

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Ярославский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра терапии ИНПО

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по научно-
исследовательской работе

ФГБОУ ВО ЯГМУ МЗ РФ

д.м.н., профессор

И.Н. Староверов



2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине

ПАТОПСИХОЛОГИЯ

Программа: основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа подготовки научных и научно-педагогических
кадров в аспирантуре

Научная специальность:

5.3.6 Медицинская психология (отрасль науки – медицинские)

Ярославль, 2024

Фонд оценочных средств по дисциплине «Патопсихология» составлен сотрудниками кафедры терапии ИНПО проф. Коршуновым Н.И. проф. Яльцевой Н.В., доц. Филатовой Ю.С. под руководством зав. кафедрой профессора Ильина М.В. в соответствии с Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 20.10.2021 № 951 "Об утверждении федеральных государственных требований к структуре программ подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), условиям их реализации, срокам освоения этих программ с учетом различных форм обучения, образовательных технологий и особенностей отдельных категорий аспирантов (адъюнктов)", учебным планом ФГБОУ ВО ЯГМУ МЗ РФ по основной образовательной программе высшего образования подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре и входит в состав Программы подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре по специальности 5.3.6 Медицинская психология (отрасль науки – медицинские)

Зав. кафедрой, профессор

М.В. Ильин

**1. КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ
ОЦЕНКИ ДЛЯ
ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ
знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности
дисциплины «Патопсихология»**

Задачи

Ситуационная задача 1.

Больной предъявляет жалобы на пониженное настроение, трудности сосредоточения, субъективное ощущение пустоты в голове, тягостное отсутствие мыслей – потерю мыслей, нежелание что-либо делать. Больной считает себя «плохим», не заслуживающим счастья, т.к. был несправедливым к родным, агрессивным, жестоким. Отмечает утрату интереса к жизни, кроме витальных потребностей. При этом речь мало модулирована, лицо гипомимично, отсутствуют адекватные эмоциональные реакции. Критика к состоянию формальная.

При исследовании познавательных процессов выявлено: в мышлении – при исследовании методикой классификации отмечается сохранность уровня обобщения и отвлечения, замедлен темп ассоциаций, мышление отличается уменьшением количества представлений, оно малоподвижно, инертно. В своих рассуждениях больной медлителен, испытывает затруднения в формировании словесного отчета о ходе мыслей – суждения нечеткие, расплывчатые. При исследовании личностных особенностей по ММРІ код профиля 721 с повышением шкал за пределы нормативных значений (Т-шкала).

К какому патопсихологическому синдрому относятся перечисленные особенности протекания мыслительной деятельности у данного испытуемого? Ответ обоснуйте.

Ситуационная задача 2.

В экспериментально-психологическом исследовании больного выявлена значительная истощаемость, которая обнаруживается в процессе исследования длительными методиками. Так, характерны продолжительные паузы, ошибки в конце методики отсчитывания, увеличение латентного периода и затруднения в подборе слов на заключительном этапе исследования методикой подбора слов антонимов. Характерными являются также нарушения памяти (к примеру – невозможность вспомнить даты, имена).

При использовании методики «10 слов» выявляется недостаточность удержания: так больной, воспроизведший 10 слов после 4-5 повторений, после 15-20 минутного перерыва называет лишь часть этих слов. Развитие заболевания сопровождается снижением уровня процессов обобщения и отвлечения».

По данным симптомам определите тип изменения психических процессов.

Ситуационная задача 3.

В ходе патопсихологического исследования больная недостаточно усваивает инструкции, удерживает их самостоятельно только короткое время (через 10 минут

не может адекватно воспроизвести данную инструкцию). Обнаруживаются резкие колебания умственной работоспособности. После небольшой по объему интеллектуальной нагрузки выявляются признаки истощаемости по гипостеническому типу.

Наблюдаются выраженные нарушения памяти – на фоне сохранного объема кратковременного запоминания (5 слов) через 25 минут воспроизводит только два. При этом воспроизведение сопровождается псевдореминисценциями и конфабуляциями

Определите тип изменения познавательной деятельности, выявите ведущее нарушение.

Ситуационная задача 4.

Больная М. 19 лет, поступила в клинику кожных болезней с обострением нейродермита (кожные высыпания на руках и на лице). Перед госпитализацией не выходила на улицу, так как полагала, что "все смотрят на нее", смеются над изуродованным лицом. При осмотре: сознание не помрачено, фиксирована на изменении внешности, заявляет, что "стала уродиной". Полагает, что другие больные считают её "заразной". В процессе беседы суждения больной поддаются коррекции, соглашается с тем, что в процессе лечения количество высыпаний уменьшилось. Ищет сочувствия, просит о помощи.

Дайте квалификацию состоянию больного, определите необходимость и тактику психотерапевтического вмешательства.

Ситуационная задача 5.

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

Дайте квалификацию состоянию больного, определите необходимость и тактику психотерапевтического вмешательства.

Ситуационная задача 6.

