЦЕЙТИНОЙ С СОАВТ. В 1977 ГОДУ:
56. Изучение структуры самооценки
57. Исследование межличностных отношений
58. Изучение самооценки свойств личности и отноше­ний больных с невротическими расстройствами
59. Изучение типов внутриличностных невротичес­ких конфликтов
60. Изучение системы ценностей и смыслов
61. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ОПИСЫВАЕТ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА «3» В ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКОМ ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ОПРОСНИКЕ (ПДО) А.Е. ЛИЧКО:
62. Показатель надежности полученных данных
63. Мера индивидуальной валидности
64. Указание на возможность резидуально-органической обусловленности особенностей характера
65. Отражение реакции эмансипации
66. Шкала лжи
67. КАКОЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ИЗМЕРЕНИЙ ОЦЕНИВАЕТ ШКАЛА II МУЖЕСТВЕННОСТИ-ЖЕНСТВЕННОСТИ ПДО:
68. Сексуальную ориентацию
69. Интенсивность сексуального влечения
70. Полоролевую идентификацию
71. Биологическую маскулинность-фемининность
72. Наличие сексуальных перверзий
73. ЛИЧНОСТНЫЙ ОПРОСНИК БЕХТЕРЕВСКОГО ИНСТИТУТА (ЛОБИ) ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ:
74. Типов характера личности
75. Типов отношения к болезни у больных с хрони­ческими соматическими заболеваниями
76. Коммуникативных установок
77. Невротических характерологических радикалов
78. Акцентуаций характера
79. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЕРНО ОПИСЫВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ ТЕСТА С. РОЗЕНЦВЕЙГА:
80. Выявление агрессивных реакций на стресс
81. Определение уровня стрессоустойчивости
82. Определение типов реагирования на фрустрацию
83. Диагностика клинических типов агрессивности
84. Диагностика уровня агрессивности
85. КАКОВО ИСХОДНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ОПРОСНИКА Т. ЛИРИ:
86. Изучение групповой динамики
87. Изучение взаимоотношений в семье
88. Изучение ролевых идентификаций личности
89. Изучение социальной конфликтности
90. Изучение сферы межличностных отношений
91. МЕТОДИКА Э.Т. ДОРОФЕЕВОЙ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭМОЦИО­НАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ЦВЕТОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬ­НОСТИ ПОЗВОЛЯЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ВСЕ СОСТОЯНИЯ, КРОМЕ ОДНОГО:
92. Мания
93. Депрессия
94. Дисфория
95. Тревога
96. Апатия
97. ТЕСТ ФРУСТРАЦИИ РОЗЕНЦВЕЙГА ОТНОСИТСЯ К ОДНОЙ ИЗ НАЗВАННЫХ ГРУПП:
98. Личностные опросники
99. Прожективные тесты
100. Свободное интервью
101. Психометрические тесты
102. Тесты способностей
103. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЕРНО ОПИСЫВАЕТ ОСНОВУ, НА КОТОРОЙ ПРОВОДИТСЯ ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПДО:
104. Прожективная интерпретация
105. Шкалы субъективной и объективной оценки
106. Факторный анализ
107. Включенное наблюдение
108. Верно сочетание ответов «2» и «3»
109. ВЫБЕРИТЕ ОДНУ ИЗ ФОРМУЛИРОВОК ЦЕЛЕЙ ИССЛЕДОВА­НИЯ, ПОДХОДЯЩУЮ ДЛЯ ОПРОСНИКА ЛИТМАНА—ШМИШЕКА:
110. Выявление и исследование акцентуаций характера
111. Оценка уровня депрессии и тревоги
112. Исследование учебной мотивации
113. Выявление деперсонализации
114. Исследование уровня ситуативной и личностной тревожности
115. ДЛЯ КАКОЙ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ЦЕЛЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ОБЫЧ­НО ШКАЛА ДЕПРЕССИИ М. ГАМИЛЬТОНА:
116. Оценка структуры депрессии
117. Дифференциация невротической и эндогенной депрессии
118. Выявление соматогенных депрессий
119. Контроль эффективности антидепрессантов
120. Верно все перечисленное выше
121. ЦЕЛЯМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИВ­НЫХ СОСТОЯНИЙ СЛУЖИТ:
122. Опросник Стреляу
123. ЕРI-тест Айзенка
124. Опросник Басса—Дарки
125. Шкала Зунге
126. Опросник Спилбергера-Ханина
127. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЕРНО ОПИСЫВАЕТ ШКАЛУ ТРЕ­ВОГИ М. ГАМИЛЬТОНА:
128. Личностный опросник, направленный на выяв­ление конституциональной тревожности и си­туационной тревоги
129. Клинико-диагностический опросник, диффе­ренцирующий невротическую и психотическую тревогу
130. Стандартизованный опросник для выявления соматических эквивалентов тревоги
131. Нестандартизованное интервью, используемое в работе с подростками
132. Стандартизированный опросник, наиболее часто используемый при работе с психосоматическими больными
133. КАКОЙ ИЗ ЦВЕТОВ В ТЕСТЕ ЛЮШЕРА НЕ ОТНОСИТСЯ К ОСНОВНЫМ:
134. Синий
135. Желтый
136. Фиолетовый
137. Сине-зеленый
138. Красный
139. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЕРНО ОПИСЫВАЕТ МОМЕНТ СХОД­СТВА ТЕСТОВ ВАРТЕГГА И РОРШАХА:
140. Используют качественно сходный стимульный материал
141. Построены на одной технике обработки резуль­татов
142. Используют заданные стимулы в допускающих неоднозначную мотивацию условиях экспе­римента
143. Не имеют возрастных ограничений
144. Используются для выявления типа психической патологии
145. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ОПИСЫВАЕТ ЦЕЛЕВОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ШКАЛЫ А. БЕКА:
146. Оценка уровня тревожности
147. Выявление типа невротического реагирования
148. Выявление предрасположенности к шизофрении
149. Оценка степени выраженности депрессии по самооценке
150. Выявление акцентуаций характера
151. ПРИ ПЕРВОМ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТА ВОЗНИКАЕТ ЗАДАЧА ИЗУЧЕНИЯ ПРИЧИН ОБРАЩЕНИЯ И ОТНОСЯЩИХСЯ К ЕГО СОСТО­ЯНИЮ ФАКТОРОВ. С ПОМОЩЬЮ КАКОГО МЕТОДА ЭТО СЛЕДУЕТ СДЕЛАТЬ:
152. Стандартное диагностическое интервью
153. Анкетный метод
154. Неструктурированное интервью
155. ММРI
156. Тесты личностных черт
157. КАКОЙ ТИП ИССЛЕДОВАНИЯ ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ПОЛУЧИТЬ ОТ ПАЦИЕНТА ИНФОРМАЦИЮ О ЧАСТОТЕ У НЕГО ТОГО ИЛИ ИНОГО ВИДА ПОВЕДЕНИЯ:
158. Наблюдение поведения
159. Объективные сведения
160. Самоотчет пациента
161. Полиграфический
162. Психологический эксперимент
163. В ПРОТОКОЛЕ ТЕСТА РОРШАХА ПСИХОЛОГ ФИКСИРУЕТ НАРЯ­ДУ С ИНТЕРПРЕТАЦИЕЙ СТИМУЛОВ ЕЩЕ ОДИН ПАРАМЕТР:
164. Истории, сочиняемые испытуемым по поводу предъявляемых стимулов
165. Латентное время ответов
166. Физиологические реакции испытуемого
167. Доминирующее поле зрения
168. Невербальное сопровождение ответа
169. ОТВЕТЫ ПО ТЕСТУ РОРШАХА У ИСПЫТУЕМЫХ С ОРГАНИ­ЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧАСТО ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ:
170. Немногочисленность ассоциаций
171. Цветовые названия
172. Удлиненное время реакции
173. Все перечисленное
174. Ничего из перечисленного
175. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО ММРI КАКИЕ ШКА­ЛЫ ПОКАЖУТ, ЧТО ИСПЫТУЕМЫЙ СКЛОНЕН К ЗАЩИТЕ, ЛЕГКО­МЫСЛИЮ ИЛИ СМУЩЕНИЮ ПРИ РАБОТЕ С ЗАДАНИЯМИ:
176. Гипомании и психастении
177. Шизофрении и депрессии
178. Вся совокупность клинических шкал
179. Шкалы валидности
180. Социальной интроверсии
181. ПО КАКОЙ ШКАЛЕ ММРI ИСПЫТУЕМЫЙ, СКЛОННЫЙ К ВОЛ­НЕНИЮ ПО РАЗЛИЧНЫМ ПОВОДАМ, ДАСТ ВЫСОКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ:
182. Психастении
183. Шизофрении
184. Гипомании
185. Паранойи
186. Маскулинности — феминности
187. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ШКАЛА ММРI, ИЗМЕРЯЮЩАЯ СТЕРЕОТИ­ПЫ СЕКСУАЛЬНО-РОЛЕВЫХ УСТАНОВОК И ПОВЕДЕНИЯ:
188. Половых ролей
189. Феминности
190. Сексуальных ролей
191. Половой идентичности
192. Гендерной идентичности
193. ПАЦИЕНТКА РАССКАЗЫВАЕТ, ЧТО ПРИШЕЛЬЦЫ ИЗ КОСМОСА ХОТЯТ ЕЕ УБИТЬ. ПО КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ШКАЛ ММРI У НЕЕ С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ МОЖНО ОЖИДАТЬ ВЫСО­КИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ:
194. Ипохондрии
195. Гипомании
196. Истерии
197. Паранойи
198. Психопатии
199. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ДАЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОВЕРИТЬ, НЕ ЛЖЕТ ЛИ ИСПЫТУЕМЫЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЗАДАНИЙ ММРI:
200. Наблюдение за испытуемым
201. Шкалы надежности
202. Шкалы валидности
203. Различающиеся показатели на двух соседних шкалах
204. Шкала социальной интроверсии
205. КАКОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ТЕСТОВ СОДЕРЖИТ ТРИ ШКАЛЫ ВАЛИДНОСТИ И ДЕСЯТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ШКАЛ:
206. Тест Векслера для взрослых
207. Тест Айзенка
208. ММРI
209. Тест Кеттелла
210. Тест Леонгарда-Шмишека
211. КТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ РАЗРАБОТАЛ 16-ФАКТОРНЫЙ ЛИЧНОСТНЫЙ ОПРОСНИК:
212. Л. Колберг
213. Б.В. Зейгарник
214. Р. Кеттелл
215. С.Я. Рубинштейн
216. А.Р. Лурия
217. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТЕСТОВ МОЖЕТ ВЫЯВЛЯТЬ ДИССИМУЛЯТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ:
218. Тест Бендер
219. ТАТ
220. ММРI
221. Тест Векслера
222. Тест Равенна
223. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТЕСТОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЖЕКТИВНЫМ:
224. ТАТ
225. Тест Роршаха
226. Тест тревожности Спилбергера—Ханина
227. Тест незаконченных фраз
228. Рисунок человека
229. ОПРОСНИК СПИЛБЕРГЕРА—ХАНИНА ПОЗВОЛЯЕТ:
230. Оценить уровень депрессии
231. Выявить склонность к полярным колебаниям аффекта
232. Сопоставить истинную и ситуативную самооценку
233. Сопоставить ситуативную и конституциональную тревожность
234. Сопоставить вербальный и невербальный интеллект

