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**

ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ

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 № \_\_2\_\_ от «\_28\_» \_\_\_октября\_\_\_2016 г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

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

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

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

***ОК-1*** – способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

***ПК-10*** – готовностью формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей, гуманистическое взаимодействие с окружающим миром, популяризировать психологические знания.

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

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

***Задания для устного опроса (рубежный контроль по модулю 1):***

1. Охарактеризуйте подходы к разграничению понятий «клиническая психология» и «медицинская психология».

2. Перечислите цели и задачи клинической психологии.

***Задания для устного опроса (рубежный контроль по модулю 2):***

1. Назовите предмет и объект клинической психологии.

2. Перечислите основные разделы (области) клинической психологии.

3. Охарактеризуйте подходы к определению нормы и патологии (субъективная норма, статистическая норма, функциональная норма, социальная норма, идеальная норма).

***Задание для устного опроса (рубежный контроль по модулю 3):***

Раскройте классификацию методов исследования в клинической психологии.

***Задания для устного опроса (рубежный контроль по модулю 4):***

1. Психопатология и патопсихология. Определение и взаимосвязь.

2. Назовите объект и предмет патопсихологии.

3. Раскройте содержание цели и задач патопсихологии.

***Задания для устного опроса (рубежный контроль по модулю 5):***

1. Дайте определение понятия «патопсихологический симптом» и «патопсихологический синдром».

2. Перечислите патопсихологические симптомокомплексы, выделенные И.А. Кудрявцевым (1982).

3. Перечислите патопсихологические симптомокомплексы (регистр-синдромы) по классификации В.М. Блейхера (1996).

4. Назовите расстройства, которые в клинике соответствуют аффективно-эндогенному регистр-синдрому.

5. Назовите расстройства, которые в клинике соответствуют экзогенно-органическому регистр-синдрому.

6. Назовите расстройства, которые в клинике соответствуют эндогено-органическому регистр-синдрому.

7. Назовите расстройства, которые в клинике соответствуют личностно-аномальному регистр-синдрому.

8. Назовите расстройства, которые в клинике соответствуют психогенно-психотическому регистр-синдрому и расстройства, которые соответствуют психогенно-невротическому регистр-синдрому.

***Задания для устного опроса (рубежный контроль по модулю 6):***

1. Перечислите подходы к определению понятия «психосоматика».

2. Раскройте содержание понятия «психосоматическая медицина». В чем заключается психосоматический подход к лечению соматических заболеваний?

3. Назовите ученых-основоположников современной психосоматической медицины в России и за рубежом.

4. Дайте определение понятия «психосоматические реакции». Можно ли считать психосоматические реакции патологическими явлениями?

5. Дайте определение понятия «психосоматические расстройства». Назовите две основные группы психосоматических расстройств.

6. Дайте определения понятий «психосоматозы» и «соматоформные расстройства».

7. Перечислите виды соматоформных расстройств.

8. Перечислите заболевания, относящиеся к психосоматозам.

9. Назовите основное отличие соматоформных расстройств от психосоматозов.

10. Раскройте классификацию соматических расстройств психогенного происхождения.

11. Перечислите основные группы теорий и моделей развития психосоматических расстройств (для каждой назовите представителей и основную идею).

12. Дайте определение понятия «нейропсихология».

13. Назовите основные нейропсихологические синдромы.

***Задания для устного опроса (рубежный контроль по модулю 7):***

1. Дайте определение понятий «психологическое консультирование», «психокоррекция» и «психотерапия».

2. Раскройте классификацию психотерапевтических направлений и методов.

3. Назовите этические принципы психолога-консультанта.

4. Назовите показания для экстренной психологической помощи.

***Задание для устного опроса (рубежный контроль по модулю 8):***

Перечислите должностные обязанности клинического психолога в учреждениях здравоохранения.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1.Предмет, история и смежные специальности клинической психологии**

**Тема 1.**Предмет, история и смежные специальности клинической психологии

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. История клинической психологии. Зарождение и становление клинической психологии.
2. Медицинская и клиническая психология за рубежом. История медицинской и клинической психологии в России.
3. Основные понятия клинической психологии. Понятие нормы в клинической психологии.
4. Цели и задачи клинической психологии. Охрана и укрепление здоровья населения (решение профилактических, лечебных, реабилитационных и консультативных задач).
5. Клиническая психология в решении комплекса задач в системе народного образования и социальной помощи населению.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:**

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

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. КОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ ТЕРМИН «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»?
	1. Кречмеру;
	2. Жанэ;
	3. Уитмеру;
	4. Фрейду;
	5. Вундт.
2. КТО ПЕРВЫМ ОТКРЫЛ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ЛАБОРАТОРИЮ В РОССИИ?
	1. Чиж;
	2. Бехтерев;
	3. Корсаков;
	4. Россолимо;
	5. Павлов.
3. КОГО МОЖНО СЧИТАТЬ РОДОНАЧАЛЬНИКОМ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ?
	1. Прибрама;
	2. Лейбница;
	3. Коха;
	4. Галля;
	5. Локк.
4. НАЗОВИТЕ ОСНОВАТЕЛЯ НАУЧНОЙ ПСИХОЛОГИИ:
	1. Вундт;
	2. Рибо;
	3. Крепелин;
	4. Лазурский;
	5. Бехтерев.
5. УКАЖИТЕ ПСИХОЛОГА, ВНЕСШЕГО НАИБОЛЬШИЙ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ПАТОПСИХОЛОГИИ В РОССИИ:
	1. Мясищев;
	2. Лебединский;
	3. Зейгарник;
	4. Рубинштейн;
	5. Ухтомский.
6. ОСНОВАТЕЛЕМ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
	1. Трауготт;
	2. Корнилов;
	3. Павлов;
	4. Лурия;
	5. Бехтерев.
7. КТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ БИХЕВИОРИЗМА?
	1. Перлс;
	2. Адлер;
	3. Уотсон;
	4. Вертхаймер;
	5. Толмен.
8. НАЗОВИТЕ ОСНОВАТЕЛЯ ГЛУБИННОЙ ПСИХОЛОГИИ:
	1. Бинсвангер;
	2. Фрейд;
	3. Скиннер;
	4. Эллис;
	5. Юнг.
9. КТО РАЗРАБОТАЛ ПСИХОЛОГИЮ ОТНОШЕНИЙ?
	1. Леонтьев;
	2. Узнадзе;
	3. Мясищев;
	4. Бодалев;
	5. Лазурский.
10. КОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ РАЗРАБОТКА ПСИХОЛОГИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ?
	1. Басову;
	2. Нечаеву;
	3. Леонтьеву;
	4. Бернштейну;
	5. Мясищеву.
11. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ОКАЗЫВАЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ СЛЕДУЮЩИХ ОТРАСЛЕЙ МЕДИЦИНЫ, КРОМЕ:
	1. психиатрии;
	2. травматологии;
	3. неврологии;
	4. нейрохирургии;
	5. наркологии.
12. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КАКОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ НЕ МОГУТ РАЗРАБАТЫВАТЬСЯ БЕЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ:
	1. фитотерапии;
	2. физиотерапии;
	3. психотерапии;
	4. рефлексотерапии;
	5. неврологии.
13. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ОКАЗЫВАЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ СЛЕДУЮЩИХ ОБЩЕТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ ПСИХОЛОГИИ, КРОМЕ:
	1. анализа компонентов, входящих в состав психических процессов;
	2. изучения соотношения развития и распада психики;
	3. разработки философско-психологических проблем;
	4. установления роли личностного компонента в структуре различных форм психической деятельности;
	5. клинико-патопсихологический подход в диагностике психических расстройств.
14. КАКАЯ ЭТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ПОЛУЧИЛА НАИБОЛЬШЕЕ РАЗВИТИЕ В ПОСЛЕДНЕЙ ЧЕТВЕРТИ XX В.?
	1. модель Гиппократа;
	2. биоэтика;
	3. деонтологическая модель;
	4. модель Парацельса;
	5. этическое учение Платона.
15. КТО ВВЕЛ В ОБРАЩЕНИЕ ТЕРМИН «ДЕОНТОЛОГИЯ»?
	1. Декарт;
	2. Спиноза;
	3. Бентам;
	4. Бубер;
	5. Сократ.
16. ОСНОВНЫМ ПРЕДМЕТОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
17. установление причинно-следственных отношений между поврежденным мозгом и изменениями со стороны психики;
18. разработка методов инструментального исследования больных с локальными поражениями мозга;
19. восстановление утраченных из-за травмы или болезни высших психических функций;
20. совершенствование представлений о нейропсихологических симптомах и синдромах;
21. восстановление нарушенных функций психики методами психологической коррекции.
22. АВТОРОМ КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ ВПФ ЯВЛЯЕТСЯ:
	1. Сеченов;
	2. Бехтерев;
	3. Выготский;
	4. Анохин;
	5. все перечисленные.
23. ТЕРМИН «ПСИХОСОМАТИКА» В МЕДИЦИНУ ВВЕЛ:
	1. Гиппократ;
	2. Райх;
	3. Хайнрот;
	4. Гроддек;
	5. Якоби.
24. ОСНОВАТЕЛЕМ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ШКОЛЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
	1. Лебединский;
	2. Лазурский;
	3. Ананьев;
	4. Зейгарник;
	5. Рубинштейн.
25. ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ АНТРОПОЛОГИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ПСИХОСОМАТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
	1. Поллок;
	2. Стоквис;
	3. Витковер;
	4. Вайзеккер;
	5. Кречмер.
26. СОЗДАТЕЛЕМ КОРТИКО-ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ, КАК ОДНОГО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ПСИХОСОМАТИКИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
	* 1. Павлов;
		2. Анохин;
		3. Быков;
		4. Симонов;
		5. Бернштейн.
27. СОВРЕМЕННАЯ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ БОЛЕЗНИ РАЗРАБОТАНА:
	1. Карасу;
	2. Экскюлем;
	3. Энгелем;
	4. Любаном-Плоцца;
	5. Быковым.
28. АВТОРОМ КОНЦЕПЦИИ «ПРОФИЛЯ ЛИЧНОСТИ» В ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
29. Александер;
30. Витковер;
31. Данбар;
32. Поллак;
33. Бройтигам.
34. РАЗЛИЧИЕ ПСИХОПАТОЛОГИИ И ПАТОПСИХОЛОГИИ С ВЫДЕЛЕНИЕМ ПАТОПСИХОЛОГИИ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНЫ ПРОИЗОШЛО:
35. В середине XIX века;
36. В конце XIX века;
37. В начале ХХ века;
38. В 30-40 годах ХХ века;
39. В конце XX века.
40. КТО ВВЁЛ ПОНЯТИЕ «ПСИХОДИАГНОСТИКА» И В КАКОМ ГОДУ?
41. С.Я. Рубинштейн в 1928;
42. Дж. М. Кеттел в 1890;
43. Г. Роршах в 1921;
44. Дж. М. Кеттел в 1920;
45. нет верного ответа.
46. ОСНОВАТЕЛЕМ ТЕСТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ…
47. Б.В. Зейгарник;
48. З. Фрейд;
49. Г. Роршах;
50. Дж. М. Кеттел;
51. нет верного ответа.
52. ПЕРВЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ РОССИЙСКОЙ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ БЫЛ:
53. И.М. Балинский;
54. И.П. Мержеевский;
55. В.Х. Кандинский;
56. С.С. Корсаков;
57. Нет верного ответа.
58. К РАЗДЕЛАМ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ОТНОСЯТСЯ:
59. психосоматика;
60. нейропсихология;
61. психология девиантного поведения;
62. патопсихология;
63. все ответы верны.
64. В ИСТОРИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ИЗВЕСТНЫ ИМЕНА:
65. В.М. Бехтерев;
66. Л.С. Выготский;
67. А.Р. Лурия;
68. Э. Кречмер;
69. все ответы верны.
70. К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАДАЧАМ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ОТНОСЯТСЯ:
71. дифференциальная диагностика;
72. установление степени выраженности психических расстройств;
73. экспертиза;
74. оценка эффективности психотерапии;
75. все ответы верны.
76. По определению, данному в учебнике "Клиническая психология" М. Перре и У. Бауманна, предметом клинической психологии являются:
77. психические расстройства
78. возрастная динамика психики человека
79. психические аспекты соматических расстройств
80. совокупность социальных отношений
81. верно 1 и 3
82. В России термины "клиническая психология" и "медицинская психология" зачастую:
83. используются как синонимы
84. используются как антонимы
85. не употребляются в профессиональном сообществе
86. соотносятся как частное и целое
87. верно 2 и 4
88. Предметом медицинской психологии в международной практике является:
89. изучение мозговой локализации высших психических функций
90. психологические аспекты взаимодействия врача и пациента
91. изменения психической деятельности при патологических состояниях мозга в сопоставлении с нормой
92. взаимоотношения между психикой и телесными функциями
93. отклоняющееся поведение
94. Целью клинической психологии, как области профессиональной деятельности, является:
95. познание психического во всех его проявлениях в нашей жизни
96. охрана и укрепление психического здоровья населения
97. установление общих законов для описания и объяснения социального взаимодействия
98. воспитание личности, способной к самообразованию и саморазвитию, к свободному и компетентному определению себя в обществе, культуре, профессии
99. совершенствование человека, помощь в достижении им вершин в физическом, духовно-нравственном и профессиональном развитии
100. В задачи клинического психолога в учреждениях здравоохранения входит:
101. осуществление психологического консультирования и психокоррекции
102. участие в психотерапии и реабилитации больных
103. участие в диагностической и экспертной работе
104. верно все перечисленное

верно 1 и 3

**Модуль 2.Теоретические основы клинической психологии**

**Тема 1.**Теоретические основы клинической психологии

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Ведущие разделы (области) КП. Предмет и содержание областей КП.
2. Методологические проблемы КП.
3. Предмет и объект клинической психологии; теоретические основы клинической психологии, современное состояние клинической психологии и др. Методологические принципы клинической психологии.
4. Проблема нормы и патологии в КП.
5. Проблема социального и биологического. Проблема адаптации и здоровья человека.
6. Проблема сознательного и бессознательного. Проблема личности в клинической психологии.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:**

1. Назовите предмет и объект изучения клинической психологии.
2. Перечислите основные разделы (области) клинической психологии.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. КАКОЙ ПРИНЦИП В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ОЗНАЧАЕТ, ЧТО ЦЕЛЬЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖНО БЫТЬ РАСКРЫТИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ:
2. принцип единства сознания и деятельности;
3. принцип развития;
4. принцип личностного подхода;
5. принцип структурности;
6. принцип индивидуализации исследования.
7. В СООТВЕТСТВИИ С ЭТИМ ПРИНЦИПОМ ЗАДАЧЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИВЕДЕНИЕ В ЕДИНУЮ СИСТЕМУ ЧАСТНЫХ СТРУКТУР РАЗЛИЧНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ И СОГЛАСОВАНИЕ ЕЕ С ОБЩЕЙ СТРУКТУРОЙ ЗДОРОВОЙ И БОЛЬНОЙ ЛИЧНОСТИ:
8. принцип единства сознания и деятельности;
9. принцип развития;
10. принцип личностного подхода;
11. принцип структурности;
12. принцип индивидуализации исследования.
13. ЭТОТ ПРИНЦИП КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ОЗНАЧАЕТ ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ ИЛИ ИССЛЕДУЕМОМУ ЧЕЛОВЕКУ КАК К ЦЕЛОСТНОЙ ЛИЧНОСТИ С УЧЕТОМ ВСЕЙ ЕЕ СЛОЖНОСТИ И ВСЕХ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ:
14. принцип единства сознания и деятельности;
15. принцип развития;
16. принцип личностного подхода;
17. принцип структурности;
18. принцип индивидуализации исследования.
19. СОГЛАСНО КАКОМУ ИЗ ПРИНЦИПОВ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАСКРЫВАЮТСЯ В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ:
20. принцип единства сознания и деятельности;
21. принцип развития;
22. генетический принцип;
23. принцип структурности;
24. принцип индивидуализации исследования.
25. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В МЕТОДИКЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОДУКТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОСКОЛЬКУ В НИХ МАТЕРИАЛИЗУЕТСЯ СОЗНАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА – ЭТО ПРИНЦИП:
26. единства сознания и деятельности;
27. изучения конкретной личности в конкретной ситуации;
28. генетический принцип;
29. структурности;
30. индивидуализации исследования.
31. КАКОЙ ПРИНЦИП В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ МОЖЕТ КОНКРЕТИЗИРОВАТЬСЯ КАК ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ?

принцип единства сознания и деятельности;

принцип развития;

принцип личностного подхода;

принцип структурности;

принцип индивидуализации исследования.