Испытуемый предъявляет жалобы на пониженное настроение, трудности

сосредоточения, субъективное ощущение пустоты в голове, тягостное отсутствие мыслей - потерю мыслей, нежелание что-либо делать. Считает себя «плохим», не заслуживающим счастья, так как был несправедлив к родным, агрессивен, жесток. Отмечает утрату интереса к жизни, кроме витальных потребностей.

При этом речь мало модулирована, лицо гипомимично, отсутствуют адекватные эмоциональные реакции. Критика к состоянию формальная. При исследовании познавательных процессов выявлено: в мышлении – при исследовании методикой классификации отмечается сохранность уровня обобщения и отвлечения, замедлен темп ассоциаций, мышление отличается уменьшением количества представлений, оно малоподвижно, инертно. В своих рассуждениях больной медлителен, испытывает затруднения в формировании словесного отчета о ходе мыслей – суждения нечеткие, расплывчатые. При исследовании личностных особенностей по MMPI код профиля 721 с повышением шкал за пределы нормативных значений.

Какие симптомы описаны и к какому патопсихологическому синдрому относятся перечисленные особенности протекания мыслительной деятельности у данного испытуемого? При каких психических расстройствах может наблюдаться такая клиническая картина?

Ситуационная задача 7.

Пациент Г., 32 года. С детства отличается замкнутым характером. Друзей никогда не было. В школе успехи неровные, имел отличные успехи по физике и математике и удовлетворительные по литературе, не мог выучить ни одного стихотворения, поскольку не понимал их смысл. Был источником всеобщих насмешек, так как ходил в одном пальто много лет и давно из него вырос. Отказывался от совместных праздников, на которых ему было скучно. Воспитывался требовательной, гиперпротективной матерью, для которой был единственной отрадой. После окончания педагогического университета стал работать учителем физики. Женится в возрасте 30 лет, однако считал, что половая жизнь необходима только для рождения детей. Намерен «завести» ребенка лет через 10. Дома поселился в отдельной комнатке, которую завалил сломанной радио- и электронной аппаратурой. По уверениям жены не способен забить гвоздь. На работе характеризуется как блеклый, но надежный работник. В период болезни жены и ее пребывания в больнице даже не посещал ее, так как считал, что ничем ей помочь не может. Требования жены к проведению ремонта привели его в уныние и стали мешать его работе, поскольку никак не мог собраться. В результате конфликта ушел к матери, которая предоставила ему полную свободу действий. Однако, поскольку она жила далеко от работы, вынужден ее был бросить, так как постоянно опаздывал. Мышление витиеватое, резонерское, аутистическое. Имеет свои представления обо всем, совершенно не интересуется социальной действительностью, о которой следит только по курсу доллара.

Проанализируйте патологию личности Г. с позиций синдромного анализа. Каковы индивидуально-психологические особенности Г.? Каков психологический анамнез данной патологии? Предложите стратегию психотерапевтического сопровождения.

Ситуационная задача 8.

Больной К. 45 лет. Психически болен в течении 25 лет. В последнее время постепенно потерял способность отличать главное от второстепенного, все ему кажется важным, вследствие чего вязнет в мелочах, с трудом переключается с одной темы на другую. Мышление детализированное, оскудевает словарный запас. Склонен к использованию уменьшительно-ласкательных слов. Предположительный диагноз – эпилепсия,

Проанализируйте патологию личности Г. с позиций синдромного анализа. Каковы индивидуально-психологические особенности Г.? Каков психологический анамнез данной патологии? Предложите стратегию психотерапевтического сопровождения

Ситуационная задача 9.

Пациент Л., проходивший обследование, выполнил методику диагностики показателей и форм агрессии А. Баса и А. Дарки. При анализе данных были получены следующие результаты: по шкале «Физическая агрессия» - 8 баллов, по шкале «Вербальная агрессия» - 9 баллов, по шкале «Косвенная агрессия» - 10 баллов, по шкале «Подозрительность» - 6 баллов, по шкале «Обида» - 9 баллов. По шкале «Раздражение» и «Подозрительности» были получены высокие результаты. По шкале «Негативизм» был получен результат — 5 баллов.

1. Назовите границы норм агрессивности и враждебности. 2. Рассчитайте индекс агрессивности. Дайте краткую характеристику полученным данным. 3. Рассчитайте индекс враждебности. Дайте краткую характеристику полученным данным. 4. О чем свидетельствуют высокие результаты в данном случае по шкалам? Дайте характеристику каждой шкале. 5. Охарактеризуйте шкалу «Негативизма» по полученному результату. О чем свидетельствует полученный результат?