**Вопросы для рассмотрения:**

1. Личность и расстройства личности как предмет исследования.
2. Алгоритм психодиагностического исследования личности. Диагностический инструментарий: личностные опросники, проективные методы.
3. Клинико-психопатологический метод исследования расстройств личности.
4. Клинико-психологический метод исследования расстройств личности.
5. Патопсихологический метод исследования расстройств личности.

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

На базе ГАУЗ ООКНД провести экспериментально-психологическое исследование пациента с расстройством личности при помощи следующих психодиагностических методик (необходимо использовать не менее одной методики из каждой группы):

***1. Методы исследования эмоциональных состояний:***

*Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера — Ю.Л. Ханина.*

*Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора.*

*Госпитальная шкала тревоги и депрессии.*

*Шкала самооценки депрессии Цунга (в адаптации Т.И. Балашовой).*

*Опросник уровня агрессивности Басса – Дарки.*

***2. Методы исследования функциональных состояний:***

*Опросник «Самочувствие, активность, настроение» (САН).*

*Определение нервно–психического напряжения (НПН) Т.А. Немчина.*

*Методика комплексной оценки проявлений стресса Ю. В. Щербатых.*

*Опросник ДОРС «Дифференцированная оценка состояний сниженной работоспособности (утомление, монотония, пресыщение, стресс) А. Леоновой, С. Величковской.*

***3. Методы исследования темперамента:***

*Опросник структуры темперамента (Русалов В.М.).*

*Опросник Я. Стреляу.*

***4. Методы исследования характера:*** *опросник Шмишека.*

***5. Методы исследования направленности личности:***

*Опросник терминальных ценностей И.Г. Сенина.*

*Методика изучения мотивации профессиональной карьеры Шейна.*

*Тест мотивации достижения в модификации М.Ш. Магомед-Эминова.*

***6. Методы исследования самосознания и Я-концепции:***

*Нахождение количественного выражения уровня самооценки по Будасси.*

*Исследование самооценки по методике Дембо — Рубинштейн.*

*Тест самоотношения В.В. Столина.*

*Методика исследования самоотношения (МИС) С.Р. Пантелеева.*

*Тест смысложизненных ориентаций (СЖО).*

***7. Методы исследования способностей:***

*Тест «Прогрессивные матрицы Равена».*

*Тест Векслера.*

*Тест эмоционального интеллекта Холла.*

*Методика диагностики уровня эмпатических способностей В.В. Бойко.*

***8. Дифференциальный и типологический подходы в исследованииличности.***

*Многомерные опросники черт личности (дифференциальный подход): 16-факторный личностный опросник Р. Б. Кеттелла.*

*Типологические личностные опросники:*

*Личностный опросник Г.Ю. Айзенка.*

*Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) в адаптации В.П. Зайцева.*

*Методика определения типа личности и вероятности личностных расстройств («Персональный автопортрет» Дж. Олдхэма и Л. Морриса).*

***9. Проективные методы исследования личности:***

*Цветовой тест Люшера.*

*Тест руки («Hand-test»).*

*Методика «Дом-Дерево-Человек».*

***10. Методы исследования поведения в стрессовых (в том числе конфликтных) ситуациях:***

*Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса.*

*Диагностика копинг-стратегий Э. Хейма.*

*Тест описания поведения К. Томаса.*

***11. Изучение истории личности:*** *биографический опросник (BIV).*

**Тема 2.** Методы исследования расстройств личности (продолжение)

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

* Проверка практических навыков *(КСР)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

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

Подготовить заключение по данным экспериментально-психологического исследования пациента с расстройством личности, проведённого на базе ГАУЗ ООКНД. Требования к оформлению экспериментально-психологического исследования представлены в *Методических указаниях по самостоятельной работе обучающихся по данной дисциплине.*