1. Объектом изучения клинической психологии является:
2. социальные связи, социальное взаимодействие, социальные отношения и способ их организации
3. человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, социальным и духовным состоянием
4. закономерности психики как особой формы жизнедеятельности человека и поведения животных
5. процесс образования, обучения и воспитания человека во всем его объеме и во всех аспектах и проявлениях
6. верно 2 и 3
7. Предметом изучения клинической психологии являются:
8. расстройства психики и поведения
9. процессы восприятия, формирования и переработки образов и результаты этих процессов
10. взаимоотношения людей в больших и малых социальных группах
11. верно все перечисленное
12. верно 1 и 3
13. Предметом изучения клинической психологии являются:
14. личностные и поведенческие особенности людей, страдающих различными заболеваниями
15. воздействие психологических факторов на возникновение, развитие и лечение болезней
16. особенности взаимоотношений больных людей и социальной микросреды, в которой они находятся
17. верно все перечисленное
18. верно 1 и 2
19. Разделом клинической психологии является:
20. акмеология
21. патопсихология
22. психосоматика
23. верно все перечисленное
24. верно 2 и 3
25. Разделом клинической психологии является:
26. психология девиантного (отклоняющегося) поведения
27. нейропсихология
28. психотерапия
29. верно все перечисленное
30. верно 1 и 2
31. Разделом клинической психологии является:
32. психология аномального развития
33. социальная психология
34. неврозология
35. верно все перечисленное
36. верно 1 и 3
37. Высказывание "Большинство людей не боятся оказаться в замкнутом пространстве, следовательно отсутствие такого страха – нормально" отражает этот подход к пониманию нормы:
38. статистическая норма
39. функциональная норма
40. социальная норма
41. идеальная норма
42. индивидуальная норма
43. Эталон поведения, состояние "совершенства", к которому должны в той или иной мере стремиться все люди – это:
44. статистическая норма
45. функциональная норма
46. социальная норма
47. идеальная норма
48. индивидуальная норма
49. Требование "Запрещается носить одежду с нашивками и наклейками антисемитского характера, со слоганами, призывающими к межнациональной розни. ..." (Закон «О правилах поведения в общественных местах», статья 14, пункт 1) содержит норму в этом ее понимании:
50. статистическая норма
51. функциональная норма
52. социальная норма
53. идеальная норма
54. индивидуальная норма
55. Примером функциональной нормы является:
56. спокойная и вежливая речь
57. готовность бескорыстно действовать на пользу другим
58. успешная учеба
59. появление в общественном месте в чистой и аккуратной одежде
60. показатель IQ в диапазоне от 101 до 110 баллов (по тесту Айзенка)
61. Соответствие состояния человека состоянию, в котором он обычно пребывал раньше и которое соответствует его личным целевым установкам, жизненным ценностям, возможностям и обстоятельствам жизни – это:
62. статистическая норма
63. функциональная норма
64. социальная норма
65. идеальная норма

индивидуальная норма

**Модуль 3.Методы клинической психологии**

**Тема 1.**Методы исследования в клинической психологии

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Психодиагностика в современной КП. Цели психодиагностики. Информационное обеспечение, экспертиза и консультирование, исследование (постановка задачи, выбор инструментария), обследование (сферы применения, постановка задачи, выбор инструментария). Классификация психодиагностических методик.
2. Психодиагностические методы КП:
* клинического наблюдения;
* клинического расспроса (интервьюирования);
* методы патопсихологии;
* методы нейропсихологии;
* методы исследования личности;
* проективные методы в КП;
* психологические методы исследования аномального ребёнка.
1. Компьютерная психодиагностика.
2. Психотерапия.
3. Профессиональная этика в психодиагностике.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. КРАТКОЕ, СТАНДАРТИЗИРОВАННОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИСПЫТАНИЕ, В РЕЗУЛЬТАТЕ КОТОРОГО ДЕЛАЕТСЯ ПОПЫТКА ОЦЕНИТЬ ТОТ ИЛИ ИНОЙ ПСИХИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ИЛИ ЛИЧНОСТЬ В ЦЕЛОМ, — ЭТО:
2. наблюдение;
3. эксперимент;
4. тестирование;
5. самонаблюдение;
6. нет верного ответа.
7. МЕТОД, ПРИ КОТОРОМ ПОЛУЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ПРОИСХОДИТ НА ОСНОВЕ ВЕРБАЛЬНОЙ (СЛОВЕСНОЙ) КОММУНИКАЦИИ НАЗЫВАЕТСЯ
8. Наблюдение;
9. Эксперимент;
10. Беседа;
11. Самонаблюдение;
12. Тест.
13. ПОЛУЧЕНИЕ СУБЪЕКТОМ ДАННЫХ О СОБСТВЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ И СОСТОЯНИЯХ В МОМЕНТ ИХ ПРОТЕКАНИЯ ИЛИ ВСЛЕД ЗА НИМ—ЭТО:
14. наблюдение;
15. эксперимент;
16. тестирование;
17. самонаблюдение;
18. нет верного ответа.
19. АКТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИССЛЕДОВАТЕЛЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ИСПЫТУЕМОГО С ЦЕЛЬЮ СОЗДАНИЯ УСЛОВИЙ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТА НАЗЫВАЕТСЯ:
20. контент-анализом;
21. анализом продуктов деятельности;
22. беседой;
23. экспериментом;
24. нет верного ответа.
25. ТЕСТОВЫЕ МЕТОДИКИ ДОЛЖНЫ УДОВЛЕТВОРЯТЬ СЛЕДУЮЩИМ ПРИНЦИПАМ…
26. репрезентативности;
27. валидности;
28. надёжности;
29. стандартизации условий;
30. всем вышеперечисленным.
31. КАКОВА ГЛАВНАЯ ЦЕЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДИК:
32. для изучения неосознаваемых форм психической деятельности
33. для изучения супер – эго
34. для анализа снов и сновидений
35. потому что интересные
36. нет верного ответа
37. СОГЛАСНО ТРАДИЦИОННЫМ СПОСОБАМ ОЦЕНКИ ПРОЕКТИВНЫЕ МЕТОДИКИ ИМЕЮТ:
38. средние показатели валидности и надежности
39. высокие показатели валидности и надежности
40. низкие показатели валидности и надежности
41. не имеют вообще ни валидности, ни надежности
42. нет верного ответа
43. «ОТБОР» КАК ОДИН ИЗ КРАЙНИХ ВАРИАНТОВ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ОЗНАЧАЕТ…
44. Принудительное участие, самостоятельный выбор дальнейшего жизненного поведения;
45. Принудительное участие, вариант поведения после обследования навязан;
46. Добровольное участие в обследовании, вариант дальнейшего поведения навязан;
47. Добровольное участие в эксперименте, самостоятельный выбор дальнейшего жизненного поведения;
48. нет верного ответа.
49. «ОБСЛЕДОВАНИЕ» КАК ОДИН ИЗ КРАЙНИХ ВАРИАНТОВ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ОЗНАЧАЕТ…
50. принудительное участие, самостоятельный выбор дальнейшего жизненного поведения;
51. принудительное участие, вариант поведения после обследования навязан;
52. добровольное участие в обследовании, вариант дальнейшего поведения навязан;
53. добровольное участие в эксперименте, самостоятельный выбор дальнейшего жизненного поведения;
54. верны ответы «2», «4».
55. «АТТЕСТАЦИЯ» КАК ОДИН ИЗ КРАЙНИХ ВАРИАНТОВ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ОЗНАЧАЕТ…
56. принудительное участие, самостоятельный выбор дальнейшего жизненного поведения;
57. принудительное участие, вариант поведения после обследования навязан;
58. добровольное участие в обследовании, вариант дальнейшего поведения навязан;
59. добровольное участие в эксперименте, самостоятельный выбор дальнейшего жизненного поведения;
60. нет верного ответа.
61. К ФАЗАМ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НЕ ОТНОСИТСЯ:
62. проведение психодиагностических методик;
63. беседа с родственником обследуемого;
64. психологический анализ;
65. психическая переработка психодиагноста;
66. нет верного ответа.
67. К ФАЗАМ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НЕ ОТНОСИТСЯ …
68. ситуация предъявления требований;
69. процесс восприятия испытуемого;
70. процессы наблюдения психодиагноста;
71. сбор анамнеза жизни;
72. верны ответы «1», «3».
73. К СПОСОБАМ СБОРА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА ОТНОСЯТСЯ …
74. свободная, непринужденная беседа с больным, итоги которой впоследствии оформляются в виде неформализованной текстуальной записи.
75. формализованная карта – схема, которая вручается больному.
76. формализованная карта-схема, которую заполняет сам психолог во время беседы с больным.
77. свободная непринужденная беседа с больным с последующим заполнением формализованной карты и одновременно с нею краткой текстуальной записью для истории болезни
78. все вышеперечисленные.
79. ОПТИМАЛЬНОЕ ВРЕМЯ ПЕРВИЧНОЙ БЕСЕДЫ С ПАЦИЕНТОМ СОСТАВЛЯЕТ:
80. Не более 30 минут;
81. Примерно один час;
82. Не менее полутора часов;
83. Около двух-трех часов;
84. Нет верного ответа.
85. К МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНИМАНИЯ ОТНОСЯТ ВСЕ МЕТОДИКИ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ОДНОЙ:
86. тест Шульте;
87. корректурная проба;
88. методика Мюнстерберга;
89. пиктограмма;
90. нет верного ответа.
91. БУКВЕННУЮ КОРРЕКТУРНУЮ ПРОБУ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНИМАНИЯ ПРЕДЛОЖИЛ:
	1. Шульте;
	2. Векслер;
	3. Бурдон;
	4. Бине;
	5. Айзенк.
92. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВСЕ УКАЗАННЫЕ МЕТОДИКИ, КРОМЕ:
	1. «классификации»;
	2. «исключения предметов»;
	3. методики Выготского-Сахарова;
	4. «10 слов»;
	5. «Пословицы и поговорки».
93. ПРОБА НА АССОЦИАТИВНУЮ ПАМЯТЬ ПОЗВОЛЯЕТ:
94. судить о большей или меньшей сохранности механической и логической памяти;
95. сравнить показатели непосредственного и опосредованного запоминания;
96. верны ответы 1 и 2;
97. выявить объем запоминания;
98. нет верного ответа.
99. МЕТОДИКА НАПРАВЛЕННАЯ НА ИЗУЧЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО УРОВНЯ, РАСКРЫВАЕТ ХОД РАССУЖДЕНИЙ ОБСЛЕДУЕМОГО И ДАЕТ БОЛЕЕ ПОЛНУЮ ОЦЕНКУ ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМА ОСМЫСЛЕНИЯ В ДИНАМИКЕ.
100. Определение и сравнение понятий;
101. Понимание переносного смысла пословиц и метафор;
102. Понимание сюжетных картин;
103. Формирование искусственных понятий;
104. Все ответы верны.
105. ОПРОСНИК СПИЛБЕРГЕРА—ХАНИНА ПОЗВОЛЯЕТ:
106. оценить уровень депрессии;
107. выявить склонность к полярным колебаниям аффекта;
108. сопоставить истинную и ситуативную самооценку;
109. сопоставить ситуативную и конституциональную тревожность;
110. верны ответы «1», «4».
111. МЕТОДИКА НЕОКОНЧЕННЫХ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ВКЛЮЧАЕТ:
112. 40 высказываний;
113. 55 высказываний;
114. 60 высказываний;
115. 100 высказываний;
116. нет верного ответа.
117. НЕЗАКОНЧЕННЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ МОЖНО РАЗДЕЛИТЬ НА:
118. 15 групп;
119. 10 групп;
120. они не делятся;
121. 20 групп;
122. нет верного ответа.
123. ДЛЯ ОЦЕНКИ СИТУАЦИОННЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ ЛИЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ:
124. тест Роршеха;
125. тест Люшера;
126. тест фрустрационных реакций;
127. психологическую автобиографию;
128. нет верного ответа.
129. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЕРНО ОПИСЫВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ ТЕСТА С. РОЗЕНЦВЕЙГА:
130. Выявление агрессивных реакций на стресс
131. Определение уровня стрессоустойчивости
132. Определение типов реагирования на фрустрацию
133. Диагностика клинических типов агрессивности
134. Нет верного ответа
135. ТАТ ЯВЛЯЕТСЯ СРЕД­СТВОМ ВЫЯВЛЕНИЯ:
136. акцентуации характера
137. темперамента
138. доминирующих потребно­стей, конфликтов и актуальных эмоцио­нальных состояний
139. настроения, самочувствия
140. нет верного ответа
141. ТЕСТ ВЕКСЛЕРА, ТЕСТ АМТХАУЭРА, МАТРИЦЫ РЕЙВЕНА НАПРАВЛЕНЫ НА ИССЛЕДОВАНИЕ:
142. уровня интеллекта
143. уровня внимания
144. объем памяти
145. все ответы верны;
146. нет верного ответа.
147. К МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ОТНОСИТСЯ:
148. патопсихологическое исследование;
149. нейропсихологическое исследование;
150. клиническое интервью (клиническая беседа) ;
151. тестирование личностных особенностей;
152. все ответы верны.
153. ИССЛЕДОВАНИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ, ОСОБЕННОСТЕЙ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ АСИММЕТРИИ ПОЛУШАРИЙ НАЗЫВАЕТСЯ:
154. патопсихологическим;
155. нейропсихологическим;
156. психопатологическим;
157. психиатрическим;
158. психосоматическим.
159. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВКЛЮЧАЕТ ХАРАКТЕРИСТИКУ:
160. памяти;
161. внимания;
162. личности;
163. работоспособности;
164. все ответы верны.

**Модуль 4.Общая патопсихология**

**Тема 1.**Патопсихология

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

* Устный опрос
* Тестирование
* Проверка практических навыков

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Специфика метода исследования в патопсихологии. Критерии научности в патопсихологических и клинико-психологических исследованиях.
2. Практические задачи патопсихологии:
* выявление показателей, которые могут быть использованы при установлении дифференциального диагноза; определение качества и степени нарушений психической деятельности;
* роль экспериментально-патопсихологических исследований при решении вопросов экспертизы (судебно-психиатрической, медико-социальной, врачебной, военной);
* значение патопсихологических исследований при установлении качества ремиссии, при учете эффективности лечения;
* патопсихологические исследования и восстановление утраченной работоспособности; разработка научных основ для трудовых рекомендаций, для выработки мер по предупреждению утраты трудоспособности.
1. Патопсихологическое исследование для изучения нарушенных психических функций.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:**

* + - 1. Дайте определение патопсихологии, как одного из разделов клинической психологии. Назовите цель и практические задачи патопсихологии.
			2. Назовите объект и предмет изучения патопсихологии.
1. Что изучает наука психопатология? Чем психопатология отличается от патопсихологии и что является общим для этих наук?
2. Назовите ученых, которые внесли наибольший вклад в развитие патопсихологии в России.
3. Перечислите патопсихологические симптомокомплексы (регистр-синдромы) по классификации В.М. Блейхера (1996). Для каждого симптомокомплекса укажите психические заболевания, которые соответствуют ему в клинике.
4. Перечислите методы исследования, применяемые в патопсихологии.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. СУЩЕСТВЕННЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ВНИМАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ УКАЗАННЫЕ, КРОМЕ:
	1. устойчивость;
	2. разноплановость;
	3. переключаемость;
	4. концентрация;
	5. объем.
2. ПАМЯТЬ МОЖЕТ ХАРАКТЕРИЗОВАТЬСЯ ВСЕМИ УКАЗАННЫМИ ВИДАМИ, КРОМЕ:
	1. оперативной;
	2. познавательной;
	3. кратковременной;
	4. отсроченной;
	5. зрительной.
3. КТО ВПЕРВЫЕ ПРЕДПРИНЯЛ ПОПЫТКУ ВЫДЕЛЕНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ?
4. Б. В. Зейгарник;
5. И. А. Кудрявцев;
6. А. Р. Лурия;
7. В. М. Бехтерев;
8. нет верного ответа.
9. СИНДРОМ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ …
10. нарушение психических функций;
11. определённое сочетание признаков болезни, обусловленных единым патогенезом;
12. совокупность различных симптомов;
13. показатель выраженности когнитивных и эмоционально-поведенческих расстройств;
14. нет верного ответа.
15. НАЛИЧИЕ ВРОЖДЕННОГО ИЛИ ПРИОБРЕТЕН­НОГО В РАННЕМ ДЕТСТВЕ ОБЩЕГО НЕДОРАЗВИТИЯ ПСИХИКИ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЩИМ ПРИЗНАКОМ
	1. олигофрении;
	2. эпилепсии;
	3. невротических расстройств;
	4. заболеваний личностно-аномального регистр-синдрома;
	5. нет верного ответа.
16. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ПОРЯДОК СТЕПЕНЕЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ (ОТ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ К ТЯЖЕЛОЙ):
17. имбецильность, дебильность, идиотия;
18. дебильность, идиотия, имбецильность;
19. дебильность, имбецильность, идиотия;
20. идиотия, дебильность, имбецильность;
21. нет верного ответа.
22. 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
23. эпилептического патопсихологического симптомокомплекса;
24. органического регистр-синдрома;
25. психогенно-невротического регистр синдрома;
26. экзогенно-органического патопсихологического симптомокомплекса;
27. нет верного ответа.
28. В КЛИНИКЕ ЛИЧНОСТНО-АНОМАЛЬНОМУ СИМПТОМОКОМПЛЕКСУ СООТВЕТСТВУЮТ
29. невротические больные;
30. акцентуированные и психопатические личности;
31. больные МДП в маниакальной фазе;
32. олигофрены.
33. нет верного ответа.
34. УЗНАВАНИЕ В ЕСТЕСТВЕННЫХ УЗОРАХ, СОЗДАВАЕМЫХ ОБЛАКАМИ, ТРЕЩИНАМИ, СПЛЕТЕНИЯМИ ВЕТВЕЙ ФАНТАСТИЧЕСКИХ ОБЪЕКТОВ, ЭТО
35. эйдетизм;
36. истинные галлюцинации;
37. ложные галлюцинации;
38. иллюзии;
39. парейдолии.
40. ДЛЯ ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:
41. наличия признаков нарушения сознания;
42. безжизненности, беззвучности, бестелесности;
43. интрапроекции внутри организма;
44. чувства "сделанности";
45. все ответы верны.
46. ВЕРБАЛЬНЫЕ ИЛЛЮЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:
47. ложным восприятием содержания реального разговора окружающих;
48. восприятием обвинения, укоров, брани, угроз в нейтральных разговорах;
49. верно 1 и 4;
50. возникновением, чаще на фоне тревожной подозрительности, страха;
51. всем перечисленным.
52. ВОСПРИЯТИЕ ОБЪЕКТА, ОТСУТСТВУЮЩЕГО В РЕАЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ, ЭТО:
53. эйдетизм;
54. галлюцинации;
55. иллюзии;
56. парейдолии;
57. нет верного ответа.
58. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ВИДОВ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ НЕ ВХОДИТ:
59. соматические;
60. слуховые;
61. обонятельные;
62. тактильные;
63. нет верного ответа.
64. ГИПОМНЕЗИЯ – ЭТО:
65. особые состояния, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами;
66. нарушения слухоречевой памяти при акустико-мнестической афазии;
67. кратковременное усиление, обострение памяти, резкое увеличение объема и прочности запоминания материала по сравнению со средними нормальными показателями;
68. ослабление, снижение памяти или отдельных ее компонентов, недостаточность побуждения к действиям, может иметь различное происхождение.
69. нет верного ответа.
70. ПСЕВДОРЕМИНИСЦЕНЦИИ – ЭТО:
71. провалы памяти, заполняемые информацией, источник которой больной забывает;
72. особые состояния, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами;
73. это замещение провалов памяти информацией и реальными фактами из жизни больного, но значительно смещенными во времени;
74. выпадение памяти на разные сведения, навыки либо на тот или иной промежуток времени;
75. нет верного ответа.
76. БРЕДОВЫЕ ИДЕИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ:
77. несоответствия действительности;
78. доступности к коррекции, устранению путем убеждения;
79. искажения отражения действительности;
80. полного овладения сознанием;
81. нет верного ответа.
82. ЗАТОРМОЖЕНИЕ ПРОЦЕССА МЫШЛЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ:
83. замедления возникновения ассоциаций, уменьшения количества ассоциаций;
84. однообразия мыслей и представлений, трудности их образования;
85. трудности отделения главного от второстепенного;
86. жалоб на утрату способности к мышлению;
87. все ответы верны.
88. ДЛЯ РАЗОРВАННОСТИ МЫШЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНО***:***
89. нарушение грамматической структуры речи;
90. отсутствие логической связи между понятиями в высказываниях;
91. наличие длительных пауз между высказываниями;
92. все варианты верны;
93. нет верного варианта ответа.
94. БЕСПЛОДНОЕ, БЕСЦЕЛЬНОЕ, ОСНОВАННОЕ НА НАРУШЕНИИ МЫШЛЕНИЯ МУДРСТВОВАНИЕ НАЗЫВАЕТСЯ:
95. демагогией
96. амбивалентностью
97. мутизмом
98. резонерством
99. нет верного ответа
100. НЕСПОСОБНОСТЬ РАЗДЕЛЕНИЯ ГЛАВНОГО И ВТОРОСТЕПЕННОГО С ЗАСТРЕВАНИЕМ НА НЕСУЩЕСТВЕННЫХ ДЕТАЛЯХ НАЗЫВАЕТСЯ:
101. олигофазией;
102. тугоподвижностью;
103. разорванностью;
104. обстоятельностью;
105. нет верного ответа.
106. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ОБОБЩЕНИЙ И ИСКАЖЕНИЕ ПРОЦЕССА ОБОБЩЕНИЯ ОТНОСЯТ К:
107. нарушениям динамики мыслительных процессов;
108. нарушениям операциональной стороны мышления;
109. нарушениям личностного компонента мышления;
110. нарушениям процесса внешней опосредованности познавательной деятельности;
111. нарушениям процесса саморегуляции познавательной деятельности.
112. ВИД МЫШЛЕНИЯ СВЯЗАННЫЙ С РЕАЛИЗАЦИЕЙ СОБСТВЕННЫХ ЖЕЛАНИЙ, НАМЕРЕНИЙ
113. интуитивное мышление;
114. аналитическое мышление;
115. аутистическое мышление;
116. реалистичное мышление;
117. нет верного ответа.
118. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ОТРАЖАЮЩИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА, НАЗЫВАЮТСЯ:
119. первичный симптом;
120. вторичный симптом;
121. третичный симптом;
122. казус;
123. главный симптом.
124. Один из разделов психиатрии, изучающий признаки психических расстройств в динамике – это:
125. патопсихология
126. психопатология
127. клиническая психология
128. психосоматика
129. нейролингвистическое программирование
130. Отрасль клинической психологии, которая изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме – это:
131. патопсихология
132. психопатология
133. клиническая психология
134. психосоматика
135. нейролингвистическое программирование
136. Психотические расстройства и состояния характеризует:
137. дезориентировка и (или) патологическая ориентировка
138. наличие бреда и галлюцинаций
139. адекватность восприятия и суждений текущей ситуации
140. неспособность действовать адекватно сложившейся ситуации, управлять своим поведением
141. наличие критического к себе отношения
142. верно 1, 2 и 4
143. верно 3 и 5
144. К расстройствам психотического регистра относится:
145. шизофрения
146. биполярное аффективное расстройство
147. олигофрения
148. деменция
149. верно все перечисленное
150. верно 1 и 2
151. Допсихотические («пограничные») расстройства характеризует:
152. сохранность ориентировки во времени, ситуации и собственной личности
153. неспособность адекватно воспринимать и оценивать ситуацию
154. способность организовывать свое поведение и управлять им
155. отсутствие критики к своему состоянию, высказываниям и поступкам
156. верно 1 и 3
157. верно 2 и 4
158. К расстройствам допсихотического (пограничного) регистра относятся:
159. неврозы
160. специфические расстройства личности (психопатии)
161. психосоматические расстройства
162. делирий
163. верно все перечисленное
164. верно 1 – 3