Ситуационная задача 10. Больная М., 36 лет. Заболела после смерти отца. Снизилось настроение, винила себя в том, что не справляется с работой, много говорила о никчемности жизни. Будучи в таком состоянии перерезала себе вены. При поступлении в психиатрическую больницу была подавлена, заявляла, что она преступница. Временами становилась беспокойной, утверждала, что вокруг идет какая-то игра, имеющая к ней отношение. Считала, что недоброжелатели гипнозом вкладывают ей в голову чужие мысли. В результате лечения через 2 месяца полностью вышла из психоза. В течение пяти лет к психиатрам не обращается. Работает старшим инженером, с обязанностями справляется. Критически оценивает перенесенное состояние. Отмечает некоторую утомленность, нелюдимость.

1. Перечислите ведущие синдромы. 2. О каком заболевании свидетельствуют описанные проявления? 3. Охарактеризуйте изменения личности при шизофрении? 4. При каком типе течения шизофрении наблюдаются полные, качественные ремиссии?

Критерии оценки:

«Отлично» (зачет) - Задача решена правильно, дано развернутое пояснение и обоснование сделанного заключения. Аспирант демонстрирует методологические и теоретические знания, свободно владеет научной терминологией. При разборе предложенной ситуации проявляет творческие способности, знание дополнительной литературы. Демонстрирует хорошие аналитические способности, способен при обосновании своего мнения свободно проводить аналогии между темами изучаемой дисциплины.

«Хорошо» (зачет) - Задача решена правильно, дано пояснение и обоснование сделанного заключения. Аспирант демонстрирует методологические и теоретические знания, свободно владеет научной терминологией. Демонстрирует хорошие аналитические способности, однако допускает некоторые неточности при оперировании научной терминологией.

«Удовлетворительно» (зачет) - Задача решена правильно, пояснение и обоснование сделанного заключения было дано при активной помощи преподавателя. Имеет ограниченные теоретические знания, допускает существенные ошибки при установлении логических взаимосвязей, допускает ошибки при использовании научной терминологии.

«Неудовлетворительно» (незачет) - Задача решена неправильно, обсуждение и помощь преподавателя не привели к правильному заключению. Обнаруживает неспособность к построению самостоятельных заключений. Имеет слабые теоретические знания, не использует научную терминологию.

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

| № п/п | Вопрос |
|------------------------|---|
| 1. | Особенности и задачи патопсихологического исследования |
| 2. | Методы патопсихологического исследования |
| 3. | К нестандартизированным методам патопсихологического исследования относятся |
| 4. | Порядок проведения патопсихологического исследования |
| 5. | Нарушение опосредованности и иерархии мотивов |
| 6. | К основным характеристикам мотивов относят: |
| 7. | Нарушение смыслообразующей и побудительной функций мотива |
| 8. | Сбой подконтрольности поведения |
| 9. | М. М. Костерева выделяет несколько видов отношений больного к патопсихологическому исследованию |
| 10. | Нарушение операционной стороны мышления происходит в двух категориях |
| 11. | Выделяют четыре уровня процесса обобщения |
| 12. | Методика «Классификация предметов» |

| | |
|-----|--|
| 13. | Методика «Исключение лишнего» |
| 14. | Методика «Образование аналогий» |
| 15. | Методика «Сравнение и определение понятий» |
| 16. | Толкование переносного смысла пословиц и метафор |
| 17. | Методика пиктограмм |
| 18. | Снижение уровня обобщения |
| 19. | Искажение процесса обобщения |
| 20. | Непоследовательность суждений |
| 21. | Выделяют несколько видов нарушения динамики мышления. |
| 22. | При исследовании динамики мышления необходимо прежде всего обращать внимание на: |
| 23. | Инертность мышления |
| 24. | Инертность мышления встречается у больных |
| 25. | К нарушениям мотивационного компонента мышления относятся |
| 26. | Разноплановость мышления характеризуется |
| 27. | Резонерство |
| 28. | Нарушения мышления по форме делятся на |
| 29. | нарушения мышления по темпу |
| 30. | Нарушения мышления по стройности |
| 31. | Нарушения мышления по целенаправленности |
| 32. | Нарушения мышления по содержанию делятся на |

Критерии оценки:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой специальности. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной литературы, рекомендованной к занятию. Аспирант показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающиеся допускают погрешности, но обладают необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕМ ДОКЛАДОВ

1. Методологические основы и теоретические проблемы патопсихологии.
2. Практические задачи патопсихологии.
3. Патопсихологический синдром как основной инструмент анализа нарушений психики: структура, отличие от клинических синдромов.
4. Клиническая и психологическая феноменология нарушений восприятия при психических заболеваниях: принципы выделения и описания.
5. Агнозии и обманы чувств.
6. Нарушения памяти: феноменология, критерии дифференциации клинических и психологических феноменов нарушения памяти.
7. Психологическая характеристика основных видов и вариантов нарушений мышления (по Б.В. Зейгарник).
8. Патопсихологические проявления нарушений эмоциональной сферы
9. Патопсихологические проявления нарушений личности. Патология мотивационно-потребностной сферы
10. Нарушения общения при психических заболеваниях.
11. Нарушения сознания и самосознания.
12. Понятие «ясного» и «помраченного» сознания. «Измененные» состояния сознания.
13. Характеристика основных нозологических синдромов при шизофрении, эпилепсии, диффузных органических поражениях мозга, хроническом алкоголизме, расстройствах психики пограничного спектра.
14. Московская школа патопсихологии: культурно-историческая концепция Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурия.
15. Основные направления изучения нарушения личности по Б.В. Зейгарник.
16. Ленинградская школа В.Н. Мясищева: исследование нарушения системных отношений личности к социальному окружению и собственному Я при неврозах.
17. Диагностические модели изучения патологии личности: квазиэкспериментальные, проективные методы, опросники.
18. Понятие «пограничной личностной организации» по О. Кернбергу
19. Нарциссическая структура личности по Х. Кохуту