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **Тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 91-100% правильных ответов. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 81-90% правильных ответов. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 71-80% правильных ответов. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **Устный опрос** | Оценкой «ОТЛИЧНО» оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой «ХОРОШО» оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Проверка заключения по данным экспериментально-психологического исследования** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если заключение по данным экспериментально-психологического исследования полное, последовательное, написано аккуратно. Структура заключения соответствует образцу. В заключении приведены результаты исследования по каждой шкале каждой психодиагностической методики (количество баллов по шкале + уровень), дана подробная интерпретация результатов по каждой методике в отдельности и общее заключение с кратким повторением основных результатов по всем использованным методикам. Приложены заполненные испытуемым бланки психодиагностических методик. Заключение сдано в установленный срок. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если заключение по данным экспериментально-психологического исследования полное, последовательное, составлено в соответствии с образцом. Имеют место несущественные стилистические ошибки, оформление аккуратное. В заключении приведены результаты исследования по каждой шкале каждой психодиагностической методики (количество баллов по шкале + уровень), дана подробная интерпретация результатов по каждой методике в отдельности и общее заключение с кратким повторением основных результатов по всем использованным методикам. Допущены незначительные ошибки в интерпретации результатов исследования. Приложены заполненные испытуемым бланки психодиагностических методик. Заключение сдано в установленный срок. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если заключение по данным экспериментально-психологического исследования неполное, оформлено неаккуратно, структура отличается от установленного образца. В заключении приведены результаты исследования по каждой шкале каждой психодиагностической методики (количество баллов по шкале + уровень), однако отсутствует подробная интерпретация результатов по каждой из методик, либо общее заключение. В интерпретации результатов исследования допущены ошибки. Приложены заполненные испытуемым бланки психодиагностических методик. Заключение сдано позже установленного срока. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если заключение по данным экспериментально-психологического исследования неполное, бессистемное, оформлено неаккуратно, без соблюдения установленной структуры. Отсутствуют данные (количество баллов по шкале + уровень) по некоторым методикам, допущены грубые ошибки в интерпретации результантов исследования. Заполненные испытуемым бланки психодиагностических методик не приложены. Заключение сдано позже установленного срока. |

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

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

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

*(Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:*

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине– экзамен:*

***Рд = Ртс + Рэ***

*Где:*

*Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;*

*Рэ – экзаменационный рейтинг)*

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

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

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

**Критерии оценивания**

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

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

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

**Критерии оценивания**

**выполнения практического задания**

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

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

***Модуль 1 «Психология девиантного поведения»***

1. Поведение в границах нормы: стандартное, маргинальное, нестандартное. Постулат «сообразности» аспектов человеческой адаптации (В.А. Петровский).
2. Личностные доминирующие уровни мотивации поведения.
3. Социальные мотивы личности.
4. Проблема поведения и деятельности в отечественной психологии. Теория классического обусловливания поведения И.П. Павлова.
5. Личность и бихевиориальная психология. Теория оперантного обусловливания поведения Б.Ф. Скиннера.
6. Социальное научение личности и поведенческий анализ, поведенческий профиль. Понятие локуса контроля.
7. Наука этология. Определение поведения. Общие характеристики поведения (черты).
8. Типы поведенческой активности. Поведенческий анализ (схема). Роль локуса контроля в поведении.
9. Социальная дезадаптация (определение и сферы проявления). Классификация типов социальной дезадаптации.
10. Суицидальное поведение и аутодеструктивизм
11. Делинквентное поведение.
12. Аддиктивное поведение. Мотивация употребления алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ).
13. Отклоняющееся пищевое поведение.
14. Отклоняющееся сексуальное поведение.
15. Коммуникативные девиации.
16. Виды девиантного поведения: асоциальное, аддиктивное, аутодеструктивное.
17. Формы и виды девиаций поведения.
18. Понятие и признаки девиантного поведения.
19. Психологические и педагогические основы предупреждения отклоняющегося формирования мотивационно-потребностной сферы личности, её социальной дезадаптации.
20. Профилактика и психокоррекция отдельных форм и видов отклоняющегося поведения.