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

Разбиться на пары КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ-ПАЦИЕНТ и поочередно провести оценку психических функций «пациента» при помощи следующих патопсихологических методик:

1. Внимание – таблицы Шульте.
2. Память – тест десяти слов, проба на ассоциативное запоминание.
3. Восприятие – пробы Ашафенбурга, Рейхарда, Липмана.
4. Мышление – тест «Исключение четвертого лишний».
5. Эмоции – тест Спилберга, опросник САН.

**Модуль 5.Частная патопсихология**

**Тема 1.**Частная патопсихология

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

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Понятие патопсихологического симптома, синдрома и патопсихологического диагноза.
2. Патопсихологическая характеристика синдрома психической дезорганизации; шизофренического синдрома; аффективно-эндогенного синдрома; олигофренического синдрома; экзогенно-органического; эндогенно-органического; личностно-аномального; психогенно- психотического; психогенно-невротического синдрома.
3. Патопсихологическое исследование для изучения нарушенных психических функций.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:**

1. Дайте определение понятий «патопсихологический симптом» и «патопсихологический синдром (симптомокомплекс, регистр-синдром)».
2. Что такое продуктивные (позитивные) и негативные психопатологические симптомы? Приведите примеры позитивных и негативных симптомов.
3. Чем характеризуются расстройства допсихотического (пограничного) регистра? Какие психические нарушения относятся к расстройствам допсихотического регистра?
4. Чем характеризуются психотические расстройства и состояния? Какие психические нарушения относятся к расстройствам психотического регистра?
5. Перечислите патопсихологические симптомокомплексы, выделенные И.А. Кудрявцевым (1982).
6. Какие нарушения являются наиболее характерными для шизофренического симптомокомплекса?
7. Какие нарушения включает органический симптомокомплекс?
8. Из каких расстройств складывается психопатический (личностно-аномальный) симптомокомплекс?
9. Какие проявления (нарушения) входят в олигофренический симптомокомплекс?
10. Какие нарушения составляют основу симптомокомплекса психогенной дезорганизации психической деятельности?

**ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:**

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

**№1**

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

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

**№2**

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

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

**№3**

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

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

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. К ТИПИЧНЫМ НАРУШЕНИЯМ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ УКАЗАННЫЕ, КРОМЕ:
	1. резонерства;
	2. разноплановости;
	3. соскальзывания;
	4. склонности к детализации;
	5. неологизмов.
2. ТИПИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ УКАЗАННЫЕ, КРОМЕ:
3. замедленности;
4. тугоподвижности;
5. актуализации малозначимых «латентных» признаков;
6. вязкости;
7. обстоятельности.
8. ЧТО ВЕРНО В ОТНОШЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ:
9. экзогенным факторам придаётся основная роль в её возникновении;
10. начинается только в молодом и среднем возрасте;
11. верны ответы 1,2;
12. снижение эмоционального уровня;
13. всегда приводит к шизофреническому слабоумию.
14. ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЯМИ КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ХАРАКТЕРНА РЕЧЕВАЯ АСПОНТАННОСТЬ — ОТСУТСТВИЕ СПОНТАННЫХ ВЫСКАЗЫВАНИЙ И ПАССИВНО-ОДНОСЛОЖНАЯ ДИАЛОГИЧЕСКАЯ РЕЧЬ?
15. височные поражения;
16. лобный синдром;
17. лимбические расстройства;
18. дефекты мозолистого тела;
19. нет верного ответа.
20. РАЗНОПЛАНОВОСТЬ МЫШЛЕНИЯ И ИСКАЖЕНИЕ ПРОЦЕССОВ ОБОБЩЕНИЯ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ:
	1. эпилепсии;
	2. депрессии;
	3. шизофрении;
	4. олигофрении;
	5. астении.
21. КОРСАКОВСКИЙ СИНДРОМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ ....
22. эпилепсии;
23. неврозах;
24. депрессиях;
25. алкоголизме;
26. психопатиях.
27. К ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКЕ НЕ ОТНОСИТСЯ
28. галлюцинации;
29. бред;
30. сверхценные идеи;
31. апатия;
32. нет верного ответа.
33. К НЕГАТИВНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКЕ ОТНОСИТСЯ
34. навязчивые действия
35. галлюциноз
36. абулия
37. бред
38. сверхценные идеи.
39. СЛЕДСТВИЕМ НЕРАЗРЕШИМОГО ВНУТРИЛИЧНОСТНОГО МОТИВАЦИОННОГО КОНФЛИКТА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ В КЛИНИКЕ ЯВЛЯЮТСЯ:
40. эндогенно-депрессивный синдром
41. неврозы;
42. реактивные депрессии;
43. психозы;
44. нет верного ответа.
45. РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ:
46. шизофрении;
47. ишемии;
48. панкреатите;
49. бронхите;
50. нет верного ответа.
51. ДЛЯ СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО ХАРАКТЕРНО:
52. псевдогаллюцинации;
53. ассоциативный автоматизм;
54. сенестопатический автоматизм;
55. бред воздействия;
56. все ответы верны.
57. ДЛЯ ПАРАНОИДНОГО СИНДРОМА НЕ ХАРАКТЕРНЫ:
58. экспансивный бред(величия);
59. бред самообвинения;
60. систематизированный бред;
61. все ответы верны;
62. все ответы не верны.
63. АКТИВНАЯ ЖЕСТИКУЛЯЦИЯ БОЛЬНОГО ЧАЩЕ ВСЕГО СВЯЗАНА С:
	* 1. астенизацией больного;
		2. высоким уровнем тревоги;
		3. ипохондрическими переживаниями;
		4. поведением симуляции;
		5. холерическим типом темперамента.
64. ДЛЯ ДЕПРЕССИВНОГО БОЛЬНОГО ХАРАКТЕРНО:
	1. бледное маскообразное лицо;
	2. богатая выразительная мимика лица;
	3. асимметрия в мимических реакциях;
	4. мимика скорби;
	5. ускорение психических процессов.
65. УСКОРЕННАЯ РЕЧЬ ЧАЩЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:
	* 1. депрессивного пациента;
		2. больного с ипохондрическими переживаниями;
		3. тревожного пациента;
		4. лиц, демонстрирующих поведение симуляции;
		5. пациента, находящегося в состоянии шока.
66. ГРОМКАЯ РЕЧЬ ЧАЩЕ ОТМЕЧАЕТСЯ У:
	1. лиц астено-невротического типа;
	2. больных с элементами навязчивостей;
	3. больных с ипохондрическими переживаниями;
	4. пациентов в гипоманиакальном состоянии;
	5. депрессивных пациентов.
67. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТОЯТЕЛЬНОСТЬ МЫШЛЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:
68. сенильной деменции;
69. эпилепсии;
70. шизофрении;
71. депрессии;
72. все ответы верны.
73. Первым(ой) предпринял(а) попытку выделения патопсихологических синдромов:
74. Б.В. Зейгарник
75. И.А. Кудрявцев
76. А.Р. Лурия
77. В.М. Бехтерев
78. И.П. Павлов
79. К выделенным И.А. Кудрявцевым патопсихологическим симптомокомплексам относится:
80. шизофренический (диссоциативный) симптомокомплекс
81. органический симптомокомплекс
82. олигофренический симптомокомплекс
83. психопатический симптомокомплекс
84. симптомокомплекс психогенной дезорганизации
85. психогенно-невротический симптомокомплекс
86. верно все перечисленное
87. верно 1 – 5
88. Синдром представляет собой:
89. частое проявление какого-либо заболевания
90. обусловленное об­щим патогенезом устойчивое сочетание взаимо­связанных позитивных и негативных симптомов
91. признак болезни, качественно новый, не свойственный здоровому организму феномен
92. медицинское заключение о состоянии здоровья обследуемого
93. совокупность сведений, получаемых при медицинском обследовании путём расспроса самого обследуемого и/или знающих его лиц
94. Позитивная (продуктивная) симптоматика включает:
95. галлюцинации
96. сверхценные идеи
97. амнезию
98. абулию
99. верно 1 и 2
100. верно 3 и 4
101. Негативная (дефицитарная) симптоматика включает:
102. бред
103. слабоумие
104. парамнезии
105. апатию
106. верно 2 и 4
107. верно 1 и 3
108. Негативная симптоматика возникает в связи с:
109. патологической продукцией психики
110. необратимой утратой психической функции
111. торможением, временным выключением психической функции
112. верно все перечисленное
113. верно 2 и 3
114. Использование регистр-синдромов для интерпретации результатов психодиагностики способствует:
115. сокращению времени, затрачиваемого на составление заключения
116. сближению позиций клинического психолога и психиатра
117. стигматизации больных
118. верно все перечисленное
119. верно 1 и 2
120. Аффективно-эндогенному симптомокомплексу в клинике соответствует(ют):
121. акцентуации характера
122. реактивные психозы
123. церебральный атеросклероз
124. маниакально-депрессивный психоз
125. неврозы
126. Экзогенно-органическому симптомокомплексу в клинике соответствует(ют):
127. последствия черепно-мозговой травмы
128. невротические реакции
129. функциональные аффективные психозы позднего возраста
130. маниакально-депрессивный психоз
131. реактивные психозы
132. Эндогенно-органическому симптомокомплексу в клинике соответствует(ют):
133. последствия токсикомании
134. психопатии
135. маниакально-депрессивный психоз
136. истинная эпилепсия
137. реактивные психозы
138. Личностно-аномальному симптомокомплексу в клинике соответствует(ют):
139. неврозы
140. первичные атрофические процессы в головном мозге
141. акцентуации характера
142. невротические реакции
143. церебральный атеросклероз
144. Психогенно-психотическому симптомокомплексу в клинике соответствует(ют):
145. истинная эпилепсия
146. первичные атрофические процессы в головном мозге
147. маниакально-депрессивный психоз
148. функциональные аффективные психозы позднего возраста
149. реактивные психозы
150. Психогенно-невротическому симптомокомплексу в клинике соответствует(ют):
151. психопатии
152. неврозы
153. последствия черепно-мозговой травмы
154. последствия токсикомании
155. функциональные аффективные психозы позднего возраста
156. Ядром шизофренического симптомокомплекса (по И.А. Кудрявцеву) является:
157. неспособность к обучению и формированию понятий
158. выраженная тенденция к образованию конкретно-ситуационных связей
159. нецеленаправленность мыслительного процесса
160. дефицит общих сведений и знаний
161. актуализация слабых и латентных признаков предметов и понятий
162. верно 1, 2 и 4
163. верно 3 и 5
164. Ядром органического симптомокомплекса (по И.А. Кудрявцеву) является:
165. непоследовательность суждений
166. выраженная тенденция к образованию конкретно-ситуационных связей
167. неустойчивость мотивации в процессе обобщения
168. замедленность, стереотипность ассоциаций
169. дефицит интеллекта
170. верно 1 и 3
171. верно 2 и 4
172. Ядром олигофренического симптомокомплекса (по И.А. Кудрявцеву) является:
173. примитивность и конкретность мышления
174. неспособность к абстрагированию
175. искажения процесса обобщения с разноплановым подходом к выделению ведущих признаков
176. обстоятельность суждений в сочетании со снижением всех видов запоминания
177. явления парциальной некритичности при оценке своего противоправного поведения и ситуации
178. верно 1 и 2
179. верно 3 и 5
180. Ядром психопатического симптомокомплекса (по И.А. Кудрявцеву) является:
181. выраженная аффективная логика суждений при затрагивании наиболее личностно значимых тем
182. специфическое эмоционально выхолощенное и бесплодное резонерство, символика
183. обстоятельность суждений в сочетании со снижением всех видов запоминания
184. явления парциальной некритичности при оценке своего противоправного поведения и ситуации
185. неадекватный уровень притязаний (чаще завышенный)
186. верно 1, 4 и 5
187. верно 2 и 3
188. Снижение интеллектуальных и мнестических возможностей испытуемых при относительной сохранности личностно-мотивационного компонента мышления, достаточной адекватности эмоциональных реакций характеризуют:
189. шизофренический (диссоциативный) симптомокомплекс
190. органический симптомокомплекс
191. олигофренический симптомокомплекс
192. психопатический симптомокомплекс
193. симптомокомплекс психогенной дезорганизации
194. Нарушения мыслительной деятельности, детерминированные личностной уплощенностью, изменениями смыслообразующей функции мотивов характеризуют:
195. шизофренический (диссоциативный) симптомокомплекс
196. органический симптомокомплекс
197. олигофренический симптомокомплекс
198. психопатический симптомокомплекс
199. симптомокомплекс психогенной дезорганизации
200. Аффективная обусловленность поведения с парциальной некритичностью и завышенным уровнем притязаний характеризуют:
201. шизофренический (диссоциативный) симптомокомплекс
202. органический симптомокомплекс
203. олигофренический симптомокомплекс
204. психопатический симптомокомплекс
205. симптомокомплекс психогенной дезорганизации
206. Наличие врожденного или приобретен­ного в раннем детстве общего недоразвития психики с преобладанием интеллектуальной недостаточности является общим признаком:
	1. олигофрении
	2. эпилепсии
	3. невротических расстройств
	4. психопатии
	5. биполярного аффективного расстройства
207. 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:
208. эндогенно-органического регистр-синдрома
209. психогенно-психотического регистр-синдрома
210. психогенно-невротического регистр-синдрома
211. экзогенно-органического регистр-синдрома
212. шизофренического регистр-синдрома
213. Триада Ганнушкмна, необходимая для установления психопатии как нозологического диагноза, включает:
214. тотальность характерологических нарушений
215. стойкость нарушений
216. трудности социальной адаптации
217. избирательную уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим
218. верно все перечисленное
219. верно 1 – 3
220. Реактивные психозы чаще всего развиваются:
221. при столкновении с препятствием в реализации важных жизненных целей
222. после шоковых сверхсильных психических травм
223. вследствие внутриличностного конфликта
224. при черепно-мозговых травмах
225. при невозможности приспособиться к значительным жизненным изменениям (смена работы, переезд, развод)
226. Восприятие объекта, отсутствующего в реальном пространстве, это:
227. эйдетизм
228. галлюцинации
229. иллюзии
230. парейдолии
231. парамнезии
232. Гипомнезия – это:
233. особые состояния, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами
234. нарушения слухоречевой памяти при акустико-мнестической афазии
235. кратковременное усиление, обострение памяти, резкое увеличение объема и прочности запоминания материала по сравнению со средними нормальными показателями
236. ослабление, снижение памяти или отдельных ее компонентов, недостаточность побуждения к действиям, может иметь различное происхождение
237. совпадение у нескольких людей воспоминаний, противоречащих реальным фактам
238. Псевдореминисценции – это:
239. провалы памяти, заполняемые информацией, источник которой больной забывает
240. особые состояния, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами
241. это замещение провалов памяти информацией и реальными фактами из жизни больного, но значительно смещенными во времени
242. выпадение памяти на разные сведения, навыки либо на тот или иной промежуток времени
243. ощущение того, что хорошо знакомое место или человек кажутся совершенно неизвестными или необычными
244. Заторможение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, кроме:
245. замедления возникновения ассоциаций, уменьшения количества ассоциаций
246. однообразия мыслей и представлений, трудности их образования
247. трудности отделения главного от второстепенного
248. жалоб на утрату способности к мышлению
249. все ответы верны
250. Для разорванности мышления характерно:
251. критичность к своим суждениям
252. отсутствие логической связи между понятиями в высказываниях
253. наличие длительных пауз между высказываниями
254. низкий темп и подвижность ассоциативного процесса
255. ассоциирование с опорой на конкретные признаки
256. Бесплодное, бесцельное, основанное на нарушении мышления мудрствование называется:
257. демагогией
258. амбивалентностью
259. мутизмом
260. резонерством
261. алекситимией
262. Неспособность разделения главного и второстепенного с застреванием на несущественных деталях называется:
263. олигофазией
264. тугоподвижностью
265. разорванностью
266. обстоятельностью
267. разноплановостью
268. Снижение уровня обобщений и искажение процесса обобщения относят к:
269. нарушениям динамики мыслительных процессов
270. нарушениям операциональной стороны мышления
271. нарушениям личностного компонента мышления
272. нарушениям процесса внешней опосредованности познавательной деятельности
273. нарушениям процесса саморегуляции познавательной деятельности
274. Патологическая обстоятельность мышления наиболее характерна для:
275. сенильной деменции
276. эпилепсии
277. шизофрении
278. депрессии
279. нервной анорексии
280. Громкая речь чаще отмечается у:
	1. лиц астено-невротического типа
	2. больных с элементами навязчивостей
	3. больных с ипохондрическими переживаниями
	4. пациентов в гипоманиакальном состоянии
	5. депрессивных пациентов

**Тема 2.**Частная патопсихология (продолжение)

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

* Представление презентации *(КСР)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ:**

По согласованию с преподавателем подготовить презентацию ***по одному из перечисленных ниже патопсихологических симптомокомплексов:***

1. Синдром психотической дезорганизации.
2. Шизофренический симптомокомплекс.
3. Аффективно-эндогенный симптомокомплекс.
4. Олигофренический симптомокомплекс.
5. Личностно-аномальный симптомокомплекс.
6. Эндогенно-органический симптомокомплекс.
7. Экзогенно-органический симптомокомплекс.
8. Психогенно-психотический симптомокомплекс.
9. Психогенно-невротический симптомокомплекс.