Критерии оценки:

«Отлично» - тема доклада полностью раскрыта, продемонстрировано умение находить и использовать источники актуальной научной информации, умение критического анализа информации и самостоятельность суждений, свободное владение терминологией по теме доклада, соблюдено логическое построение доклада, сформулированы аргументированные выводы, продемонстрирован высокий уровень речевой культуры.

«Хорошо» - тема доклада полностью раскрыта, соблюдено логическое построение доклада, продемонстрировано умение находить и использовать источники актуальной научной информации, свободное владение терминологией по теме доклада, однако допускаются неточности в содержании доклада, демонстрируется недостаточная самостоятельность суждений и аргументация

ВЫВОДОВ.

«**Удовлетворительно**» - имеются существенные отступления от требований к устным докладам: тема освещена лишь частично, отсутствует логическое построение доклада и аргументированные выводы, использовано недостаточное количество источников научной информации, допущены фактические ошибки в содержании доклада.

«**Неудовлетворительно**» - тема доклада не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблематики темы доклада.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите 1 правильный вариант ответа

1. Ощущение, похожее на то, что «кислота разъедает грудину», следует назвать:
А. парестезией
Б. сенестопатией
В. парейдолией
Г. нарушением схемы тела
2. Обман восприятия, заключающийся в том, что пациент чувствует запах цветов, специально вызванный у него «гипнозом», следует назвать:
А псевдогаллюцинацией
Б. истинной галлюцинацией
В. Иллюзией
Г. сенестопатией
3. Характерное свойство псевдогаллюцинаций - это:
А телесность и весомость
Б интрапроекция
В чувство физической угрозы
Г усиление к вечеру
4. Истинные галлюцинации чаще всего возникают при:
А шизофрении
Б мании
В депрессии
Г эпилепсии
Д делирии
5. Чувство, что окружающий мир повернулся на 180°, следует назвать:
Агаллюцинозом
Б деперсонализацией
В психосенсорным расстройством
Г псевдогаллюцинацией
Д сенестопатией
Е иллюзией
6. При галлюцинозе сознание:
А выключено
Б помрачено
В аффективно сужено

Г не нарушено

7. Обман восприятия, при котором больной видит на чистом листе бумаги написанный текст, следует назвать:

А психосенсорным расстройством

Б псевдогаллюцинацией

В истинной галлюцинацией

Г парейдолией

8. Сенсопатии относятся к:

А Патологии эмоций

Б Патологии влечений

В Психосенсорным расстройствам

Г Патологии ощущений

9. Сенестопатии характеризуются:

А Нарушением сознания

Б Необычным характером испытываемых ощущений

В Переживанием искаженного восприятия внешних объектов

Г Ровным фоном настроения

Д Наличием выраженной сомато-неврологической патологии

10. Иллюзии возникают у:

А Психически здоровых людей

Б При различных психических расстройствах

В Психически здоровых и психически больных лиц

11. Аффективные иллюзии относятся к:

А Сенсопатиям

Б Патологическим иллюзиям

В Психосенсорным расстройствам

Г Функциональным галлюцинациям

12. Прогностически благоприятными являются галлюцинации:

А Зрительные

Б Обонятельные

В Псевдогаллюцинации

Г Вкусовые

Д Тактильные

13. Истинным галлюцинациям свойственны:

А Проекция галлюцинаторных образов " во внутрь "

Б Чувственная яркость, живость

В Наличие критического отношения

Г Мнестические расстройства

14. Классическое описание псевдогаллюцинаций принадлежит:

А И.М.Балинскому

Б В.Х.Кандинскому

В В.П.Осипову

Г. С.С.Корсакову

15. Псевдогаллюцинациям свойственно:

А Проекция галлюцинаторных образов "во вне"

Б Чувство "насильственности", "сделанности"

В Чувственная яркость, живость

Г Выраженные астенические проявления

16. Аутометаморфозии относятся к:

А Сенсопатиям

Б Деменции

В Психосенсорным расстройствам

Г Псевдогаллюцинациям

Д Расстройствам памяти

17. Метаморфозии это:

А Искажение восприятия формы или величины своего тела

Б Нарушение ориентировки в собственной личности

В Нарушение восприятия размеров и формы предметов и пространства

16. Фиксационная амнезия- утрата памяти на:

А События, предшествующие бессознательному состоянию, психическому или соматическому заболеванию

Б События, непосредственно следующими за периодом болезни

В События, имевшие место в период нарушения сознания

Г На текущие события

17. Гипермнезия характерна для следующих психопатологических синдромов:

А Делириозного

Б Астенического

В Маниакального

Г Паранояльного

18. Для конфабуляций характерны следующие признаки:

А Стойкость

Б Критическое отношение

В Перенос во времени реальных событий

Г Фантастичность, неправдоподобность содержания

Д Простота, несложность структуры

19. Криптомнезии представляют собой:

А Перенос во времени реально имевших место событий

Б Ложные воспоминания

В Стирание грани между реальными событиями и событиями услышанными, увиденными или прочитанными

Г Утрату памяти на события определенного промежутка времени

20. Выраженные расстройства памяти характерны для:

А Маниакально-депрессивного психоза

Б Психопатий

В Органического поражения головного мозга с психическими нарушениями

Г Неврозов

Д Шизофрении

21. Фиксационная амнезия характерна для следующего психопатологического синдрома:

- А Паранояльного
- Б Маниакального
- В Делириозного
- Г Синдрома Корсакова**
- Д Астенического
- Е Обсессивного

22. Нейрофизиологическими механизмами корсаковского синдрома являются:
- А слабость слефообразования;
 - Б нарушения ретроактивного торможения;**
 - В прогрессирующая качественно своеобразная деструкция коры головного мозга.
23. Динамическая сторона мнестической деятельности нарушена при:
- А Корсаковском синдроме;
 - Б сосудистых заболеваниях головного мозга;**
 - В симптоматической эпилепсии (эпилептиформном синдроме);
 - Г психических заболеваниях позднего возраста.
24. Амнезия, заключающаяся в невозможности вспомнить события, предшествующие болезни, называется:
- А антероградной
 - Б конградной
 - В ретроградной**
 - Г фиксационной
 - Д прогрессирующей
 - Е выраженной
25. Истерическая амнезия:
- А склонна к прогрессированию
 - Б развивается по закону Рибо
 - В имеет тематический характер**
 - Г сопровождается анэфорией
26. Корсаковский синдром в большинстве случаев:
- А полностью обратим
 - Б склонен к регрессу**
 - В протекает приступообразно
 - Г склонен к прогрессированию
 - Д не имеет никакой динамики
27. Причиной корсаковского синдрома может быть:
- А детская эпилепсия
 - Б тяжелая психическая травма
 - В злокачественная шизофрения
 - Г злоупотребление алкоголем**
 - Д героиновый абстинентный синдром
28. Какую деменцию не следует относить к органическому слабоумию:
- А дисмнестическую
 - Б глобарную
 - В эпилептическую

Г шизофреническую

29. Главной чертой шизофренического слабоумия является расстройство:
- А памяти
 - Б абстрактного мышления
 - В воли и эмоций**
 - Г сознания
 - Д критики
30. Какая деменция обычно развивается при органическом поражении лобных долей мозга
- А лакунарная
 - Б тотальная**
 - В концентрическая
 - Г везаническая
31. На какое мышление указывает утверждение, что 1 кг пуха легче 1 кг гвоздей:
- А паралогичное
 - Б символичное
 - В конкретное**
 - Г абстрактное
 - Д аутичное
32. Снижение уровня обобщения характерно для всех перечисленных расстройств, КРОМЕ
- А умственной отсталости
 - В эпилептических изменений личности
 - Б неврозов**
 - Г постэнцефалитических расстройств
33. Резонёрство рассматривается как утрата способности к:
- А абстрактному мышлению
 - В отличать главное от второстепенного
 - Б мыслить целенаправленно**
 - Г концентрировать внимание
34. Проявлением синдрома психического автоматизма является:
- А резонёрство
 - Б аутистическое мышление
 - В ментизм**
 - Г ускорение мышления
 - Д бессвязность
35. При острых психозах с продуктивной симптоматикой интеллект:
- А не изменён
 - Б снижен
 - В временно отсутствует
 - Г оценивать нельзя**
36. У больных олигофренией IQ с возрастом:
- А повышается
 - Б снижается
 - В существенно не меняется**