***Модуль 2 «Расстройства личности»***

1. Критерии личностной нормы и патологии.
2. Вероятностные расстройства личности (прототипы) в зависимости от личностной типологии по Олдхэму и Моррису. Тест «Персональный автопортрет».
3. Классификация патологии личности в МКБ-10 и DSM-IV.
4. Патопсихологическая дифференциация расстройств личности (И.А. Кудрявцев, В.М. Блейхер, В.А. Дереча).
5. Современные представления о специфических расстройствах личности (психопатиях) и их диагностических критериях.
6. Динамика специфических расстройств личности (психопатий). Понятие психопатической декомпенсации.
7. Подходы к классификации специфических расстройств личности (психопатий): описательный, генетический, клинико-статистический.
8. Клинико-психологические проявления специфических расстройств личности (психопатий). Общие и частные признаки патологичности характера.
9. Параноидное расстройство личности (диагностические критерии, код по МКБ-10). Шизоидное расстройство личности (диагностические критерии, код по МКБ-10). Шизотипическое расстройство личности (диагностические критерии, код по МКБ-10).
10. Диссоциальное расстройство личности (диагностические критерии, код по МКБ-10). Эмоционально неустойчивое расстройство личности: по импульсивному типу, по пограничному типу (диагностические критерии, код по МКБ-10). Гистрионное (истерическое) расстройство личности (диагностические критерии, код по МКБ-10).
11. Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности (диагностические критерии, код по МКБ-10). Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (диагностические критерии, код по МКБ-10). Зависимое расстройство личности (диагностические критерии, код по МКБ-10).
12. Нарциссическое расстройство личности (диагностические критерии, код по МКБ-10). Самоуничижительное расстройство личности (диагностические критерии, код по МКБ-10). Пассивно-агрессивное расстройство личности (диагностические критерии, код по МКБ-10).
13. Циклотимическое (аффективное) расстройство личности (диагностические критерии, код по МКБ-10). Депрессивное расстройство личности (диагностические критерии, код по МКБ-10). Смешанное (мозаичное) расстройство личности (диагностические критерии, код по МКБ-10).
14. Разграничение психопатий, психопатоподобных расстройств и акцентуаций характера. Дифференциальная диагностика психопатий от психопатоподобных нарушений при других психических расстройствах.
15. Органическое снижение личности: этиология, критерии диагностики по МКБ-10, патопсихологические характеристики по И.А. Кудрявцеву и В.М. Блейхеру. Патопсихологическая динамика (стадии) ослабоумливания.
16. Учение о патологических развитиях личности. Варианты патологического развития личности. Психогенное развитие личности (виды, клинические проявления, коды по МКБ-10).
17. Изменения личности при химических зависимостях (алкоголизм, наркомания, токсикомания).
18. Клинико-психологический метод исследования расстройств личности.
19. Экспериментально-психологический метод исследования расстройств личности (алгоритмы и методы исследования).
20. Психологическая помощь при расстройствах личности (включая психопатии и психопатоподобные нарушения в рамках других психических расстройств).

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

*(полный перечень заданий)*

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 1**

Больной Ш., 48 лет, техник-лесовод. Занимаясь измерением стволов деревьев, обратил внимание на зависимость их диаметра от расстояния до опушки леса. Ш. подумал, что если ему удастся вывести формулу, характеризующую эти отношения, то такая формула будет иметь большое значение для вычисления объема древесины. Он продолжал свои наблюдения и спустя некоторое время вывел необходимую формулу. Свои расчеты и статью Ш. направил в различные научные журналы, но признания не до-бился, в рецензиях на его работу указывалось, что тема актуальная, но произведенные расчеты неубедительны и требуют проверки. Однако Ш., будучи человеком настойчивым и вместе с тем, будучи чрезвычайно самолюбивым, остался неудовлетворенным объяснениями, даваемыми в рецензиях. Личные контакты со специалистами также не убедили его в ошибочности полученных данных. Считая отзывы необъективными, он стал обращаться во многие советские и партийные организации с требованиями «восстановить справедливость», вел обширную переписку, завел две папки — для входящих и исходящих бумаг. В своих ответах оппонентам Ш. выискивал малейшие неточности в выражениях несогласных с ним ученых, видя в них доказательство необъективности оценки, консерватизма, желание уйти от ответственности. Все свободное время от работы Ш. уделял составлению бумаг, поискам новых доказательств своей правоты. Перестал уделять внимание своим обязанностям, семье, в разговорах с домашними и друзьями постоянно возвращался к вопросу о своем изобретении, выражал свое возмущение, с обидой реагировал на любые возражения. Стал раздражительным, плохо спал.

**Вопрос:** Квалифицируйте состояние больного.

**Ответ:** *???*

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 2**

Больной Г., 34 года, техник-строитель. Среди родственников психически больных нет. По характеру в раннем детстве был добрым, заботливым примерным мальчиком, старался всем угодить. В школе был прилежным, дисциплинированным, аккуратным, особенно в одежде. Старался угодить учителям, которые его любили. На pa6oте пунктуален, все выполнял четко, по плану. С возрастом характер Г. стал раздражительным, вспыльчивым, напряженным, грубым. Аффектировался, бывал склонен к агрессии. Говорил, что «если ненавижу, то мстить буду до конца». Очень любил девушку, из-за ревности пытался задушить ее. Обычно после аффективных вспышек настроение улучшалось, становился услужлив, слащав.