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

**Модуль 6.Специальные разделы клинической психологии**

**Тема 1.**Психосоматика

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

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Психосоматические расстройства и «психосоматическая медицина». История, развитие психосоматической медицины в России и за рубежом.
2. Психосоматические расстройства в МКБ-10.
3. Модели формирования психосоматических расстройств.
4. Психологические особенности психосоматических заболеваний.
5. Варианты восприятия болезни и типы реакций на информацию о болезни. Изучение «внутренней картины болезни» (ВКБ): общемедицинский и психологический подходы.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:**

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

**ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:**

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

**№1**

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

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

**№2**

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

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

**№3**

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

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

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ТИП А «ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА»:
	* 1. желудочно-кишечных заболеваний;
		2. злокачественных новообразований;
		3. нарушений дыхательной системы;
		4. сердечно-сосудистых заболеваний;
		5. дерматологических нарушений.
2. КОНВЕРСИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА, ПОЛОЖИВШИЕ НАЧАЛО ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОМУ НАПРАВЛЕНИЮ В ПСИХОСОМАТИКЕ, БЫЛИ ОПИСАНЫ:
	1. Александером;
	2. Джеллиффе;
	3. Фрейдом;
	4. Адлером;
	5. Райхом.
3. ТЕРМИН «АЛЕКСИТИМИЯ» ВВЕЛ:
	* 1. Эллис;
		2. Карасу;
		3. Сифнеос;
		4. Розенман;
		5. Александер.
4. КОНЦЕПЦИЮ «ОРГАННЫХ НЕВРОЗОВ» РАЗРАБОТАЛ:
	1. Витковер;
	2. Энгель;
	3. Френч;
	4. Дойч;
	5. Шмале.
5. ВИД ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ПРИ КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ВОЗВРАТ ФУНКЦИИ НА БОЛЕЕ РАННИЙ ВОЗРАСТНОЙ УРОВЕНЬ, КАК ВРЕМЕННОГО, ТАК И СТОЙКОГО ХАРАКТЕРА:
	* 1. ретардация;
		2. регрессия;
		3. распад;
		4. асинхрония;
		5. гетерохрония.
6. ВИД ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ПРИ КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ГРУБАЯ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ ЛИБО ВЫПАДЕНИЕ ФУНКЦИИ:
	1. распад;
	2. регрессия;
	3. асинхрония;
	4. ретардация;
	5. гетерохрония.
7. ВИД ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ПРИ КОТОРОМ ОТМЕЧАЕТСЯ ЗАПАЗДЫВАНИЕ ИЛИ ПРИОСТАНОВКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ:
	* 1. асинхрония;
		2. распад;
		3. ретардация;
		4. регрессия;
		5. гетерохрония.
8. ФОРМА ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ПРИ КОТОРОМ ОТМЕЧАЕТСЯ ВЫРАЖЕННОЕ ОПЕРЕЖЕНИЕ РАЗВИТИЯ ОДНИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ И СВОЙСТВ ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ ЛИЧНОСТИ И ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ОТСТАВАНИЕ ТЕМПА И СРОКОВ СОЗРЕВАНИЯ ДРУГИХ ФУНКЦИЙ И СВОЙСТВ:
	1. асинхрония;
	2. регрессия;
	3. распад;
	4. ретардация;
	5. гетерохрония.
9. СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВИД НЕПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ:
	* 1. социальная депривация;
		2. патохарактерологическое формирование личности;
		3. педагогическая запущенность;
		4. краевая психопатия;
		5. психический инфантилизм.
10. К СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫМ ВИДАМ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ОНТОГЕНЕЗА ОТНОСИТСЯ:
	1. педагогическая запущенность;
	2. патохарактерологическое формирование личности;
	3. акцентуация характера;
	4. краевая психопатия;
	5. психический инфантилизм.
11. ОБЩЕЕ ПСИХИЧЕСКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ, ЭТО:
	* 1. психопатия;
		2. олигофрения;
		3. акцентуация характера;
		4. педагогическая запущенность;
		5. личностный инфантилизм.
12. ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ЧЕРТА МЫШЛЕНИЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ:
	1. искажение процесса обобщения;
	2. некритичность;
	3. амбивалентность;
	4. амбитендентность;
	5. нелогичность.
13. ЭМОЦИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ:
	* 1. недифференцированы;
		2. амбивалентны;
		3. ригидны;
		4. лабильны;
		5. неадекватны ситуации.
14. ТОТАЛЬНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:
	1. олигофрении;
	2. педагогической запущенности;
	3. задержки психического развития;
	4. психопатии;
	5. психического инфантилизма.
15. СИНДРОМЫ ВРЕМЕННОГО ОТСТАВАНИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ В ЦЕЛОМ ИЛИ ОТДЕЛЬНЫХ ЕЕ ФУНКЦИЙ ОБОЗНАЧАЮТСЯ ТЕРМИНОМ:
	* 1. педагогическая запущенность;
		2. психопатия;
		3. задержка психического развития;
		4. олигофрения;
		5. психический инфантилизм.
16. АНОМАЛИЯ ХАРАКТЕРА, НЕПРАВИЛЬНОЕ, ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ДИСГАРМОНИЕЙ В ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И ВОЛЕВОЙ СФЕРАХ, ЭТО:
	1. задержка психического развития;
	2. олигофрения;
	3. психопатия;
	4. акцентуация характера;
	5. деменция.
17. РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ, КОТОРЫЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НАРУШЕНИЕМ ПОВЕДЕНИЯ И ВЕДУТ К СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ, НАЗЫВАЮТСЯ:
	* 1. патохарактерологические реакции;
		2. характерологические реакции;
		3. адаптивные реакции;
		4. невротические реакции;
		5. психогенный параноид.
18. НЕПАТОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ, КОТОРЫЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ ТОЛЬКО ЛИШЬ В ОПРЕДЕЛЕННЫХ СИТУАЦИЯХ, НЕ ВЕДУТ К ДЕЗАДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ И НЕ СОПРОВОЖДАЮТСЯ СОМАТОВЕГЕТАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, НАЗЫВАЮТСЯ:
	1. адаптивные реакции;
	2. характерологические реакции;
	3. патохарактерологические реакции;
	4. невротические реакции;
	5. психопатические реакции.
19. СТАНОВЛЕНИЕ НЕЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПАТОЛОГИЧЕСКОМ, АНОМАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ХРОНИЧЕСКИХ ПАТОГЕННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ЭТО:
	* 1. психопатия;
		2. патохарактерологическая реакция;
		3. психогенное патологическое формирование личности;
		4. акцентуация характера;
		5. соматический инфантилизм.
20. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ДИСГАРМОНИЧНОСТЬЮ ПСИХИЧЕСКОГО СКЛАДА ЛИЧНОСТИ, ТОТАЛЬНОСТЬЮ И ВЫРАЖЕННОСТЬЮ РАССТРОЙСТВ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ПОЛНОЦЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ СУБЪЕКТА, ЭТО:
	1. патохарактерологические реакции;
	2. психопатии;
	3. психогенные патологические формирования личности;
	4. акцентуация характера;
	5. психический инфантилизм.
21. НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ, КОТОРЫЕ КВАЛИФИЦИРУЮТСЯ НА ОСНОВЕ ПРАВОВЫХ НОРМ, ОБОЗНАЧАЮТСЯ КАК:
	* 1. саморазрушающее поведение;
		2. делинквентное поведение;
		3. криминальное поведение;
		4. аддиктивное поведение;
		5. суицидальное поведение.
22. НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ, КОТОРЫЕ КВАЛИФИЦИРУЮТСЯ НА ОСНОВЕ МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИХ НОРМ, ОБОЗНАЧАЮТСЯ КАК:
	1. делинквентное поведение;
	2. криминальное поведение;
	3. компульсивное поведение;
	4. саморазрушающее поведение;
	5. аддиктивное поведение.
23. ФОРМА ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ СТРЕМЛЕНИЕМ К УХОДУ ОТ РЕАЛЬНОСТИ ПУТЕМ ИСКУССТВЕННОГО ИЗМЕНЕНИЯ СВОЕГО ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОСРЕДСТВОМ ПРИЕМА НЕКОТОРЫХ ВЕЩЕСТВ ИЛИ ФИКСАЦИИ НА ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЭТО:
	* 1. компульсивное поведение;
		2. аддиктивное поведение;
		3. делинквентное поведение;
		4. саморазрушающее поведение;
		5. криминальное поведение.
24. В СТРУКТУРЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ:
	1. сенситивный и эмоциональный;
	2. эмоциональный и рациональный;
	3. эмоциональный, рациональный и мотивационный;
	4. сенситивный, эмоциональный, рациональный и мотивационный;
	5. сенситивный и мотивационный.
25. АДАПТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА РЕДУКЦИЮ ПАТОГЕННОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ, ПРЕДОХРАНЯЯ ОТ БОЛЕЗНЕННЫХ ЧУВСТВ И ВОСПОМИНАНИЙ, А ТАКЖЕ ОТ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, НАЗЫВАЮТ:
	* 1. копинг-механизмами;
		2. механизмами психологической защиты;
		3. компенсаторными психологическими механизмами;
		4. адаптивными психологическими реакциями;
		5. блокирующими психологическими механизмами.
26. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ОТНОСЯТ К ФАЗАМ ПЕРЕЖИВАНИЯ БОЛЕЗНИ ВО ВРЕМЕНИ:
27. предмедицинская;
28. фаза резкой смены жизненных стереотипов;
29. фаза активной адаптации к болезни;
30. фаза агрессии;
31. все ответы верны.
32. ХАРАКТЕРНЫМИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ РЕАКЦИЯМИ ПРИ ПЕРЕЖИВАНИИ СОМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ:
33. тревога;
34. страх;
35. чувство неполноценности;
36. агрессия;
37. все ответы верны.
38. РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ТИПЫ РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ:
39. гипернозогнозия;
40. перенозогнозия;
41. нормонозогнозия;
42. гипонормогнозия;
43. верно все, кроме 2.
44. СРЕДИ ИНТРАПСИХИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ФОРМИРУЮЩИХ ВНУТРЕННЮЮ КАРТИНУ БОЛЕЗНИ ВЫДЕЛЯЮТ:
45. внутренняя картина здоровья;
46. преимущественный тип реагирования на фрустрацию;
47. социальная престижность заболевания;
48. социальный миф о болезни;
49. верно 1 и 2.
50. ИЗУЧЕНИЕМ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ЗАНИМАЛИСЬ:
	1. А. Гольдшейдер;
	2. Р.А. Лурия;
	3. Э. Кюблер-Росс;
	4. В.В. Николаева;
	5. Верно все, кроме 3.
51. ХАРАКТЕРНЫМИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ РЕАКЦИЯМИ ПРИ ПЕРЕЖИВАНИИ СОМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ:
52. тревога;
53. страх;
54. чувство неполноценности;
55. агрессия;
56. все ответы верны.
57. ТЕРМИН «ПСИХОСОМАТИКА» В МЕДИЦИНУ ВВЕЛ:
58. Гиппократ
59. Райх
60. Хайнрот
61. Гроддек
62. Якоби
63. КОНВЕРСИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА, ПОЛОЖИВШИЕ НАЧАЛО ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОМУ НАПРАВЛЕНИЮ В ПСИХОСОМАТИКЕ, БЫЛИ ОПИСАНЫ:
	1. Александером
	2. Джеллиффе
	3. Фрейдом
	4. Адлером
	5. Райхом
64. СТОРОННИКИ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ СЧИТАЮТ, ЧТО:
65. отсутствует логически понятная связь между содержанием аффективного конфликта и клиническими симптомами
66. центральная роль в формировании психосоматической патологии принадлежит бессознательному
67. асоциальные мысли, вытесненные в область бессознательного, проявляются в расстройствах внутренних органов
68. освобождение от влияния бессознательного материала может быть достигнуто через его осознание
69. верно все кроме 1
70. Ф. АЛЕКСАНДЕР РАССМАТРИВАЛ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК:
71. символическое замещение подавленного конфликта
72. физиологическое сопровождение хронического эмоционального состояния
73. неспецифическую реакцию на конфликт
74. верно все названное
75. верно 2 и 3
76. В КОНЦЕПЦИИ АЛЕКСИТИМИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАССМАТРИВАЮТСЯ КАК СЛЕДСТВИЕ:
77. нарушений в иммунной системе, которые обусловлены отказом от веры в будущее
78. хронического дистресса
79. накопления телесных проявлений неотреагированных, не получивших разрядки эмоций
80. активизации противоречащих друг другу безусловных реакций, выработанных на один и тот же условный стимул
81. верно все перечисленное
82. КРАТКОВРЕМЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА (УЧАЩЕНИЕ ПУЛЬСА, ПОКРАСНЕНИЕ ИЛИ БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И ДР.), ОБУСЛОВЛЕННЫЕ РАЗНОГО РОДА ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ ПЕРЕЖИВАНИЯМИ – ЭТО:
83. соматоформные расстройства
84. психосоматозы
85. психосоматические реакции
86. вегетативные неврозы
87. органные неврозы
88. К СОМАТОФОРМНЫМ НАРУШЕНИЯМ (F45) ОТНОСИТСЯ:
	1. хроническое болевое соматоформное расстройство
	2. ипохондрическое расстройство
	3. соматизированное расстройство
	4. соматоформная вегетативная дисфункция
	5. верно все перечисленное
89. О НАЛИЧИИ СОМАТИЗИРОВАННОГО РАССТРОЙСТВА (F45.0) МОЖНО СУДИТЬ В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ, НЕ ИМЕЮЩИЕ ОРГАНИЧЕСКОЙ ОСНОВЫ, ДЛЯТСЯ В ТЕЧЕНИЕ ЭТОГО ВРЕМЕНИ:
90. от 2-3 недель до 1 месяца
91. не менее полугода
92. не менее 2 лет
93. от 5 лет и более
94. нет правильного ответа
95. ПРИ ИПОХОНДРИИ:
	1. пациент уверен в наличии у него тяжелой болезни, хотя результаты клинического обследования это опровергают
	2. убежденность пациента в том, что он болен, носит бредовой характер
	3. нормальные физиологические ощущения (н-р учащение дыхания и пульса при физической нагрузке) расцениваются как симптомы болезни
	4. наблюдаются тревожное и депрессивное настроение
	5. верно все, кроме 2
96. К КЛАССИЧЕСКИМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ («HOLY SEVEN» — «СВЯТАЯ СЕМЕРКА») ОТНОСЯТСЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:
97. нейродермита
98. ипохондрии
99. ревматоидного артрита
100. язвенной болезни
101. бронхиальной астмы
102. АТИПИЧНО ПРОТЕКАЮЩАЯ ДЕПРЕССИЯ, ПРИ КОТОРОЙ СОБСТВЕННО СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ СКРЫТЫ ЗА МАСКОЙ СТОЙКИХ СОМАТИЧЕСКИХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ ЖАЛОБ – ЭТО:
103. маскированная депрессия
104. скрытая депрессия
105. соматизированная депрессия
106. биполярное аффективное расстройство
107. верно все, кроме 4
108. ПРИЗНАКАМИ СОМАТИЗИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ ЯВЛЯЮТСЯ:
109. многочисленные разнообразные соматовегетативные жалобы, которые не могут быть объяснены каким-либо органическим неврологическим или соматическим заболеванием
110. снижение интересов или утрата чувства удовольствия
111. суточные колебания самочувствия – ухудшение состояния в ночное и предрассветное время и улучшение во второй половине дня
112. значимые стрессовые события, которые предшествовали появлению основных жалоб больного
113. верно все перечисленное
114. А. ГОЛЬДШЕЙДЕР ВЫДЕЛЯЛ ДВА УРОВНЯ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ:
115. мотивационный и чувственный
116. сенситивный и интеллектуальный
117. эмоциональный и интеллектуальный
118. мотивационный и интеллектуальный
119. эмоциональный и сенситивный
120. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ УРОВНЕЙ В СТРУКТУРЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПО В.В. НИКОЛАЕВОЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ, ЗНАНИЯ О СВОЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ, РАЗМЫШЛЕНИЯ О ЕГО ПРИЧИНАХ И ВОЗМОЖНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ:
121. мотивационный
122. чувственный
123. эмоциональный
124. интеллектуальный
125. психодинамический
126. В СТРУКТУРЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ИЗМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ И ОБРАЗА ЖИЗНИ В УСЛОВИЯХ БОЛЕЗНИ, А ТАКЖЕ ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ВОЗВРАЩЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ – ЭТО:
127. чувственный уровень
128. мотивационный уровень
129. интеллектуальный уровень
130. психодинамический уровень
131. эмоциональный уровень

**Тема 2.** Нейропсихология

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Проблемы современной нейропсихологии: клиническая, экспериментальная, реабилитационная нейропсихология, нейропсихология детского, старческого возраста, нейропсихология индивидуальных различий (в норме), психофизиологическое направление и др.
2. Возникновение и развитие нейропсихологии как самостоятельной дисциплины на стыке психологии, медицины (неврологии, нейрохирургии) и физиологии.
3. Значение нейропсихологии для медицинской практики: нейропсихологическая диагностика локальных поражений головного мозга и восстановление высших психических функций.
4. Нейропсихологические синдромы при локальных поражениях мозга.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:**