37. Больные с имбецильностью могут:
- А самостоятельно одеваться**
 - Б работать дворником
 - В складывать однозначные числа
 - Г выполнять все перечисленные операции
38. Для группы невротических синдромов характерно:
- А Выраженное снижение памяти и интеллекта
 - Б Полиморфные астенические проявления**
 - В Признаки нарушения сознания
 - Г Иллюзии, галлюцинации
39. Нарастающие расстройства памяти наблюдаются при:
- А Неврозах
 - Б Маниакально-депрессивном психозе
 - В Реактивных психозах
 - Г Психопатиях
 - Д Шизофрении
 - Е Органическом поражении головного мозга**
40. Мнестические расстройства максимально выражены в синдроме:
- А Кандинского- Клерамбо
 - Б Маниакальном
 - В Гебефреническом
 - Г Корсаковском**
 - Д Парафреническом
41. Психоорганический синдром характерен для:
- А Психогений
 - Б Психопатий
 - В Шизофрении
 - Г Олигофрении
 - Д Для перечисленных нозологических форм не характерен**
42. Какие расстройства относятся к патологии развития:
- А Шизофрения
 - Б Алкоголизм
 - В Психопатия**
 - Г Травматические психозы
 - Д Реактивные состояния
43. Типичными расстройствами для психопатии являются:
- А Расстройства восприятия
 - Б Нарушения сознания
 - В Кататонические симптомы
 - Г Эмоционально-волевые нарушения**
 - Д Расстройства памяти
44. Патология развития включает в себя:
- А Неврозы
 - Б Аномалии развития характера**
 - В Эпилептические изменения личности

- Г Изменения личности при наркоманиях
45. Кто из отечественных психиатров внес большой вклад в развитие учения о психопатиях:
- Б Осипов В.П.
 - В Ганнушкин П.Б.**
 - Г Снежневский А.В.
46. Актуальность проблемы психопатий для военных психиатров обусловлена:
- А Тяжестью течения
 - Б Широкой распространенностью**
 - В Сопутствующими соматическими заболеваниями
 - Д Осложнениями
47. К диагностическим критериям психопатий относятся:
- А Острое начало
 - В Прогрессиентность течения
 - Д Исходное состояние
 - Е Стабильность патологических черт**
48. Группировка психопатий по О.Кербикову включает:
- А Ядерные (конституциональные) психопатии**
 - Б Возбудимые
 - Г Паранояльные
 - Е Смешанные
49. Наиболее распространенными клиническими формами психопатий являются:
- А Возбудимая**
 - Б Парафреническая
 - Д Гебефреническая
 - Е Импульсивная
50. Стадии динамики психопатий:
- А Компенсация**
 - Б Деадаптация
 - В Дезинтеграция
 - Г Ремиссия
51. В каком возрасте наиболее ярко проявляются психопатические особенности:
- А В 4-6 лет
 - Б 6-12 лет
 - В 17-19 лет**
 - Г 21-25 лет
 - Д 30-35 лет
 - Е 45-50 лет
52. Основная причина декомпенсации психопатий:
- А Конфликтная ситуация**
 - Б Перенесенная простуда
 - В Употребление алкоголя
 - Г Смена стереотипа
 - Д Повышение нагрузок
53. Основной признак психопатической реакции:

- А Продолжительность
- Б Наличие судорог
- В Амнезия
- Г Несоответствие ответа силе раздражителя**
- Д Категоричность
- Е Эгоистичность

54. Главным признаком, отличающим патологический аффект от физиологического считают

- А раздражение и агрессию
- Б наличие галлюцинаций
- В помрачение сознания**
- Г компульсивное влечение к насилию и нанесению повреждений

55. Характерными признаками депрессивного синдрома считают:

- А раннее утреннее пробуждение и ангедонию**
- Б молчание и обездвиженность
- В тошноту и потливость
- Г безразличие и равнодушие
- Д брадикардию и снижение

56. Типичная продолжительность депрессии - несколько

- А часов
- Б дней
- В недель
- Г месяцев**
- Д лет

57. Больные с манией:

- А представляют опасность для окружающих
- Б отличаются высокой производительностью в профессиональном труде
- В часто проявляют упрямство и несговорчивость
- Г любят помогать знакомым и незнакомым людям**

58. Обсессивно-фобический синдром:

- А не является нозологически специфичным**
- Б обычно возникает вследствие органических заболеваний
- В является вариантом синдрома психического автоматизма
- Г характерен для простой шизофрении

59. Больные с патологическим обсессивным влечением:

- А представляют опасность для окружающих
- Б относятся к своему расстройству без критики
- В должны быть госпитализированы
- Г могут контролировать своё поведение в соответствии с ситуацией**

60. Характерными признаками апатико-абулического синдрома считают:

- А похудание и потерю аппетита
- Г молчание и обездвиженность
- Б пониженную самооценку и пессимизм
- Д безразличие и равнодушие**
- В тахикардию и повышение