**Вопрос:** Квалифицируйте состояние больного.

**Ответ:** *???*

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 3**

Больной П., 20 лет. Родился в обеспеченной семье. Воспитывался исключительно в женской среде (мать, бабушка). Общения с детьми не было из-за боязни инфекции. Гулял обычно с матерью или бабушкой и, избегая простуды, на улице раз-говаривал шепотом, прикрывая рот ладонью. Все время проводил дома среди массы игрушек, книг. Самостоятельно вышел на улицу в 12 лет. Умерли мать и бабушка больного, отец уехал в длительную командировку. Мальчик остался на попечении тети. Некоторое время он учился дома, в 13 лет поступил в школу. Учился отлично, проявлял прекрасные способности, но к школьной среде приспособиться не мог. От своих сверстников отличался странностями в поведении, манерой говорить, держался особняком, не мог ни с кем сблизиться. Среди школьников слыл чудаком. Его раздра-жали разговоры мальчиков, их шалости. «Школьный мир для меня чужд». Особенно его смутили появившиеся поллюции. С гримасой отвращения, брезгливостью он выражал протест «против природы», просил, как можно скорее, «экстренным порядком ликвиди-ровать или свести на нет эту половую деятельность». Избавиться от эрекции стало его жизненной задачей, он перестал посещать школу, не выходил на улицу. Заявлял, что боится людей, боится вообще всего большого, крупного, даже домашних животных. Думал, что они его обидят. Хорошо себя чувствует в мире насекомых, любит бабочек, жучков, прогулки в одиночестве, много читает. Полка «текущего чтения» заполнена научно-технической литературой. Классическая литература не нравится, в ней он не нашел для себя ничего подходящего, прочел только потому, что это требуется вся-кому образованному человеку. Мечтает стать большим ученым — академиком. Думает овладеть двумя специальностями — астрономией и математикой. Любит вести беседы с, взрослыми на сугубо научные темы. На эти же темы говорит со своими родными, пишет в письмах к ним. Интеллект высокий. Больной двигается скользящей походкой, оберегает себя от прикосновения к предметам и людям. Говорит, опустив низко голову, не поднимая глаз на собеседника, вяло, с частыми паузами, книжным языком, пространно. Крайне медлителен, подолгу умывается и одевается.

**Вопрос:** Квалифицируйте состояние больного.

**Ответ:** *???*

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 4**

Пациент В., 30 лет. Воспитывался стеничной матерью. Аккуратен и всегда стремился к осуществлению своих целей. С детства интересовался математикой, всегда были высокие оценки по математике и физике, по остальным предметам часто не успевал. Особое внимание уделял внешнему виду, подолгу мылся и причесывался. Стремясь решить задачу, часто не ложился спать, переживал неудачи чрезвычайно болезненно. Решил поступить на математический факультет университета, но добился этого лишь через три года. В период обучения все время посвящал занятиям, но все же постоянно был собой не удовлетворен. При снижении оценки на экзамене стремился его пересдать. На последнем курсе пришел к выводу, что должен разрешить одну из неразрешимых в математике задач типа: «Существует ли алгоритм полиномальной временной сложности для решения NP-полных задач». Полностью погрузившись в решение данной проблемы, не приступил к работе по распределению, в связи с тем, что она будет отвлекать от решения задачи. Боялся публиковать промежуточные результаты, не будучи уверенным в их значимости. О своих проблемах говорит серьезно, хотя и без аффективной напряженности. Считает, что, прежде всего, самому себе должен доказать правильность избранного пути. Тщательно подбирает слова, сомневается в правильности собственных высказываний. Нерешителен в обычных действиях, например, много раз переспрашивает мать по поводу покупок, когда идет в магазин.

**Вопрос:** Квалифицируйте состояние пациента.

**Ответ:** *???*

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 5**

Пациент Г., 40 лет. В детстве отличался лживостью, неровными успехами в учебе. Являясь единственным ребенком, постоянно ускользал от родительского контроля. Первые уходы из школы и дома были зафиксированы уже в возрасте 10 лет. На наказания никак не реагировал. Стал воровать деньги у родителей и на них покупал алкоголь. С криминальными компаниями познакомился в 12 лет. Благодаря социальному положению родителей окончил среднюю школу и был определен в школу милиции. Однако ее не окончил в связи с тем, что приходил на занятия в нетрезвом состоянии. Упреки родителей и воспитательные меры ни к чему не приводили. Дважды был судим за кражи, но по возвращении из заключений никаких выводов не сделал. Для того чтобы получить деньги, которые проигрывал в казино, распускал слух о смерти отца и собирал деньги на его похороны, под гарантии его имени занимал значительные суммы. Последние годы не имеет определенного места жительства и занимается воровством цветных металлов и сбором пустых бутылок на свалках. При беседе безмятежно уверяет, что такой образ жизни ему нравится, и обвиняет родителей в том, что они не помогают ему материально.