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

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. ИЗМЕНЧИВОСТЬ МОЗГОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ФУНКЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОТРАЖЕНИЕМ:
	1. принципа системной локализации функций;
	2. принципа динамической локализации функций;
	3. принципа иерархической соподчиненности функций;
	4. принципа интеграции;
	5. всех четырех принципов.
2. ЖЕСТКОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ МОЗГОВЫХ ФУНКЦИЙ ОБУСЛОВЛЕНА:
	1. меньшей подверженностью травмам;
	2. их реализацией в макросистемах головного мозга;
	3. более ранним периодом формирования;
	4. последними двумя обстоятельствами;
	5. более поздним периодом формирования.
3. ОСНОВНЫМ ТЕЗИСОМ ЭКВИПОТЕНЦИОНАЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ:
	1. многоуровневость организации ВПФ;
	2. функциональная равноценность левого и правого полушарий;
	3. принципиальная схожесть протекания психических функций у всех людей;
	4. равноценность роли всех зон мозга в реализации психической деятельности;
	5. функциональная неравноценность левого и правого полушарий.
4. МЕДИОБАЗАЛЬНЫЕ ОТДЕЛЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО КЛАССИФИКАЦИИ ЛУРИЯ ОТНОСЯТСЯ:
	1. к энергетическому неспецифическому блоку;
	2. к блоку переработки экстероцептивной информации;
	3. к блоку программирования, регуляции и контроля;
	4. блоку хранения информации;
	5. ни к одному из них.
5. ИНСТРУМЕНТОМ ВЫДЕЛЕНИЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА ЯВЛЯЕТСЯ:
	1. совокупность физиологических исследований;
	2. клиническая беседа с больным или испытуемым;
	3. синдромный анализ;
	4. математическая процедура;
	5. симптомный анализ.
6. ОТЛИЧИЕ АСИНХРОНИИ ОТ ГЕТЕРОХРОНИИ В РАЗВИТИИ ПСИХИКИ РЕБЕНКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ:
	1. в том, что гетерохрония является естественным фактором развития;
	2. в масштабности охвата психических функций;
	3. в том, что асинхрония касается лишь одного аспекта работы мозга;
	4. в локальности охвата психическихфугкций;
	5. различий нет, это синонимы.
7. НАРУШЕНИЕ КОНТРОЛЯ ЗА ИСПОЛНЕНИЕМ СОБСТВЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ В ОСНОВНОМ СВЯЗАНО С:
	1. патологией лобных долей;
	2. повреждением глубоких структур мозга;
	3. нарушением работы теменно-затылочных отделов;
	4. височной патологией;
	5. мозжечка.
8. К ЧИСЛУ ЗАДАЧ, РЕШАЕМЫХ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДОВ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ, НЕ ОТНОСИТСЯ:
	1. постановка топического диагноза;
	2. оценка динамики психических функций;
	3. определение причин аномального психического функционирования;
	4. выбор форм нейрохирургического вмешательства;
	5. выбор форм нейропсихологической коррекции.
9. РАССТРОЙСТВА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ОЩУЩЕНИЙ НАЗЫВАЮТСЯ:
	1. агнозиями;
	2. галлюцинациями;
	3. сенсорными расстройствами;
	4. иллюзиями;
	5. дереализацией.
10. ОБЩИМ ПРИЗНАКОМ ЗРИТЕЛЬНЫХ АГНОЗИЙ ЯВЛЯЮТСЯ:
	1. неспособность увидеть что-либо;
	2. изменения полей зрения;
	3. нарушение мыслительных процессов;
	4. потеря способности узнавания;
	5. потеря способности к запоминанию зрительных образов.
11. НЕСПОСОБНОСТЬ ОПОЗНАТЬ ПЛОСКИЙ ПРЕДМЕТ НАОЩУПЬ С ЗАКРЫТЫМИ ГЛАЗАМИ НАЗЫВАЕТСЯ:
12. аутотопагнозией;
13. тактильной агнозией;
14. дермолексией;
15. соматоагнозией;
16. анозогнозией.
17. АУТОТОПАГНОЗИЯ — ПРИЗНАК:
	1. нижнетеменного поражения;
	2. верхнетеменного поражения;
	3. среднетеменного поражения;
	4. поражения вторичных отделов зрительного анализатора;
	5. височных долей.
18. ПРИНЦИП СЕНСОРНЫХ КОРРЕКЦИЙ СЛОЖНЫХ ДВИЖЕНИЙ БЫЛ РАЗРАБОТАН:
	1. Бехтеревым;
	2. Сеченовым;
	3. Лурия;
	4. Бернштейном;
	5. Узнадзе.
19. ЗАМЕНА НУЖНЫХ ДВИЖЕНИЙ НА ШАБЛОННЫЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:
	1. кинестетической апраксии;
	2. пространственной апраксии;
	3. кинетической апраксии;
	4. регуляторной апраксии;
	5. эхопраксии.
20. ПРИОБРЕТЕННОЕ РЕЧЕВОЕ РАССТРОЙСТВО ВСЛЕДСТВИЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕВОГО ПОЛУШАРИЯ НАЗЫВАЕТСЯ:
	1. алалией;
	2. мутизмом;
	3. дизартрией;
	4. афазией;
	5. дислексия.
21. ПОРАЖЕНИЕ ТЕМЕННО-ЗАТЫЛОЧНОЙ ЗОНЫ ЛЕВОГО ПОЛУШАРИЯ ЧАСТО ПРИВОДИТ К:
	1. эфферентной моторной афазии;
	2. сенсорной афазии;
	3. семантической афазии;
	4. динамической афазии;
	5. астереогнозу.
22. ОСНОВНЫМ ДЕФЕКТОМ ПРИ ВЕРБАЛЬНОЙ АЛЕКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
	1. слабое зрение;
	2. нарушения симультанного узнавания;
	3. перепутывание букв;
	4. первая и третья причины;
	5. слабый слух.
23. АГРАФИЯ — ЭТО:
	1. потеря способности к рисованию;
	2. потеря способности переноса навыков письма с правой руки на левую у правшей;
	3. навязчивые повторения отдельных букв при письме или штрихов при рисовании;
	4. нарушение способности правильно по форме и смыслу писать;
	5. неспособность усвоить правила орфографии.
24. АКАЛЬКУЛИЯ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С:
	1. семантической афазией;
	2. кинестетической апраксией;
	3. соматоагнозией;
	4. эмоциональными расстройствами;
	5. динамической афазией.
25. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СВЯЗАНЫ С РАБОТОЙ:
	1. первого блока мозга;
	2. второго блока мозга;
	3. третьего блока мозга;
	4. всех трех блоков;
	5. первого и третьего блоков.
26. «ПОЛЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ» ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ ПОРАЖЕНИЯ:
	1. лобных долей;
	2. височных долей;
	3. затылочных долей;
	4. теменных долей;
	5. подкорковых структур.
27. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ПРИЕМОМ ОБНАРУЖЕНИЯ МОДАЛЬНО-СПЕЦИФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ВНИМАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
	1. корректурная проба;
	2. одновременное предъявление двух стимулов парным анализаторам;
	3. управление движущимся объектом;
	4. узнавание стимульного материала;
	5. одновременное предъявление трех стимулов парным анализаторам.
28. ДЕФЕКТЫ МЫШЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ОПОСРЕДОВАНИЕМ РЕЧЕВЫХ СВЯЗЕЙ, ВЫЗЫВАЮТСЯ:
	1. поражением конвекситальных отделов лобных долей;
	2. левовисочными поражениями;
	3. теменно-затылочными поражениями;
	4. правовисочными поражениями;
	5. мозжечковыми поражениями.
29. «КРУГ ПЕЙПЕСА» В ОСНОВНОМ ОПИСЫВАЕТ ЦИРКУЛЯЦИЮ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ:
	1. между теменной и височной корой;
	2. от зрительного анализатора к третичным полям;
	3. внутри лимбической системы;
	4. между ретикулярной формацией и лобной корой;
	5. между лобной и затылочной корой.
30. ПОРАЖЕНИЕ КОНВЕКСИТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ЛОБНЫХ ДОЛЕЙ МОЗГА ВЕРОЯТНЕЕ ПРИВЕДЕТ К ТАКОМУ ЭМОЦИОНАЛЬНОМУ СОСТОЯНИЮ, КАК:
	1. безразличное благодушие;
	2. грусть;
	3. депрессия;
	4. тревога;
	5. ажитация.
31. ПРОЦЕСС ПОЗНАНИЯ ОТ ОБЩЕГО К ЧАСТНОМУ БОЛЕЕ ПРЕДСТАВЛЕН:
	1. в левом полушарии;
	2. в правом полушарии;
	3. одинаково в обоих полушариях;
	4. в зависимости от стимульного материала;
	5. у мужчин, чем у женщин.
32. ЛЕВШЕСТВО — ЭТО:
	1. преобладание размера левой руки над правой;
	2. совместное преобладание леворасположенных парных органов над правыми;
	3. преобладание левой руки и левой ноги над правыми;
	4. различия в чувствительности правой и левой половины тела;
	5. отклонение в развитии, развивающееся при воздействии вредных факторов на плод в период от начала беременности до 8-9 недели.
33. ОСОБЕННОСТЬЮ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ МОЗГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
	1. слабая выраженность симптоматики;
	2. значительная выраженность симптоматики;
	3. длительный период обратного развития симптомов;
	4. высокая зависимость от локализации очага поражения;
	5. раннее начало манифестации симптомов.

**Модуль 7.Прикладные направления клинической психологии**

**Тема 1.**Психологическое консультирование

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Мишени психологического консультирования.
2. Проблемно-ориентированное консультирование.
3. Клинически-ориентированное консультирование.
4. Развивающее консультирование.
5. Возможность применения различных психотерапевтических техник и приемов в консультировании.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:**

1. Дайте определение понятия "психологическое консультирование". Назовите предмет и объект психологического консультирования.
2. Какие ученые способствовали развитию психологического консультирования, как формы психологической помощи?
3. Какие задачи по мнению Ю.А. Алешиной должен решить консультант в процессе оказания психологической помощи клиенту?
4. Каких принципов должен придерживаться психолог-консультант в работе с клиентом?
5. Перечислите психологические средства, находящиеся в распоряжении консультанта.
6. Дайте краткую характеристику вербальному и невербальному способу коммуникации.
7. Какие виды слушание применяет психолог-консультант? Дайте краткую характеристику каждому виду слушания.
8. Коротко опишите то, что происходит на первом этапе психологического консультирования. Какие задачи психолог-консультант должен решить на этом этапе? Как называется этот этап?
9. На что направлена работа консультанта на втором этапе психологического консультирования? Как принято называть этот этап?
10. На что направлены действия консультанта на третьем этапе психологического консультирования? Как называется этот этап работы?

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. В НАИМЕНЬШЕЙ СТЕПЕНИ СУЩНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ В СОВРЕМЕННОМ ЕЕ ПОНИМАНИИ РАСКРЫВАЕТ ПОНЯТИЕ:
	1. психологическое вмешательство;
	2. психологическая коррекция;
	3. внушение;
	4. клинико-психологическая интервенция;
	5. комплайенс.
2. ЕСЛИ НЕВРОЗ ПОНИМАЕТСЯ КАК СЛЕДСТВИЕ КОНФЛИКТА МЕЖДУ БЕССОЗНАТЕЛЬНЫМ И СОЗНАНИЕМ, ТО ПСИХОТЕРАПИЯ БУДЕТ НАПРАВЛЕНА НА:
	* 1. переучивание;
		2. осознание;
		3. интеграцию опыта;
		4. распознавание ошибочных стереотипов мышления;
		5. интерпретацию психологических защит.
3. ЧТО НЕ МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ В КАЧЕСТВЕ ТЕОРИИ, ОКАЗАВШЕЙ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ГУМАНИСТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ?
	* + 1. экзистенциальная философия;
			2. феноменологический подход;
			3. восточная философия;
			4. теории научения;
			5. гештальт-психология.
4. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ (РЕКОНСТРУКТИВНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
	* + - 1. теория деятельности;
				2. теория отношений;
				3. теория установки;
				4. теория поля;
				5. психоанализ.
5. ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ (РЕКОНСТРУКТИВНАЯ) ПСИХОТЕРАПИЯ — ЭТО:
6. психотерапевтическое воздействие, учитывающее личностные особенности пациента;
7. психотерапевтическое направление, основанное на психологии отношений;
8. вариант клиент-центрированной психотерапии;
9. вариант когнитивной психотерапии;
10. вариант поведенческой психотерапии.
11. В РАМКАХ КАКОЙ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ОРИЕНТАЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ ДАНО СЛЕДУЮЩЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ: «ПСИХОТЕРАПИЯ — ЭТО ПРОЦЕСС ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ДВУМЯ ИЛИ БОЛЕЕ ЛЮДЬМИ, ОДИН ИЗ КОТОРЫХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАЛСЯ В ОБЛАСТИ КОРРЕКЦИИ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ»?
12. психодинамической;
13. гуманистической;
14. когнитивной;
15. поведенческой;
16. телесно-ориентированной.
17. ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ:
18. теории деятельности;
19. теорий научения;
20. концепции отношений;
21. психологии установки;
22. психоанализа.
23. КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ВОЗНИКЛА КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ:
24. рациональной психотерапии;
25. гуманистической психотерапии;
26. поведенческой психотерапии;
27. психодинамической психотерапии;
28. телесно-ориентированной психотерапии.
29. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
30. бихевиоризм;
31. психоанализ;
32. гуманистическая психология;
33. когнитивная психология;
34. психосинтез.
35. ПСИХОТЕРАПИЕЙ, ЦЕНТРИРОВАННОЙ НА ПЕРЕНОСЕ, МОЖЕТ БЫТЬ НАЗВАНА ТАКАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА, КАК:
36. когнитивная психотерапия;
37. разговорная психотерапия;
38. экзистенциальная психотерапия;
39. психоанализ;
40. клиент-центрированная.
41. ТЕРМИН «ПЕРЕНОС» ОБОЗНАЧАЕТ:
	1. эмоционально теплые отношения между пациентом и психотерапевтом;
	2. доверие и открытость пациента по отношению к психотерапевту;
	3. специфические отношения между пациентом и психотерапевтом, основанные на проекции;
	4. партнерские отношения между пациентом и психотерапевтом;
	5. конструктивные отношения.
42. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА-ПСИХОАНАЛИТИКА ЯВЛЯЕТСЯ РОЛЬ:
43. фасилитатора;
44. инструктора;
45. интерпретатора;
46. эксперта;
47. диктатора.
48. В процессе психологического консультирования психолог помогает клиенту решить эту проблему (выступая в качестве основного, а не вспомогательного специалиста):
49. выбор профессии
50. кризис супружеской жизни
51. купирование абстинентного синдрома
52. суицидальное поведение
53. переживание утраты
54. В процессе психологического консультирования психолог помогает клиенту решить эту проблему (выступая в качестве основного, а не вспомогательного специалиста):
55. возрастной кризис
56. школьный буллинг
57. отстаивание личных границ в отношениях
58. конфликт в рабочем коллективе
59. алкогольная зависимость
60. Слово консультирование произошло от латинского слова consultare, которое переводится как:
61. заботиться
62. исправлять
63. лечить
64. советоваться
65. воздействовать
66. В отечественной психологической литературе термин "психологическое консультирование" появился:
67. в 2000-х гг.
68. в 1936 г.
69. в 1950-х гг.
70. в начале 1990-х гг.
71. в 1980-х гг.
72. Психологическое консультирование как вид профессиональной деятельности, сфокусированной на помощи в решении психологических проблем психически здоровых людей, раньше других твердился в этой стране:
73. США
74. Россия
75. Канада
76. Великобритания
77. Австралия
78. Разработчик недирективного клиент-центрированного подхода в психологическом консультировании Карл Роджерс придавал особое значение:
79. переживанию психологом эмпатического понимания внутреннего состояния клиента
80. ответственности клиента за его собственное развитие
81. безусловной положительной оценке и принятию клиента консультантом
82. искренности (конгруэнтности) консультанта
83. Целью психологического консультирования в рамках психоаналитического психолого-психотерапевтического направления является:
84. установление доверительного контакта с клиентом
85. осознание вытесненных в бессознательное переживаний клиента
86. исправление неадекватного поведения и обучение эффективному поведению
87. поощрение открытости клиента собственным переживаниям, уверенности в себе
88. помощь в пересмотре системы убеждений, норм, представлений, коррекция иррациональных установок
89. Целью психологического консультирования в рамках поведенческого психолого-психотерапевтического направления является:
90. установление доверительного контакта с клиентом
91. осознание вытесненных в бессознательное переживаний клиента
92. исправление неадекватного поведения и обучение эффективному поведению
93. поощрение открытости клиента собственным переживаниям, уверенности в себе
94. помощь в пересмотре системы убеждений, норм, представлений, коррекция иррациональных установок
95. Целью психологического консультирования в рамках модели рационально-эмоциональной терапии А. Эллиса является:
96. установление доверительного контакта с клиентом
97. осознание вытесненных в бессознательное переживаний клиента
98. исправление неадекватного поведения и обучение эффективному поведению
99. поощрение открытости клиента собственным переживаниям, уверенности в себе
100. помощь в пересмотре системы убеждений, норм, представлений, коррекция иррациональных установок
101. Целью психологического консультирования в рамках модели клиент-центрированной терапии К. Роджерса является:
102. установление доверительного контакта с клиентом
103. осознание вытесненных в бессознательное переживаний клиента
104. исправление неадекватного поведения и обучение эффективному поведению
105. поощрение открытости клиента собственным переживаниям, уверенности в себе
106. помощь в пересмотре системы убеждений, норм, представлений, коррекция иррациональных установок
107. Консультант имеет право нарушить правило конфиденциальности в этом случае:
108. риск для жизни клиента или других людей
109. смерть клиента
110. преступные действия клиента
111. обращение к консультанту за разъяснениями членов семьи клиента
112. Принцип разграничения личных и профессиональных сторон в пространстве консультирования предполагает, что:
113. запрещено вступать с клиентом в сексуальные отношения
114. запрещено вступать с клиентом в дружеские отношения
115. не рекомендуется консультировать знакомых, друзей и родственников
116. не рекомендуется демонстрировать осуждение или свое личное отношение к различным аспектам поведения клиента
117. Конгруэнтность – это:
118. способность встать на место клиента
119. безоценочное восприятие клиента
120. искренность консультанта
121. согласованность или соответствие информации, одновременно передаваемой человеком вербальным и невербальным способом
122. Цель работы с клиентом при проблемно-ориентированном консультировании:
123. перестройка личности клиента
124. формирование и укрепление способности клиента к адекватным ситуации действиям
125. овладение техниками, позволяющими улучшить самоконтроль
126. анализ индивидуальных, личностных причин проблемы
127. предотвращение подобных проблем в будущем
128. изменение поведения клиента
129. Цель работы с клиентом при личностно-ориентированном консультировании:
130. перестройка личности клиента
131. формирование и укрепление способности клиента к адекватным ситуации действиям
132. овладение техниками, позволяющими улучшить самоконтроль
133. анализ индивидуальных, личностных причин проблемы
134. предотвращение подобных проблем в будущем
135. изменение поведения клиента