- 61 Больные в маниакальном возбуждении:
А склонны к сексуальному насилию
В проявляют неконтролируемую агрессию
Б дезориентированы в месте и времени
Г обычно опасности не представляют
62. Тоскливо-злбный характер настроения обозначается как:
А Дистимия
Б Гипотимия
В Дисфория
63. Тоска, тревога относятся к группам симптомов:
А Неустойчивости эмоциональной сферы
Б Снижения настроения
В Качественного искажения эмоций
- 64 Гипертимия характерна для следующего психопатологического синдрома:
А Параноидного
Б Кататонического
В Маниакального
Г Астенического
65. Эмоциональная тупость наблюдается при:
А Психопатиях
Б Алкогольном делирии
В Шизофрении
Г Маниакально-депрессивном психозе
Д Неврозах
66. Апатия относится к группе симптомов:
А Снижения настроения
Б Качественного искажения эмоций
В Неустойчивости эмоциональной сферы
67. Слабодушие характерно для:
А Шизофрении
Б Алкогольных психозов
В Олигофрении
Г Сосудистых заболеваний головного мозга
68. Абулия характерна для:
А Психопатий
Б Шизофреническом дефекте
В Алкогольных психозов
Г Циклофрении
69. Пиромания- болезненное влечение к:
А Бродяжничеству
Б Воровству
В Поджогам
Г Самоубийству
70. Полидипсия- патологическое усиление:
А Аппетита

- Б Жажды**
В Сексуальности
Г Волевых побуждений
71. Депрессивный ступор наблюдается при:
А Шизофрении
Б Неврозах
В Маниакально-депрессивном психозе
Г Алкоголизме
Д Психопатиях
72. Кататонический ступор наблюдается при:
А Психогениях
Б Олигофрении
В Маниакально-депрессивном психозе
Г Шизофрении
Д Психопатиях
73. Основные признаки помрачения сознания описаны:
А В.П.Осиповым
Б В.М.Бехтеревым
В Э.Крепелином
Г К.Ясперсом
Д Е.Блейлером
74. Тетрада К. Ясперса включает в себя:
А Нарушения внимания, памяти, воли и моторики
Б Нарушения памяти, мышления, ориентировки восприятия
75. Обнубиляция относится к синдромам:
А Помрачения сознания
Б Нарушения самосознания
В Выключения сознания
Г Галлюцинаторно-бредовым
Д Аффективным
76. Отсутствие словесного контакта и рефлексов характерны для:
А Сопора
Б Комы
В Оглушенности
Г Ступора
77. К синдромам помрачения сознания относятся:
А Галлюциноз
Б Сумеречное нарушение сознания
В Психоорганический синдром
Г Синдром психического автоматизма
78. Делирий чаще встречается при:
А Шизофрении
Б Неврозах
В Алкоголизме
Г Циклофрении

- Д Психопатиях
79. Сумеречное помрачение сознания характерно для:
- А Шизофрении
 - Б Циклофрении
 - В Эпилепсии**
 - Г Психопатий
 - Д Алкоголизма
80. Для аменции характерно:
- А Пароксизмальность возникновения и окончания
 - В Развернутые галлюцинаторно-бредовые переживания
 - Г Аффект недоумения, растерянности**
 - Д Эйфория
 - Е Наличие психических автоматизмов
81. Дерезализация и деперсонализация относятся к группе синдромов:
- А Невротических
 - Б Галлюцинаторно-бредовых
 - В Помрачения сознания
 - Г Аффективных
 - Д Нарушения самосознания**
 - Е Органического поражения головного мозга
82. Для делирия характерны:
- А Эндогенная этиология
 - Б Экзогенная этиология**
 - В Стабильное течение
 - Г Преобладание псевдогаллюцинаций
 - Д Эйфория
83. Дерезализация характеризуется:
- А Нарушением ориентировки в месте и времени
 - Б Галлюцинациями
 - В Искривленным восприятием окружающей реальности**
 - Г Мнестическими расстройствами
 - Д Эйфорией
84. Для эндогенных психических заболеваний характерно:
- А Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
 - Б Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.**
 - В Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
 - Г Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.
85. Для экзогенных психических заболеваний характерно:
- А Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

Б Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

В Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

Г Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

86. Для эндогенно-органических психических заболеваний характерно:

А Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

Б Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

В Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

Г Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

87. Для экзогенно-органических психических заболеваний характерно:

А Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

Б Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

В Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

Г Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

88. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к эндогенным?

А Олигофрении

Б Наркомании

В Маниакально-депрессивный психоз

Г Реактивные психозы

Е Эпилепсия

89. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к экзогенным?

А Олигофрении

Б Наркомании

В Маниакально-депрессивный психоз

Г Реактивные психозы

Д Шизофрения

90. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к психогенным?

А Олигофрении

Б Наркомании

В Маниакально-депрессивный психоз

Г Реактивные психозы

Д Шизофрения

91. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к эндогенно-органическим?