**Вопрос:** Квалифицируйте состояние пациента.

**Ответ:** *???*

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 6**

Пациентка Е., 23 года, наблюдается на протяжении 9 лет. В возрасте 4 лет отличалась живым непоседливым характером, воспитывалась мамой и бабушкой, которые имели нереализованные претензии на поэтическое творчество. Бабушка во время сна читала ей стихи, и пациентка начала днем говорить только стихами. Росла требовательной и устраивала истерики по всякому поводу. В момент требований она падала на пол, закатывала глаза, выгибалась дугой. Ее интерес к поэзии поддерживался матерью и бабушкой, которые прочили ей небывалое будущее. В возрасте 6 лет она действительно завоевала первое место на международном поэтическом конкурсе. Ее знакомство со значительными поэтами подчеркивает укрепляющуюся значимость таланта. Читая стихи, она ходит, поднимает руки вверх, закатывает глаза и вытягивает шею. Однако уже в этом возрасте она иногда жаловалась на ощущение комка в горле, предъявляла неадекватные требования. Например, будучи недовольной цветом заката, устраивала истерику матери, настаивала на посещении морга, «чтобы увидеть лица смерти». Из-за поэзии обучение в школе носило формальный характер, бабушка и мать играли роль служанок, которые должны исполнять ее желания. В 14 лет начала употреблять алкоголь и вести беспорядочную половую жизнь. В 16 лет вышла замуж за 72-летнего писателя из США, однако, оказавшись за границей, почувствовала себя никому не нужной, а жизнь бессмысленной. Продолжала употреблять спиртное и марихуану, через два года развелась и вернулась домой. Стихи более не пишет, но собирает большие компании, ведет «светскую» жизнь. Одежда отличается экстравагантной яркостью, говорит грубым и низким голосом, постоянно курит.

**Вопрос:** Квалифицируйте состояние пациентки.

**Ответ:** *???*

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 7**

Больная Г., 1991 г. рождения, парикмахер. Мать очень вспыльчивая, раздражительная, капризная, обидчивая. Отец с семьей не живет. Росла болезненной, слабой, перенесла все детские инфекции. Росла крикливой, нервной, беспокойной. Воспитывавшая ее бабушка баловала девочку. Рано начала проявлять капризность и грубость, «тиранила бабушку». В детском саду ссорилась и дралась с детьми, подолгу визжала, каталась по полу, «вытягивалась в струну, синела», пока не удовлетворялись ее капризы. После болезни Боткина девочку в семье стали считать тяжелобольной, ограждали от домашних дел. Постепенно она стала «задавать тон в семье», командовала старшими, требовала удовлетворения всех желаний. В школу пошла в 7 лет, отличалась неусидчивостью, торопливостью. Пропускала уроки, ссылаясь на плохое самочувствие. Жаловалась матери, что учителя занижают ее оценки. Дома стала еще капризней, требовательней, эгоистичней, добивалась новых нарядов, а в случаях отказа «становилась дикой», набрасывалась с кулаками, пыталась однажды откусить матери нос; отмечалось несколько истерических припадков. С 13 лет начала прибегать к фантазиям: что мать похитила ее из цыганского табора; матери заявила, что ее вовлекли в воровскую шайку. В школе сказала, что учитель физики склонял ее к сожительству за отличные оценки. Накануне жаловалась на боль в горле, не пошла в школу, а вечером собралась в кино. Мать твердо не разрешила. Девочка грубо оскорбила мать, плевалась, искусала бабушку, а затем залаяла по-собачьи. Долго не могла успокоиться. Спала тревожно, наутро прощалась с матерью, говоря, что ее ждут «друзья-уголовники», которым она дала «клятву кровью», и если она не выполнит «задания», то мать зарежут. При попытке успокоить ее дала бурную реакцию гнева, рыдала, а затем отвернулась и застыла на несколько часов, не отвечая на вопросы.

**Вопрос:** Квалифицируйте состояние больной.

**Ответ:** *???*

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 8**

Больная Н. 31 год, актриса. В кабинете врача ведет себя очень демонстративно - постоянно и эмоционально рассказывает о своих успехах на сцене, о том, что ее любит публика и т.п. С детства упрямая, капризная, повышенно эмоциональна. На незначительные неприятности давала бурные реакции плача, рыданий и "припадков". В больницу поступила из-за конфликтов с администрацией театра. Считает, что ей дают мелкие роли, не соответствующие ее таланту. После бурной сцены с режиссером отмечалась кратковременная потеря сознания (по типу обморока). Очень внушаема.

**Вопрос:** Квалифицируйте состояние больной.

**Ответ:** *???*

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 9**

Больная Н., 34 лет обратилась с жалобами на «постоянные сомнения». Будучи подростком, читала книгу о сифилисе, когда почувствовала, что из неё «что-то вылилось». Появился непреодолимый страх заражения сифилисом. С тех пор регулярно обследуется, половую жизнь не ведёт. В последнее время ведёт тетрадь, где записывает время ухода из дома и время приезда на работу (время до работы занимает 40 мин). делает это для того, чтобы не было сомнений, что кто-то с ней не сделал акт насилия и не заразил сифилисом. Приезжая домой или на работу 30 минут моет руки, не смотря на то, что ездит в перчатках. Во время еды, также всё записывает, так как возникают сомнения, принимала ли она пищу.

**Вопрос:** Для какого расстройства описанная симптоматика характерна?

**Ответ:** *???*

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА № 10**

Больной 28 лет. С детства замкнутый, отмечались беспричинные страхи. После окончания ПТУ работал газоэлектросварщиком, но с товарищами по работе не общался, держался высокомерно, замкнуто. За два года до стационирования явился в приёмную АН РФ, где представил обширный трактат с проектом по переустройству мира согласно «оптимальным условиям человеческого существования». Отказ воспринимал, как происки врагов, стал ходить по разным инстанциям, убеждая, что его враги специально хотят навредить стране и не принимают его предложений. Всех, от кого получал отказ, заносил в специальную схему, которую назвал «планом заговора». Писал жалобы в правоохранительные органы и прокуратуру.