1. Минимальное вмешательство в речь говорящего при максимальной сосредоточенности на ней – это:
2. активное слушание
3. рефлексивное слушание
4. нерефлексивное слушание
5. эмпатическое слушание
6. пассивное слушание
7. В отношении активного слушания верно следующее:
8. основано на особых приемах участия в беседе, предполагающих активное выражение собственных переживаний и соображений
9. позволяет точнее понять психологические состояния, чувства, мысли собеседника
10. применяется в случае, если клиенту необходимо выговориться, дать выход своим чувствам
11. представляет собой использование поощряющих реплик типа «Да?», «Пожалуйста, продолжайте» и т. п. или невербальных способов демонстрации внимания, поощрения и поддержки (кивание и покачивание головой, наклон туловища вперед и др.)
12. Содержанием первого этапа психологического консультирования является:
13. работа с проблемой клиента посредством различных психокоррекционных методов
14. оценка проблем клиента, формирование конструктивного запроса клиента на психологическую помощь
15. установление доверительного контакта с клиентом
16. соотнесение изменений, произошедших с клиентом в течение сеанса, с его жизненной реальностью (заземление)
17. Содержанием второго этапа психологического консультирования является:
18. работа с проблемой клиента посредством различных психокоррекционных методов
19. оценка проблем клиента, формирование конструктивного запроса клиента на психологическую помощь
20. установление доверительного контакта с клиентом
21. соотнесение изменений, произошедших с клиентом в течение сеанса, с его жизненной реальностью (заземление)
22. Содержанием третьего этапа психологического консультирования является:
23. работа с проблемой клиента посредством различных психокоррекционных методов
24. оценка проблем клиента, формирование конструктивного запроса клиента на психологическую помощь
25. установление доверительного контакта с клиентом
26. соотнесение изменений, произошедших с клиентом в течение сеанса, с его жизненной реальностью (заземление)

**Тема 2.**Психокоррекция и психотерапия

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Основные методы психокоррекции.
2. Позиция психолога и позиция пациента (клиента) в психокоррекции
3. Содержание понятия «психотерапия». Классификации психотерапевтических направлений, школ, методов.
4. Структура психотерапевтического метода: личностная концепция, компании нормы, концепции патологии, психотерапевтического вмешательства.
5. Проблема эффективности в психотерапии, критерии и методы оценки, этические основы психотерапии.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:**

1. Дайте определение понятий "психокоррекция" и "психотерапия".
2. Чем медицинская психотерапия отличается от немедицинской психотерапии? Почему клинический психолог не может заниматься медицинской психотерапией?
3. Чем психологическое консультирование отличается от психотерапии?
4. Какую проблему психологов, работающих в области психотерапии позволил решить термин "психологическая коррекция"?
5. Перечислите основные теоретические направления в психотерапии.
6. Раскройте классификацию методов психотерапии по принадлежности тому или иному психолого-психотерапевтическому направлению.
7. Раскройте классификацию методов психотерапии по целям ее использования.
8. Раскройте классификацию методов психотерапии по фокусу приложения.
9. Раскройте классификацию методов психотерапии по стилю работы специалиста.
10. Раскройте классификацию методов психотерапии в зависимости от разных механизмов психотерапевтических техник.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. В ПРОЦЕССЕ ПСИХОАНАЛИЗА АНАЛИЗУ НЕ ПОДВЕРГАЮТСЯ:
2. свободные ассоциации;
3. сновидения;
4. автоматические мысли;
5. сопротивление.
6. оговорки.
7. В ПРОЦЕССЕ ПСИХОАНАЛИЗА АНАЛИЗУ ПОДВЕРГАЮТСЯ:
8. ошибочные действия;
9. автоматические мысли;
10. неадаптивные поведенческие стереотипы;
11. ошибочные когниции;
12. сверхценные мысли.
13. ТЕРМИН «НАУЧЕНИЕ» ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ:
14. опытной психотерапии;
15. гештальт-терапии;
16. психодрамы;
17. когнитивной психотерапии;
18. аналитической психотерапии.
19. ТАК НАЗЫВАЕМАЯ «ЖЕТОННАЯ СИСТЕМА» — ЭТО МЕТОД, ОСНОВАННЫЙ НА:
20. оперантномобусловливании;
21. классическом обусловливании;
22. научении по моделям;
23. внушении;
24. аутогенной тренировке.
25. КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ НЕ НАПРАВЛЕНА НА ВЫЯВЛЕНИЕ:
26. ошибочных действий;
27. иррациональных установок;
28. автоматических мыслей;
29. дисфункциональных убеждений;
30. решение психосоциальных проблем.
31. ТЕРМИН «ОПЫТ» ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ:
32. психотерапии, основанной на теориях научения;
33. психодинамической психотерапии;
34. гуманистической психотерапии;
35. психотерапии, основанной на когнитивных подходах;
36. гештальт-терапии.
37. КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ:
38. использование свободных ассоциаций;
39. безусловное принятие пациента психотерапевтом;
40. работу с иррациональными установками личности;
41. изменение системы отношений пациента;
42. коррекцию негативных мыслей.
43. «РАЗГОВОРНАЯ» ПСИХОТЕРАПИЯ — ЭТО:
44. разновидность рациональной психотерапии;
45. вариант клиент-центрированной психотерапии;
46. направление в когнитивной психотерапии;
47. направление в психодинамической психотерапии;
48. направление в поведенческой психотерапии.
49. ПРОТИВОПОЛОЖНЫМ ПОНЯТИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ В РАМКАХ КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ РОДЖЕРСА ЯВЛЯЕТСЯ:
50. эмпатия;
51. принятие;
52. открытость опыту;
53. аутентичность;
54. конгруэнтность.
55. ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ — ЭТО:
	1. самостоятельное психотерапевтическое направление;
	2. метод, использующий в лечебных целях групповую динамику;
	3. метод, ориентированный исключительно на процесс «здесь-и-теперь»;
	4. метод, направленный на переработку межличностных конфликтов;
	5. метод, основанный на принципах личностно-ориентированной психотерапии.
56. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
	* 1. биографическая ориентация;
		2. тематическая ориентация;
		3. интеракционная ориентация;
		4. симптоматическая ориентация;
		5. патогенетическая ориентация.
57. В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО МЕХАНИЗМА ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ РАССМАТРИВАЕТСЯ:
58. межличностное научение;
59. имитационное поведение;
60. сообщение информации;
61. интерперсональное влияние;
62. индукция.
63. В КОНТЕКСТЕ ГРУППОВОЙ ДИНАМИКИ ПРОТИВОПОЛОЖНЫМ ПОНЯТИЮ «НАПРЯЖЕНИЕ» ЯВЛЯЕТСЯ ПОНЯТИЕ:
64. релаксация;
65. групповая сплоченность;
66. принятие;
67. безопасность;
68. конфронтация.
69. КАКАЯ ИХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РОЛЕЙ ГРУППОВОГО ПСИХОТЕРАПЕВТА ЯВЛЯЕТСЯ НАИМЕНЕЕ КОНСТРУКТИВНОЙ:
70. комментатор;
71. технический эксперт;
72. активный лидер;
73. опекун;
74. участник, устанавливающий модели поведения.
75. Характерной особенностью медицинской модели психотерапии является:
76. ориентация на устранение жалоб-симптомов
77. объект – психически здоровые люди ("клиенты")
78. используются только психологические средства (слово, средства невербальной коммуникации, разные виды научения и др.)
79. реализуется лицами с высшим медицинским образованием (врач-психотерапевт)
80. Характерной особенностью психологической модели психотерапии является:
81. ориентация на исследование жалоб-симптомов с целью выявления первопричины их появления и работы уже с ней
82. объект – люди, имеющие психическое расстройство ("пациенты")
83. наряду с психологическими средствами применяются физио-, фармако-, фито-и другие терапевтические средства
84. реализуется лицами с высшим медицинским или психологическим образованием (врач-психотерапевт или психолог)
85. В соответствии с представлениями о целевых стратегиях психотерапии определите направленность действий специалиста, позволяющую добиться наибольших результатов, хотя и требующую наиболее длительной психотерапевтической работы:
86. реконструкция связей пациента с ближайшим социальным окружением
87. реконструкция внутреннего мира личности пациента
88. коррекция неадекватных, самофрустрирующих стереотипов переживания и поведения
89. непосредственное воздействие на симптомы болезни с помощью суггестии и тренинга
90. выработка новых, более зрелых и конструктивных способов восприятия, переживания и поведения
91. В соответствии с представлениями о целевых стратегиях психотерапии определите направленность действий специалиста, при которой улучшение состояния пациента происходит в наиболее короткие сроки, хотя результаты могут быть неустойчивыми:
92. реконструкция связей пациента с ближайшим социальным окружением
93. реконструкция внутреннего мира личности пациента
94. коррекция неадекватных, самофрустрирующих стереотипов переживания и поведения
95. непосредственное воздействие на симптомы болезни с помощью суггестии и тренинга
96. выработка новых, более зрелых и конструктивных способов восприятия, переживания и поведения
97. Термин "психологическая коррекция" возник как наиболее корректный с юридической точки зрения аналог термина:
98. психологическая психотерапия
99. психодинамическая психотерапия
100. неврачебная психотерапия
101. немедицинская психотерапия
102. поведенческая психотерапия
103. Психотерапия в отличие от психологического консультирования (преимущественно):
104. затрагивает глубинные аспекты личности, лежащие в основе большинства жизненных трудностей и конфликтов
105. используется при работе со здоровыми людьми
106. ориентирована на разрешение конкретных жизненных ситуаций и проблем
107. ориентирована на реконструирование личности
108. в большинстве случаев бывает краткосрочной (5-6 встреч)
109. направлена на помощь человеку в лучшем использовании личностных ресурсов, уже имеющихся в его распоряжении
110. Классификация методов психотерапии по фокусу приложения включает:
111. социоориентированные методы
112. суггестивные методы
113. симптомо-ориентированные методы
114. личностно-ориентированные методы
115. гуманистические методы
116. Классификация видов психотерапии в зависимости от разных механизмов психотерапевтических техник включает:
117. когнитивно-бихевиоральную психотерапия
118. телесно-ориентированную психотерапию
119. содержательно-ориентированную психотерапию
120. психодинамическую психотерапию
121. процессуально-ориентированную психотерапию
122. К психодинамическому направлению в психотерапии относится:
123. личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова
124. гештальт-терапия Фрица и Лауры Перлз
125. клиент-центрированная психотерапия Карла Роджерса
126. классический психоанализ Зигмунда Фрейда
127. экзистенциальное консультирование Ролло Мея и Ирвина Ялома
128. К экзистенциально-гуманистическому направлению в психотерапии относится:
129. личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова
130. гештальт-терапия Фрица и Лауры Перлз
131. клиент-центрированная психотерапия Карла Роджерса
132. классический психоанализ Зигмунда Фрейда
133. экзистенциальное консультирование Ролло Мея и Ирвина Ялома
134. Наиболее успешно поведенческая психотерапия применяется при:
135. кризисах самоопределения
136. тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройствах
137. аддиктивном поведении и зависимостях
138. переживании утраты
139. состояниях, при которых возможно выделить какой-то определенный симптом как «мишень» для психотерапевтического вмешательства
140. Целью когнитивно-поведенческой психотерапии является:
141. приобретение пациентом способности к самоактуализации личности
142. изменение отношений внутри семейной системы, поддерживающих болезнь или дезадаптивные симптомы одного из членов
143. изменение нелогичных или нецелесообразных мыслей и убеждений человека
144. восстановление способности личности к свободному сознательному выбору с чувством ответственности за этот выбор
145. устранение нежелательных форм поведения и выработка полезных для клиента навыков поведения
146. помощь клиенту в осознании и конструктивном разрешении внутриличностного конфликта
147. Целью экзистенциально-гуманистической психотерапии является:
148. приобретение пациентом способности к самоактуализации личности
149. изменение отношений внутри семейной системы, поддерживающих болезнь или дезадаптивные симптомы одного из членов
150. изменение нелогичных или нецелесообразных мыслей и убеждений человека
151. восстановление способности личности к свободному сознательному выбору с чувством ответственности за этот выбор
152. устранение нежелательных форм поведения и выработка полезных для клиента навыков поведения
153. помощь клиенту в осознании и конструктивном разрешении внутриличностного конфликта
154. Факторами, обеспечивающими успешность психотерапии, являются:
155. относительно высокая длительность болезни / проблемы
156. пожилой возраст
157. высокий уровень интеллекта
158. низкая мотивация на лечение
159. способность к рефлексии

**Тема 3.**Неотложная помощь в КП

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

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Острая реакция на стресс, фазы течения, клиника, варианты выхода из этого состояния (хроническая социальная дезадаптация, психосоматическое и нервно-психическое расстройство).
2. Посттравматическое стрессовое нарушение.
3. Кризисные состояния.
4. Горе, скорбь и тяжёлая утрата.
5. Смерть и умирание.
6. Психология насилия.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА:**

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

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. ПСИХОДРАМА — ЭТО МЕТОД, НАПРАВЛЕННЫЙ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, НА СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ:
2. диагностики неадекватных поведенческих стереотипов и их коррекции;
3. повышения коммуникативной компетентности;
4. спонтанного выражения эмоций, связанных со значимой проблематикой;
5. переработки межличностных конфликтов;
6. формирования более зрелых психологических защит.
7. МЕТОД СИСТЕМАТИЧЕСКОЙ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ ОСНОВАН НА:
8. оперантномобусловливании;
9. классическом обусловливании;
10. научении по моделям;
11. внушении;
12. психосинтезе.
13. КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА ПОВЫШАЕТСЯ С РАЗВИТИЕМ ТАКОГО КАЧЕСТВА, КАК:
14. ригидность;
15. агрессивность;
16. способность к эмпатии;
17. тревожность;
18. конфликтность.
19. АФФИЛИАЦИЯ — ЭТО:
	1. способность к сочувствию, сопереживанию;
	2. стремление человека быть в обществе других людей;
	3. потребность в достижениях;
	4. склонность испытывать эмоцию тревоги;
	5. склонность избегать конфликтных ситуаций.
20. ЭМПАТИЯ — ЭТО:
	1. способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию;
	2. склонность к повышенному настроению;
	3. склонность испытывать чувство вины;
	4. потребность в эмоциональной поддержке со стороны окружающих людей;
	5. потребность в позитивном подкреплении.
21. КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ВРАЧА СНИЖАЕТСЯ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ СЛЕДУЮЩИХ СВОЙСТВ:
	* 1. эмпатия;
		2. повышенная тревожность;
		3. уверенность поведения;
		4. сенситивность;
		5. конгруэнтность.
22. КОММУНИКАТИВНЫЙ БАРЬЕР ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАН С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ:
	1. сенситивности к отвержению;
	2. восприятия социальной поддержки;
	3. агрессивности;
	4. депрессивности;
	5. социального интеллекта.
23. ТРЕВОГА — ЭТО ЭМОЦИЯ:
24. связанная с переживанием текущих неприятностей и неудач;
25. направленная в будущее, связанная с предвосхищением возможных неудач;
26. связанная с переживанием прошлых обид и потерь;
27. сопровождающая переживание любого негативного события;
28. возникающая только при наличии объективно опасного объекта.
29. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СГОРАНИЯ — СЛЕДСТВИЕ:
	1. неуверенности в себе и повышенной ответственности;
	2. чрезмерной впечатлительности;
	3. профессиональной некомпетентности;
	4. критики со стороны старших;
	5. высокой нагрузки на работе.
30. СОКРАЩЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИСТАНЦИИ С БОЛЬНЫМ ДОПУСТИМО:
	1. при длительном общении с пациентом;
	2. во взаимоотношениях с агрессивным пациентом;
	3. в ситуациях, когда возникает угроза жизни больного;
	4. при наличии взаимной симпатии между врачом и больным;
	5. при уверенности терапевта в своем профессионализме.
31. ОЩУЩЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНТАКТА ДАЕТ ЭЛЕМЕНТ НЕВЕРБАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ:
	1. взгляд в глаза;
	2. жест приветствия;
	3. поворот корпуса тела и головы в сторону больного;
	4. кивок головой;
	5. сокращение физической дистанции.
32. СОСТОЯНИЕ ПОЛНОГО ИЛИ ЧАСТИЧНОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ (ЗАМЕЩЕНИЯ) НАРУШЕННЫХ В СВЯЗИ С БОЛЕЗНЬЮ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ НАЗЫВАЕТСЯ:
33. адаптацией;
34. компенсацией;
35. кооперацией;
36. атрибуцией;
37. возмещением.
38. Психогениями называются психические заболевания, возникающие вследствие:
39. перенесенных поражений головного мозга, приведших к его резидуальной органической недостаточности (черепно-мозговые травмы, отравления, менингиты и др.)
40. нервных перенапряжений и срывов, трудно разрешимых ситуаций, проблем и конфликтов
41. личностно значимых интенсивных переживаний (острых или хронических)
42. отклонений внутриутробного формирования структур организма от нормального развития
43. шокирующих чрезвычайных обстоятельств (особенно – с угрозой для жизни)
44. К общим свойствам психогенных расстройств по Ясперсу относится:
45. наличие временного промежутка (порой значительного) между действием психотравмирующего фактора и появления симптомов расстройства
46. связь расстройств по времени с действием психической травмы
47. наличие психологически понятных связей между проявлениями расстройства и содержанием психотравмы
48. психологическая понятность симптомов отсутствует или выражена слабо
49. прекращение или значительное ослабление проявлений расстройства по мере уменьшения значимости травмирующей ситуации
50. Уязвимость к воздействию психотравмирующих факторов повышает:
51. преобладание сангвинического или флегматического типа темперамента
52. наследственное психопатологическое и психосоматическое отягощение
53. вторичные поражения мозга при заболеваниях печени, почек, сердца, легких, сосудов
54. завышенные жизненные притязания и связанный с ними напряженный образ жизни
55. гармоничное семейное воспитание
56. Уязвимость к воздействию психотравмирующих факторов понижает:
57. преобладание сангвинического или флегматического типа темперамента
58. наследственное психопатологическое и психосоматическое отягощение
59. вторичные поражения мозга при заболеваниях печени, почек, сердца, легких, сосудов
60. завышенные жизненные притязания и связанный с ними напряженный образ жизни
61. гармоничное семейное воспитание
62. В МКБ-10 психогенные расстройства представлены в рубриках:
63. F07
64. F40-42
65. F44-48
66. F32
67. F43
68. Острые реакции на тяжелый стресс включают расстройства, которые возникают вследствие:
69. ситуаций, содержащих прямую угрозу гибели человека
70. миграции, перехода на положение беженца
71. террористических актов, взятия в заложники
72. участия в боевых действиях
73. потери близких, переживания разлуки
74. Гипокинетический вариант острой реакции на тяжелый стресс проявляется:
75. безучастностью к происходящему
76. двигательной обездвиженностью вплоть до полного оцепенения
77. стремлением куда-то бежать – без учёта места наибольшей опасности
78. аффективным психомоторным возбуждением с беспорядочными движениями («двигательной бурей»)
79. отсутствием речевого общения с окружающими, отсутствием ответа на обращенную речь
80. Гиперкинетический вариант острой реакции на тяжелый стресс проявляется:
81. безучастностью к происходящему
82. двигательной обездвиженностью вплоть до полного оцепенения
83. стремлением куда-то бежать – без учёта места наибольшей опасности
84. аффективным психомоторным возбуждением с беспорядочными движениями («двигательной бурей»)
85. отсутствием речевого общения с окружающими, отсутствием ответа на обращенную речь
86. Продолжительность аффективно-шоковых расстройств при острых реакциях на тяжелый стресс составляет:
87. от 1 до 3 месяцев
88. от 1 месяца до полугода
89. от 2 суток до 4 недель
90. от нескольких часов до 2-3 дней
91. от 2 лет и более
92. Проявлением посттравматического стрессового расстройства является:
93. легкость создания теплых доверительных отношений
94. повышенная реакция на испуг
95. стойкие непроизвольные и чрезвычайно живые воспоминания перенесенного (флэшбэк)
96. стремление быть в обществе других людей, открытость
97. повторяющиеся тяжелые сны о травматическом событии
98. Расстройства адаптации возникают вследствие:
99. стихийных бедствий – наводнений, землетрясений, пожаров
100. утраты имущества и (или) сбережений, тяжелого материального положения
101. стрессовых жизненных событий, не содержащих прямой и непосредственной угрозы физическому существованию
102. приобретения статуса родителей либо отделения повзрослевших детей от родительской семьи
103. неудачи в достижении заветной личной цели
104. К соматическим сигналам расстройств адаптации относятся:
105. повышенная утомляемость
106. замедленность реакций
107. расстройство аппетита (снижение или расторможение)
108. снижение организованности и целеустремленности в образе жизни
109. К психологическим сигналам расстройств адаптации относятся:
110. боль в теле
111. повышенная эмоциональная чувствительность и уязвимость
112. рассеянность, забывчивость
113. склонность к драматическому поведению и эмоциональным вспышкам
114. К поведенческим сигналам расстройств адаптации относятся:
115. алкоголизация и наркотизация
116. большое число ошибок в работе
117. головная боль
118. агрессивное и асоциальное поведение (особенно у подростков)
119. Кризис возникает:
120. в ситуациях, когда усвоенных ранее образцов поведения недостаточно для совладания с обстоятельствами
121. в ситуациях, когда требуется найти новые способы поведения и новые смыслы жизни
122. исключительно вследствие ситуаций, связанных с угрозой для жизни и здоровья
123. исключительно вследствие ситуаций, не содержащих прямой и непосредственной угрозы физическому состоянию человека

**ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:**

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

**Задача №1**

У молодой мамы тяжело заболела и в скором времени скончалась трехмесячная единственная дочка. Вместе с ее смертью рухнули и все родительские надежды. Новый этап жизни потерпевшей утрату женщины, едва начавшись, неожиданно прервался. Около полумесяца она пребывала в состоянии шока, как будто жизнь остановилась. Затем пришли боль, депрессия, полное равнодушие к жизни. И вот в этот тяжелейший кризисный период коллеги и знакомые начали одолевать ее уговорами выйти на работу: хватит, дескать, уже горевать, надо подумать и о себе. Вероятно, побуждения людей были при этом самыми благими, однако от их слов скорбящей матери становилось еще хуже. У нее появилось чувство, что она не имеет права горевать, а также возникло подозрение, что с ней не все в порядке. По этому поводу женщина решила обратиться за помощью к психологу. На консультации ее беспокоил, прежде всего, вопрос: нормально ли ее горе? (Шефов С.А. Психология горя)

**Вопросы:**

1. Обоснованы ли опасения клиентки по поводу «нормальности» ее горя? Какова средняя продолжительность интенсивного периода горевания?
2. В чем может состоять помощь психолога на этапе острого горя?
3. В чем может состоять помощь психолога на этапе восстановления после тяжелой утраты?
4. Дайте краткую характеристику трехступенчатой модели психологической помощи при переживании утраты.
5. Каких высказываний стоит избегать в разговоре с людьми, переживающими утрату?

**Задача№2**

Митрополит Сурожский Антоний рассказывает о своей беседе с восьмидесятилетним стариком, шестьдесят лет терпевшим душевные муки из-за давнего несчастного случая, когда он во время гражданской войны нечаянно убил свою невесту. Этот человек всю жизнь молился, каялся перед Богом, искал совета и помощи у разных людей, но не мог найти покоя. Проникнутый состраданием и желанием помочь старику, владыка Антоний посоветовал ему: «Вы обращались ко Христу, Которого вы не убивали, к священникам, которым вы не нанесли вреда. Почему вы никогда не подумали обратиться к девушке, которую вы убили?». «Он изумился, — рассказывает далее митрополит Антоний. — Разве не Бог дает прощение? Ведь только Он один и может прощать грехи людей на земле... Разумеется, это так. Но я сказал ему, что если девушка, которую он убил, простит его, если она заступится за него, то даже Бог не может пройти мимо ее прощения. Я предложил ему сесть после вечерних молитв и рассказать этой девушке о шестидесяти годах душевных страданий, об опустошенном сердце, о пережитой им муке, попросить ее прощения, а затем попросить также заступиться за него и испросить у Господа покоя его сердцу, если она простила. Он так и сделал, и покой пришел». (Шефов С.А. Психология горя)

**Вопросы:**

1. Какую психотерапевтическую технику напоминает совет, данный митрополитом? В рамках какого психотерапевтического метода была разработана эта техника? Как применяется эта техника в условиях профессионально организованной помощи при переживании утраты?
2. Какие факторы способствуют тому, что чувство вины становится гипертрофированным, превращается в самобичевание?
3. Какой будет стратегическая линия действий психолога при работе с проблемой вины перед умершим?
4. По каким признакам можно отличить невротическую вину от экзистенциальной?
5. Какой позитивной смысл можно извлечь из чувства вины? Как можно реализовать положительный смысл вины?

**Модуль 8.Организационные аспекты деятельности клинического психолога**

**Тема 1.**Организационные аспекты деятельности клинического психолога

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

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Общие принципы организации медико-психологической помощи.
2. Приказы МЗ РФ, регламентирующие деятельность клинического психолога.
3. Особенности работы клинического психолога в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь. Особенности организации работы клинического психолога в реабилитационных центрах психиатрической службы.
4. Особенности деятельности клинического психолога в учреждениях, оказывающих психотерапевтическую помощь.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:
2. отработке практических навыков;
3. повышении уровня знаний;
4. установлении эмоциональной дистанции с больными;
5. совершенствовании профессионализма, установлении адекватной эмоциональной дистанции с больными, формировании индивидуального врачебного «имиджа»;
6. установлении дружеских отношений с коллегами.
7. ПЕРВОЕ ВПЕЧАТЛЕНИЕ БОЛЬНОГО О ВРАЧЕ:
8. складывается в первые 18 секунд знакомства;
9. формируется в течение первой встречи врача и больного;
10. складывается постепенно, по мере того, как они лучше узнают друг друга;
11. неустойчиво и быстро корригируется под влиянием других впечатлений;
12. не оказывает существенного влияния на установление терапевтических отношений.
13. В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ ВРАЧА С БОЛЬНЫМИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ ПОЗЫ:
14. симметричные;
15. естественные симметричные;
16. естественные асимметричные закрытые;
17. естественные асимметричные открытые;
18. естественные симметричные, открытые.
19. В ТЕЧЕНИЕ ФАЗЫ ОРИЕНТАЦИИ ВРАЧ:
20. наблюдает невербальное поведение больного;
21. решает, какие лабораторные обследования следует назначить больному;
22. формулирует ряд гипотез (определяет зону поиска);
23. ставит диагноз;
24. информирует больного о специфике лечения его заболевания.
25. В ПРОЦЕССЕ ФАЗЫ АРГУМЕНТАЦИИ ВРАЧ ИМЕЕТ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ:
26. постановки диагноза;
27. постановки предварительного диагноза;
28. определения прогноза;
29. сообщения диагноза и прогноза больному;
30. привлечения к процессу терапии родственников больного.
31. ПРОЕКЦИЯ — ЭТО:
32. приписывание больным врачу собственных негативных черт;
33. проецирование в ситуацию взаимоотношений с врачом наиболее значимых психических травм детского возраста;
34. перенос больным на врача прошлого опыта взаимоотношений со значимыми людьми;
35. перенос больным на врача детских фантазий и мечтаний;
36. приписывание врачу желательных черт, которых у него в действительности нет.
37. В РЕЗУЛЬТАТЕ СОЧЕТАНИЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ПЕРЕНОСА И ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО КОНТРПЕРЕНОСА ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ «ВРАЧ — БОЛЬНОЙ»:
38. повышается вероятность возникновения неформальных взаимоотношений между ними;
39. повышается точность диагностики и эффективность терапии;
40. повышается вероятность быстрого выздоровления пациента;
41. повышается вероятность осложнений и рецидивов;
42. возрастает длительность процесса терапии.
43. ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ВРАЧА В ФАЗЕ КОРРЕКТИРОВКИ:
44. установление эмоционального контакта с больным;
45. оказание эмоциональной поддержки больному;
46. сообщение точного диагноза больному;
47. сообщение прогноза заболевания;
48. решение вопросов оплаты терапии.
49. АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТА К УСЛОВИЯМ СТАЦИОНАРА ДЛИТСЯ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО:
50. около 5 дней;
51. около 2 недель;
52. первые два дня госпитализации;
53. 15 дней;
54. первые 6 часов госпитализации.
55. ЛЕКАРСТВА, НАЗНАЧЕННЫЕ ВРАЧОМ, ОСТАЮТСЯ НЕИСПОЛЬЗОВАННЫМИ:
56. как минимум на 20 %;
57. на половину;
58. на 60 %;
59. крайне редко;
60. на 80%.
61. ЭФФЕКТ «ПЛАЦЕБО» — ЭТО:
62. эффективность фармакологически нейтральных «лекарственных форм»;
63. отсутствие ожидаемого действия лекарственного препарата;
64. появление противоположного ожидаемому действия лекарственного препарата;
65. усиление ожидаемого действия лекарственного препарата;
66. влияние уверенности врача в эффективности препарата на исход лечения.
67. ПОВЕДЕНИЕ АГГРАВАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
68. сознательным изображением симптомов отсутствующего заболевания;
69. преуменьшением симптомов болезни;
70. преувеличением симптомов болезни;
71. неосознаванием симптомов болезни;
72. сознательным сокрытием симптомов болезни.
73. НАИБОЛЕЕ ПРОДУКТИВНЫМИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЯМИ БОЛЬНЫХ СЧИТАЮТСЯ:
74. сотрудничество и активный поиск поддержки;
75. эмоциональную разрядку и отвлечение;
76. отвлечение и альтруизм;
77. альтруизм и оптимизм;
78. дистанцирование и самоконтроль.
79. ДИССИМУЛЯЦИЯ — ЭТО:
80. сознательное изображение симптомов несуществующего заболевания;
81. сознательное сокрытие симптомов болезни;
82. сознательное преувеличение симптомов болезни;
83. сознательное преуменьшение симптомов заболевания;
84. неосознавание симптомов болезни.
85. АНОЗОГНОЗИЯ — ЭТО:
86. сознательное сокрытие симптомов болезни;
87. бессознательная реакция: неосознавание болезни;
88. сознательное преуменьшение симптомов заболевания;
89. «уход в болезнь»;
90. сознательное изображение симптомов несуществующего заболевания.
91. ИПОХОНДРИЯ — ЭТО:
92. болезненно преувеличенное беспокойство за свое здоровье;
93. страх перед социальными последствиями болезни;
94. нежелание выздоравливать;
95. извлечение выгоды из заболевания;
96. сознательное преувеличение симптомов болезни.
97. СИМУЛЯЦИЯ — ЭТО:
98. сознательное изображение симптомов несуществующего заболевания;
99. сознательное сокрытие симптомов болезни;
100. прагматическое отношение к заболеванию со стремлением извлечь из него какую-либо выгоду;
101. страх перед болезнью;
102. неосознавание симптомов болезни.
103. К «ТРУДНЫМ» ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ, ИМЕЮЩИЕ:
104. эпилептоидные черты;
105. депрессивные черты с суицидальной настроенностью;
106. гипертимные черты;
107. астено-невротические черты;
108. ипохондрические черты.
109. ВРАЧ КАК БОЛЬНОЙ — ЭТО:
110. благодарный пациент, облегчающий труд лечащего врача;
111. такой же, как и все остальные пациенты;
112. самый «трудный» и «нетипичный» больной;
113. самый «типичный» больной;
114. пациент, склонный часто критиковать своего лечащего врача.
115. ВЛАСТНАЯ, АВТОРИТАРНАЯ МОДЕЛЬ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ — БОЛЬНОЙ» С ФИКСИРОВАННОЙ СТРУКТУРОЙ И ЖЕСТКИМ РАСПРЕДЕЛЕНИЕМ РОЛЕЙ — ЭТО МОДЕЛЬ:
116. руководства;
117. партнерства;
118. руководства-партнерства;
119. модель контракта;
120. либеральная.
121. ПАРТНЕРСКАЯ МОДЕЛЬ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ «ВРАЧ — БОЛЬНОЙ» ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В:
122. клинике внутренних болезней;
123. акушерстве и гинекологии;
124. психиатрии и неврологии;
125. психотерапии;
126. хирургии.
127. ПРИ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ХАРАКТЕРА ПРЕДСТОЯЩЕЙ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ УКАЗАННОЕ НИЖЕ, КРОМЕ:
128. выносливости;
129. утомляемости;
130. лабильности волевого усилия;
131. осведомленности;
132. круга интересов.
133. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОКАЗЫВАЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПСИХОЛОГОМ:
134. самостоятельно;
135. совместно с врачом-интернистом;
136. совместно с врачом-психиатром;
137. совместно с врачом-психиатром и врачом-психотерапевтом;
138. совместно с медицинской сестрой.
139. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТА С НЕВРОТИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ ВРАЧ-ПСИХОТЕРАПЕВТ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ ВЗАИМОДЕЙСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:
140. клинический психолог проводит психодиагностику, а врач-психотерапевт — психотерапию;
141. клинический психолог проводит психотерапию, а врач-психотерапевт — медикаментозное лечение;
142. врач-психотерапевт проводит психотерапию, а клинический психолог — психокоррекцию;
143. врач-психотерапевт и клинический психолог совместно проводят психотерапию с учетом ее различной направленности и целей;
144. психотерапевт включается в процесс психотерапии только при наличии риска суицида, либо при стаже заболевания более 5 лет, во всех прочих случаях клинический психолог выполняет работу самостоятельно.
145. ОСНОВНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
146. патопсихология, нейропсихология, психосоматика, психология аномального развития;
147. клиническая психодиагностика, психокоррекция, психопрофилактика пограничных расстройств;
148. психодиагностика, психокоррекция в различных клинических группах, тренинги, супервизия;
149. психодиагностика и психокоррекция психических расстройств, тренинги, супервизия;
150. клиническая психодиагностика, психокоррекция, психопрофилактика неврологических заболеваний.
151. ВЫРАЖЕННОСТЬ ПЛАЦЕБО-РЕАКЦИИ ЗАВИСИТ ОТ:
152. внушаемости пациента;
153. от эффекта первичности;
154. рекламы;
155. установки больного на терапию;
156. все ответы верны.
157. ВЫСКАЗЫВАНИЯ И ПОСТУПКИ ВРАЧА, КОТОРЫЕ НЕЦЕЛЕНАПРАВЛЕННО ПРИВОДЯТ К УХУДШЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА, ЭТО:
158. социопатия;
159. нозофилия;
160. ятрогения;
161. патогения;
162. все ответы верны.
163. ЗАДАЧИ И ПРИНЦИПЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ БОЛЬНОГО СЛЕДУЮЩИЕ:
164. уменьшение уровня аффективных реакций;
165. стремление к нормонозогнозии;
166. перекладывание ответственности на пациента;
167. обеспечение конфиденциальности;
168. верно все, кроме 3.
169. В МЕЖДУНАРОДНОЙ ПРАКТИКЕ ТЕРМИН «МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ», КАК ПРАВИЛО:
170. используется для обозначения психологии аномального развития;
171. используется для обозначения психологии отклоняющегося поведения;
172. используется для обозначения психологии взаимоотношений врача и пациента;
173. является синонимом термина «клиническая психология»;
174. все ответы верны.
175. ОСНОВНОЙ ОБЪЕМ ЗАДАЧ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ КАК НАУКИ ПРИХОДИТСЯ НА ЭТУ СФЕРУ:
176. социальная помощь населению;
177. здравоохранение;
178. образование;
179. культура;
180. все ответы верны.
181. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОКАЗЫВАЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПСИХОЛОГОМ:
182. совместно с врачом-психиатром;
183. самостоятельно;
184. совместно с врачом-психиатром и врачом-психотерапевтом;
185. совместно с врачом-интернистом;
186. все ответы верны.
187. ОСОБЕННОСТЬЮ РАБОТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В КЛИНИКЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
188. ориентация на топическую диагностику неврологических расстройств и расстройств высших корковых функций;
189. наличие специальных знаний для проведения экспресс-дифференциальной диагностики степени риска суицидального поведения;
190. наличие специальных навыков для установления контакта с пациентами в кризисных состояниях;
191. наличие подготовки в вопросах семейно-супружеских отношений, сексологии и сексопатологии;
192. все ответы верны.
193. В ЧИСЛО ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА, РАБОТАЮЩЕГО В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, ВХОДИТ:
194. топическая диагностика неврологических расстройств и расстройств высших корковых функций;
195. изучение и коррекция внутренней картины болезни и отношения пациента к болезни;
196. диагностика степени риска суицидального поведения;
197. проведение различных форм кризисной интервенции;
198. все ответы верны.
199. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ИЛИ ДОВЕРЕННЫХ ЛИЦ) ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:
200. при работе с лицами, признанными недееспособными;
201. при работе с лицами, склонными к суицидальному поведению;
202. всегда;
203. при работе с детьми и подростками в возрасте до 15 лет;
204. нет правильного ответа.
205. НАЛИЧИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ ИЛИ ИНОГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ УСЛОВИЕМ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (В СООТВ. С ЗАКОНОМ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ»):
206. лицам, страдающим психическими расстройствами;
207. лицам, склонным к суицидальному поведению;
208. всегда;
209. несовершеннолетним в возрасте до 15 лет или больным наркоманией несовершеннолетним в возрасте до 16 лет;
210. все ответы верны.
211. КОНСУЛЬТАТИВНАЯ БЕСЕДА МОЖЕТ ПРОДОЛЖАТЬСЯ ДО 1 ЧАСА (ПО GEORGE И CRISTIANI) ПРИ РАБОТЕ:
212. с 5-7-летним ребенком;
213. с 8-12-летним ребенком;
214. с детьми старше 7 лет;
215. с детьми старше 12 лет;
216. все ответы верны.
217. ЛИЦА, СТРАДАЮЩИЕ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ИМЕЮТ ПРАВО НА:
218. все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям;
219. все виды лечения (кроме санаторно-курортного) по медицинским показаниям;
220. все виды лечения по медицинским показаниям в учреждениях, имеющих в своем штате врача-психиатра;
221. все виды лечения по медицинским показаниям с обеспечением мер надзора и безопасности больного в отношении самого себя или окружающих;
222. нет правильного ответа.
223. ОГРАНИЧЕНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ДОПУСКАЕТСЯ:
224. только в том случае, если гражданин находится под диспансерным наблюдением;
225. только в том случае, если соответствующее решение принимается судом на основании результатов психиатрического освидетельствования гражданина;
226. только в том случае, если конкретный вид профессиональной деятельности указан в Перечне медицинских психиатрических противопоказаний, утвержденном Правительством РФ;
227. на основании сведений о факте нахождения гражданина в психиатрическом стационаре;
228. нет правильного ответа.
229. ПРИ ПРИЕМЕ ГРАЖДАНИНА НА РАБОТУ, УЧЕБУ АДМИНИСТРАЦИЯ ВПРАВЕ:
230. требовать предоставления сведений о состоянии его психического здоровья лишь в случаях, если такой порядок предусматривается приказом соответствующего Министерства РФ;
231. требовать предъявления медицинской справки или запрашивать сведения о состоянии психического здоровья лишь в случаях, если возникают сомнения в его психической полноценности;
232. требовать предоставления сведений о состоянии его психического здоровья лишь в случаях, установленных законами РФ;
233. отказывать в приеме лишь в случаях, если гражданин добровольно сообщил о факте нахождения его под психиатрическим диспансерным наблюдением;
234. нет правильного ответа.
235. ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:
236. по решению органов милиции;
237. по решению суда;
238. по решению комиссии врачей-психиатров в составе не менее трех человек;
239. по решению органов прокуратуры;
240. нет правильного ответа.
241. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МОЖЕТ УСТАНАВЛИВАТЬСЯ ЗА ЛИЦОМ:
242. выписанным из психиатрической больницы;
243. совершившим общественно опасное деяние в состоянии острого психоза или психотического приступа;
244. представляющим непосредственную опасность для себя или окружающих лиц;
245. страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями;
246. нет правильного ответа.
247. РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О НЕОБХОДИМОСТИ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И О ЕГО ПРЕКРАЩЕНИИ ПРИНИМАЕТСЯ:
248. судом;
249. комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психоневрологического диспансера;
250. главным врачом психиатрической больницы;
251. комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрической больницы;
252. все ответы верны.
253. РЕШЕНИЕ О НЕОТЛОЖНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ПРИ НАЛИЧИИ ПРЕДУСМОТРЕННЫХ ЗАКОНОМ ОСНОВАНИЙ ПРИНИМАЕТ:
254. орган полиции;
255. суд;
256. врач-психиатр;
257. родители или законный представитель пациента;
258. все ответы верны.
259. ЛИЦО, ПОМЕЩЕННОЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ, МОЖЕТ НАХОДИТЬСЯ В СТАЦИОНАРЕ БЕЗ САНКЦИИ СУДА В ТЕЧЕНИЕ:
260. 48 часов, исключая выходные и праздничные дни;
261. 24 часов;
262. 48 часов;
263. 24 часов, исключая выходные и праздничные дни;
264. нет правильного ответа.
265. ЛИЦО, СТРАДАЮЩЕЕ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, МОЖЕТ БЫТЬ ГОСПИТАЛИЗИРОВАНО В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ, ОКАЗЫВАЮЩУЮ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, БЕЗ ЕГО СОГЛАСИЯ ЛИБО БЕЗ СОГЛАСИЯ ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ ИЛИ ИНОГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДО ПОСТАНОВЛЕНИЯ СУДЬИ НА ЭТОМ ОСНОВАНИИ:
266. факт установления у данного лица диагноза депрессии;
267. факт нахождения данного лица на учете у врача-нарколога;
268. психическое расстройство является тяжелым и обусловливает непосредственную опасность данного лица для себя или окружающих;
269. факт установления у данного лица диагноза шизофрении;
270. все ответы верны.
271. ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ, ЗАВЕДУЮЩИЙ ОТДЕЛЕНИЕМ ИЛИ ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ МОГУТ ОГРАНИЧИТЬ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРАВА ПАЦИЕНТОВ В ИНТЕРЕСАХ ЗДОРОВЬЯ ИЛИ БЕЗОПАСНОСТИ САМИХ ПАЦИЕНТОВ ИЛИ ДРУГИХ ЛИЦ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ПРАВА:
272. пользоваться телефоном;
273. принимать посетителей;
274. исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост;
275. вести переписку без цензуры;
276. все ответы верны.
277. ВЫПИСКА ИЗ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ПАЦИЕНТА, К КОТОРОМУ ПРИМЕНЕНЫ ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА, ПРОИЗВОДИТСЯ ПО РЕШЕНИЮ:
278. суда;
279. лечащего врача;
280. заведующего отделением;
281. главного врача;
282. все ответы верны.
283. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОМУ ИНВАЛИДНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
284. наличие психического расстройства;
285. стойкое ограничение трудоспособности;
286. динамическое наблюдение в психоневрологическом диспансере;
287. наличие суицидных мыслей;
288. нет правильного ответа.
289. ФАКТ ВМЕНЯЕМОСТИ УСТАНАВЛИВАЕТ:
290. комиссия врачей-психиатров психиатрического стационара;
291. СПЭ;
292. суд;
293. врач-психиатр ПНД;
294. нет правильного ответа.
295. СПЭ ПРОВОДИТСЯ ПО ПОСТАНОВЛЕНИЮ:
296. органов дознания;
297. родственников;
298. суда;
299. следователя;
300. прокурора;
301. нет правильного ответа.
302. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДОПУСКАЕТСЯ:
303. лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей;
304. по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
305. после смерти пациента;
306. в целях медицинского обследования и лечения пациента;
307. нет правильного ответа.
308. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ:
309. в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
310. при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
311. после смерти пациента;
312. при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;
313. нет правильного ответа.
314. На должность медицинского психолога ГБУЗ ООКПБ №1 назначается лицо, имеющее:
315. среднее профессиональное образование по специальности «Клиническая психология»
316. высшее образование по специальности «Клиническая психология»
317. высшее образование по специальности «Психология»
318. высшее образование по специальности «Психиатрия»
319. высшее образование по специальности «Психотерапия»
320. В соответствии с должностной инструкцией медицинский психолог ГБУЗ ОЦМР должен знать:
321. законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, оказания психиатрической помощи и гарантии прав граждан
322. методы психологического консультирования
323. правила оказания неотложной медицинской помощи
324. психологию профессионального общения
325. правила внутреннего трудового распорядка
326. Медицинский психолог ГБУЗ ООКПБ№1 непосредственно подчиняется:
327. главному врачу
328. психотерапевту
329. руководителю структурного подразделения
330. психиатру
331. главной медицинской сестре
332. Должностные обязанности медицинского психолога ГБУЗ ООКПБ №1 включают:
333. проведение психологических обследований в процессе психофармакотерапии для оценки эффективности лечения
334. участие в качестве ко-терапевта в групповой психотерапевтической работе
335. руководство работой среднего и младшего медицинского персонала
336. проведение тренингов когнитивных и социальных навыков в процессе психосоциальной реабилитации пациентов
337. проведение диагностических и психокоррекционных мероприятий с персоналом, с целью улучшения психологического климата коллектива
338. Должностные обязанности медицинского психолога ГБУЗ ОЦМР включают:
339. оказание населению психиатрической помощи
340. проведение психологического консультирования и психологической коррекции с пациентами и их родственниками
341. проведение санитарно-просветительской работы среди больных и их родственников с целью укрепления здоровья, профилактики заболеваний и пропаганды ЗОЖ
342. работа по профориентации больных с учетом их пожеланий, способностей и ситуационных возможностей
343. осуществление освидетельствования и госпитализации больного в недобровольном порядке
344. Медицинский психолог ГБУЗ ООКПБ №1 имеет право:
345. запрашивать и получать информацию, необходимую для исполнения его профессиональных обязанностей
346. повышать свою квалификацию на курсах усовершенствования
347. контролировать в рамках своей компетенции работу среднего и младшего медицинского персонала
348. вносить предложение руководству учреждения по совершенствованию своего трудового процесса
349. принимать участие в научно-практических конференциях и совещаниях по вопросам, связанным с его работой
350. Медицинский психолог имеет право повышать свою квалификацию на курсах усовершенствования
351. ежегодно
352. не реже 1 раза за каждые полгода
353. не реже 1 раза в 3 года
354. не реже 1 раза в 5 лет
355. не реже 1 раза в 10 лет
356. За нарушение трудовой дисциплины, законодательных и нормативно-правовых актов медицинский психолог может быть привлечен к:
357. материальной ответственности
358. дисциплинарной ответственности
359. административной ответственности
360. социальной ответственности
361. уголовной ответственности
362. Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием оказания психологической помощи:
363. всегда
364. при работе с детьми и подростками в возрасте до 15 лет
365. при работе с лицами, признанными недееспособными
366. при работе с лицами, склонными к суицидальному поведению
367. Наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство одного из родителей или иного законного представителя пациента является условием оказания психиатрической помощи (в соотв. с Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»):
368. несовершеннолетним в возрасте до 15 лет или больным наркоманией несовершеннолетним в возрасте до 16 лет
369. лицам, страдающим психическими расстройствами
370. лицам, склонным к суицидальному поведению
371. всегда

**Тема 2.**Организационные аспекты деятельности клинического психолога(продолжение)

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

* Защита проектов (работа в малых группах)*(КСР)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ:**

Разработать проект занятия (цикла занятий), направленного на ***профилактику расстройств адаптации у одной из следующих групп лиц:***

* ученики 1-го класса школы;
* ученики выпускных классов школы;
* студенты 1 курса ВУЗа;
* пациенты больницы восстановительного лечения с впервые установленным диагнозом хронического заболевания.

Проект оформляется ***в свободной форме.*** Работа над проектом выполняется ***в группах по 4-5 человек.***

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

**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 90-100% правильных ответов. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70-79% правильных ответов. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов. |
| **Устный опрос** | Оценкой «ОТЛИЧНО» оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой «ХОРОШО» оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Решение проблемно-ситуационных задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан неправильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

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

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится по зачетным билетам.

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

*(Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:*

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет:*

***Рд = Ртс + Рз***

*Где:*

*Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;*

*Рз –зачетный рейтинг)*

Зачетный рейтинг выражается в баллах по шкале **от 0 до 30.**

Зачет по дисциплине «Введение в клиническую психологию» состоит из двух этапов – тестирование и устный опрос в форме ответов на вопросы зачетных билетов. Каждый билет содержит два вопроса для устного ответа.

**1 этап – тестирование.** Максимальное количество баллов, которые студент может получить за тестирование – **10.**

*Баллы распределяются следующим образом:*

**10 баллов** – 91-100% правильных ответов

**9 баллов** – 81-90 % правильных ответов

**8 баллов** – 71-80% правильных ответов

**7 баллов** – 61-70% правильных ответов

**6 баллов** – 51-60% правильных ответов

**5 баллов** – 41-50% правильных ответов

**4 балла** – 31-40% правильных ответов

**3 балла** – 21-30 % правильных ответов

**2 балла** – 11-20% правильных ответов

**1 балл** – 1-10% правильных ответов

**0 баллов** – 0% правильных ответов / студент не приступал к тестированию

**2 этап – устный опрос.** Ответ на каждый из вопросов зачетного билета оценивается ***от 0 до 10 баллов.*** Максимальное количество баллов, которые студент может получить за устный опрос – **20.**

*Баллы распределяются следующим образом:*

|  |  |
| --- | --- |
| **10 баллов** | * ответ студента полный, не требует дополнительных пояснений, не содержит ошибок;
* студент демонстрирует отличное знание материала, знакомство не только с основными, но и дополнительными источниками по данному вопросу;
* материал изложен последовательно и структурировано, раскрыты причинно-следственные взаимосвязи между явлениями и / или событиями;
* студент свободно владеет научной терминологией;
* ответ проиллюстрирован конкретными примерами, как взятыми из учебника, так и составленными студентом самостоятельно;
* соблюдены нормы литературной речи.
 |
|  |  |
| **9 баллов** | * соблюдается все вышеперечисленное за исключением того, что студент допускает 1-2 неточности в отношении второстепенных аспектов вопроса, которые легко исправляет после замечания преподавателя.
 |
|  |  |
| **8 баллов** | * соблюдается все вышеперечисленное за исключением того, что студент допускает 1-2 неточности в отношении основных аспектов вопроса, которые легко исправляет после замечания преподавателя.
 |
|  |  |
| **7 баллов** | * имеет место общее понимание сути вопроса, правильное использование научных терминов, знание основной литературы, однако ответ студента недостаточно последователен и структурирован;
* допущены 1-2 негрубые ошибки, которые студент исправляет при помощи наводящих вопросов преподавателя.
 |
|  |  |
| **6 баллов** | * студент допускает ошибку при изложении основного содержания вопроса, которую исправляет благодаря наводящим вопросам преподавателя;
* в остальном студент правильно применяет научные термины, демонстрирует умеренную осведомленность в вопросе, хотя его знания недостаточно структурированы и имеют негрубые пробелы.
 |
|  |  |
| **5 баллов** | * помимо допущенной ошибки, исправленной после наводящего вопроса преподавателя, ответ студента характеризуется непоследовательностью и неполнотой, однако дополнительные вопросы преподавателя помогают выявить знание студентом основного содержания вопроса билета;
* студент способен проиллюстрировать теоретический материал примерами, взятыми из ученика, но затрудняется с тем, чтобы составить такой пример самостоятельно.
 |
|  |  |
| **4 балла** | * теоретический материал воспроизводится с ошибками, не корригируемыми посредством наводящих вопросов преподавателя;
* студент затрудняется с поиском примера, иллюстрирующего то или иное теоретическое положение, но после нескольких неудачных попыток делает это при помощи преподавателя;
* допущены нарушения норм литературной речи.
 |
|  |  |
| **3 балла** | * имеет место поверхностное знание вопроса, ответ студента неполный и непоследовательный, причинно-следственные связи между явлениями и / или событиями раскрыты частично;
* отсутствует понимание излагаемого материала – студент не может проиллюстрировать теоретический материал примером из практики даже при наводящей помощь преподавателя.
 |
|  |  |
| **2 балла** | * студент демонстрирует фрагментарное знание вопроса, допускает грубые ошибки в применении научных терминов, дополнительные и наводящие вопросы не имеют эффекта;
* имеются заметные нарушения норм литературной речи.
 |
|  |  |
| **1 балл** | * студент дает сбивчивый, непоследовательный, расплывчатый или немногословный ответ, слабо связанный с вопросом билета;
* в речи присутствуют многочисленные лексические и грамматические ошибки.
 |
|  |  |
| **0 баллов** | * студент сообщает о том, что не знает ответ на вопрос, отказывается отвечать.
 |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

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

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов. Тестирование обучающихся проводится на бумажных носителях.

**Образец зачетного 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 «Введение в клиническую психологию»

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

**I. ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №1**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Зарождение, становление и современное состояние клинической психологии.

2. Психогигиена и психопрофилактика, определение. Цели и задачи первичной, вторичной и третичной психопрофилактики.

|  |  |
| --- | --- |
| Заведующий кафедрой психиатрии и наркологиипрофессор  | В.А. Дереча |
|  |  |
| Декан факультетов фармацевтического, высшего сестринского образования, клинической психологиидоцент  | И.В. Михайлова |

20.05.2019 г.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ***ОК-1*** – способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | Знать теоретические основы клинической психологии, историю развития науки клинической психологии, основные ее научные направления, теоретические положения, методологические основы, систему методов патопсихологических и нейропсихологических исследований, основы психологического консультирования, психотерапевтической и неотложной психологической помощи | вопросы №6, 12, 13, 16, 25, 31 |
| Уметь использовать систему знаний о теоретических основах клинической психологии в освоении знаний и практических навыков, необходимых клиническим психологам для профессиональной деятельности в различных сферах народного хозяйства, применять знания клинической психологии в здравоохранении, социальной помощи и образовании | вопросы №1, 9, 19, 22, 27 |
| Владеть навыками и умениями использования системы методов патопсихологического и нейропсихологического исследования, основами методов психологического консультирования, психотерапии и неотложной психологической помощи | вопросы №5, 11, 14, 17, 30 |
| 2 | ***ПК-10*** – готовностью формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей, гуманистическое взаимодействие с окружающим миром, популяризировать психологические знания | Знать сущность здорового образа жизни, понятие «гармоничное развитие», сущность продуктивного преодоления жизненных трудностей, гуманистического взаимодействия с окружающим миром, феномены «адаптивные формы поведения», «копинг-стратегии» | вопросы №2, 8, 20, 23, 29 |
| Уметь формировать желание и настрой вести здоровый образ жизни; сохранять физическое и психическое здоровье; отказываться от вредных привычек; формировать установки на самосовершенствование, всестороннее гармоничное развитие личности; реагировать адаптивно, использовать адаптивные копинг-стратегии; бережно относиться к окружающему миру | вопросы №4, 10, 15, 18, 28 |
| Владеть навыками формирования установок, направленных на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей, гуманистическое взаимодействие с окружающим миром | вопросы №3, 7, 21, 24, 26, 32 |

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

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

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

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

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

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

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

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

**ПАМЯТКА**

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

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

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

1. ***Дисциплинарный рейтинг*** представляет собой сумму значений текущего, экзаменационного или зачетного рейтингов и бонусных баллов (при наличии).
2. В результате оценивания на занятиях по дисциплине формируется ***текущий рейтинг***, который выражается в баллах от 0 до 70.
3. ***Бонусные баллы*** обучающегося выражается в баллах от 0 до 5 и формируется следующим образом:
* посещение всех практических занятий и лекций – 2 балла; (при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине (донорская справка, участие от ОрГМУ в спортивных, научных, учебных мероприятиях различного уровня);
* результаты участия в предметной олимпиаде по изучаемой дисциплине, проводимой на кафедре: 1-ое место – 3 балла, 2-ое место, 3 –е место – 2 балла, участие – 1 балл.
1. Подходы для формирования текущего рейтинга по дисциплине определяются преподавателем в 4 разделе фонда оценочных средств, который прикрепляется в информационной системе Университета в рабочей программе дисциплины (содержание 4 раздела ФОС доводится до сведения обучающихся) и могут различаться для разных дисциплин.
2. Обучающиеся не позднее 1 рабочего дня до даты проведения экзамена или зачета по дисциплине знакомятся с полученным значением текущего рейтинга и бонусных баллов (при наличии) на кафедре.
3. По результатам зачета или экзамена формируется ***зачетный или экзаменационный рейтинг*** в баллах от 0 до 30.

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