**Вопрос:** При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?

**Ответ:** *???*

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

*(типовое практическое задание с эталоном решения)*

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА**

Больная Б., 44 года. С детства впечатлительная, обидчивая. В школе хорошо училась, по ее словам, отличалась активностью, целеустремленностью, «любила бороться за правду». Окончила 3 курс юридического факультета. В возрасте 34 лет была осуждена за хулиганство. В местах лишения свободы постоянно конфликтовала с окружающими, были драки с заключенными, отказывалась выходить на работу, объявляла голодовки. Писала массу жалоб, обвиняла администрацию в неправильном к ней отношении, требовала немедленного освобождения. Была направлена в психиатрическое отделение. Психическое состояние: в контакт вступает охотно, на вопросы о своей жизни отвечает уклончиво, лаконично. Охотно, многословно, с детализацией говорит о «непорядках», ею выявленных, не без самодовольства говорит, что «боролась и будет бороться за правду», таких характеров, как у нее, «всего несколько в мире», она все равно «восстановит справедливость», писала пространные заявления на эту тему. Мышление с излишней детализацией. Суждения поверхностные. Эмоционально ригидна, склонна к аффективным вспышкам. Критика недостаточна.

**Вопрос:** Квалифицируйте состояние больной.

**Ответ:** *Эксплозивное расстройство личности.*

**Образец экзаменационного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра психиатрии и наркологии

направление подготовки (специальность) 37.05.01 Клиническая психология

дисциплина «Психология девиантного поведения и расстройства личности»

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1**

1. Поведение в границах нормы: стандартное, маргинальное, нестандартное. Постулат «сообразности» аспектов человеческой адаптации (В.А. Петровский).
2. Параноидное расстройство личности (диагностические критерии, код по МКБ-10). Шизоидное расстройство личности (диагностические критерии, код по МКБ-10). Шизотипическое расстройство личности (диагностические критерии, код по МКБ-10).
3. Клиническая задача №1.

Больной Ш., 48 лет, техник-лесовод. Занимаясь измерением стволов деревьев, обратил внимание на зависимость их диаметра от расстояния до опушки леса. Ш. подумал, что если ему удастся вывести формулу, характеризующую эти отношения, то такая формула будет иметь большое значение для вычисления объема древесины. Он продолжал свои наблюдения и спустя некоторое время вывел необходимую формулу. Свои расчеты и статью Ш. направил в различные научные журналы, но признания не добился, в рецензиях на его работу указывалось, что тема актуальная, но произведенные расчеты неубедительны и требуют проверки. Однако Ш., будучи человеком настойчивым и вместе с тем, будучи чрезвычайно самолюбивым, остался неудовлетворенным объяснениями, даваемыми в рецензиях. Личные контакты со специалистами также не убедили его в ошибочности полученных данных. Считая отзывы необъективными, он стал обращаться во многие советские и партийные организации с требованиями «восстановить справедливость», вел обширную переписку, завел две папки — для входящих и исходящих бумаг. В своих ответах оппонентам Ш. выискивал малейшие неточности в выражениях несогласных с ним ученых, видя в них доказательство необъективности оценки, консерватизма, желание уйти от ответственности. Все свободное время от работы Ш. уделял составлению бумаг, поискам новых доказательств своей правоты. Перестал уделять внимание своим обязанностям, семье, в разговорах с домашними и друзьями постоянно возвращался к вопросу о своем изобретении, выражал свое возмущение, с обидой реагировал на любые возражения. Стал раздражительным, плохо спал.

**Вопрос:** Квалифицируйте состояние больного.

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

29.04.2021

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ***ПК-2*** – способен планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое обследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этико-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 2 | ***ПК-3*** – способность 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 |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 3 | ***ПК-11*** – способен осуществлять психологическую профилактику нарушений поведения и отклонений в развитии лиц с ограниченными возможностями здоровья, детей и обучающихся, испытывающих трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации |  |  |
|  |  |
|  |  |

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

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

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

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

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

По окончании каждого модуля дисциплины проводится рубежный контроль в форме тестирования *(Модуль 1)* и письменного опроса *(Модуль 2)* и определяется количество баллов рубежного контроля максимально 5 баллов.

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

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

**ПАМЯТКА**

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

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

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

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

* посещение всех практических занятий и лекций – 2 балла; (при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине (донорская справка, участие от ОрГМУ в спортивных, научных, учебных мероприятиях различного уровня);
* результаты участия в предметной олимпиаде по изучаемой дисциплине, проводимой на кафедре: 1-ое место – 3 балла, 2-ое место, 3 –е место – 2 балла, участие – 1 балл.

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

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

1. Источник: Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений. - 2-е изд., испр. - М.: Издательский центр «Академия», 2004. [↑](#footnote-ref-1)