А Реактивные психозы

Б Шизофрения

В Эпилепсия

Г Алкоголизм

Д Невротические состояния

92. Астеническая триада включает в себя:

А Метеозависимость, снижение аппетита, потеря в весе

Б Нарушения сна, висцеро-вегетативные расстройства, повышенная психическая и физическая истощаемость

Г Суицидальные тенденции Ипохондричность Сексуальные расстройства

93. Истерический синдром характеризуется следующей триадой признаков:

А Тревожно-мнительные особенности личности Выраженные мнестические нарушения Нарушения самосознания

Б Диссоциативные расстройства Истероидные особенности личности Конверсионные расстройства

94. Обсессивный синдром доминирует в клинической картине:

А Психастении

Б Шизофрении

В Истерического невроза

Г Циклофрении

95. Для группы невротических синдромов характерно:

А Выраженное снижение памяти и интеллекта

Б Полиморфные астенические проявления

В Признаки нарушения сознания

Г Иллюзии, галлюцинации

96. Фобии и компульсии входят в структуру:

А Онейроидного синдрома

Б Истерического синдрома

В Кататонического синдрома

Г Обсессивного синдрома

Д Корсаковского синдрома

Е Астенического синдрома

97. Эпилепсия относится к:

АЭ догенным заболеваниям

Б Эндогенно-органическим заболеваниям

В Экзогенным заболеваниям

Г Экзогенно-органическим заболеваниям

98. Аура является:

А Предвестником судорожного припадка

Б Начальной стадией припадка

В Осложнением припадка

Г Малым эпилептическим припадком

99. Последовательность стадий большого судорожного припадка следующая:

А Аура, тоническая фаза, клоническая фаза, фаза генерализации судорог, постприпадочный сон

Б Аура, клоническая фаза, тоническая фаза, постприпадочный сон

В Аура, тоническая фаза, клоническая фаза, постприпадочный сон
Г Аура, клоническая фаза, тоническая фаза, фаза генерализации судорог, сон

100. Джексоновский припадок относится к:
А Большим судорожным припадкам
Б Малым судорожным припадкам
В Очаговым судорожным припадкам
Г Бессудорожным пароксизмам
101. Для больных эпилепсией характерна:
А Вязкость, обстоятельность мышления
Б Резонерство и разноплановость суждений
В Разорванность мышления
Г Ускорение темпа мышления
102. Эпилептический статус - это ...
А Психическое состояние больного эпилепсией
Б Состояние больного во время припадка
В Серия непрерывно следующих один за другим припадков
103. Пароксизмальные расстройства подразделяются на:
А продромальные, судорожные, генерализованные
Б продромальные, судорожные, бессудорожные
В продромальные, судорожные, бессудорожные, генерализованные
Г продромальные, генерализованные
Д судорожные, бессудорожные
Е судорожные, генерализованные
104. Малый припадок относится к:
А генерализованным судорожным пароксизмам
Б очаговым судорожным пароксизмам
В бессудорожным пароксизмам

Тестовые задания

Критерии оценки:

«Отлично» - количество правильных ответов на задания теста 91% и более.

«Хорошо» - количество правильных ответов на задания теста от 81% до 90%.

«Удовлетворительно» - количество правильных ответов на задания теста от 71% до 80%.

«Неудовлетворительно» - количество правильных ответов на задания теста 70% и менее.

Конспекты лекций

Критерии оценки:

«Зачет» - наличие конспекта лекции, содержание которого полностью соответствует лекционному материалу.

«Незачет» - отсутствие конспекта лекции.

**2. КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ
ОЦЕНКИ
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТЦИИ
знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности в процессе
освоения
дисциплины Б.1.В.ДВ.02.02- «Основы статистического анализа»**

**Перечень вопросов к зачету
по дисциплине «Основы статистического анализа»**

| № п/п | Вопрос |
|----------|---|
| 1. | Особенности и задачи патопсихологического исследования |
| 2. | Методы патопсихологического исследования |
| 3. | К нестандартизированным методам патопсихологического исследования относятся |
| 4. | Порядок проведения патопсихологического исследования |
| 5. | Нарушение опосредованности и иерархии мотивов |
| 6. | К основным характеристикам мотивов относят: |
| 7. | Нарушение смыслообразующей и побудительной функций мотива |
| 8. | Сбой подконтрольности поведения |
| 9. | М. М. Костерева выделяет несколько видов отношений больного к патопсихологическому исследованию |
| 10. | Нарушение операционной стороны мышления происходит в двух категориях: |
| 11. | Выделяют четыре уровня процесса обобщения: |
| 12. | Методика «Классификация предметов» |
| 13. | Методика «Исключение лишнего» |
| 14. | Методика «Образование аналогий» |
| 15. | Методика «Сравнение и определение понятий» |
| 16. | Толкование переносного смысла пословиц и метафор |
| 17. | Методика пиктограмм |
| 18. | Снижение уровня обобщения |
| 19. | Искажение процесса обобщения |
| 20. | Непоследовательность суждений |
| 21. | Выделяют несколько видов нарушения динамики мышления. |
| 22. | При исследовании динамики мышления необходимо прежде всего обращать внимание на: |
| 23. | Инертность мышления |
| 24. | Инертность мышления встречается у больных |
| 25. | К нарушениям мотивационного компонента мышления относятся |
| 26. | Разноплановость мышления характеризуется |

| | |
|-----|---|
| 27. | Резонерство |
| 28. | Нарушения мышления по форме делятся на |
| 29. | нарушения мышления по темпу |
| 30. | Нарушения мышления по стройности |
| 31. | Нарушения мышления по целенаправленности |
| 32. | Нарушения мышления по содержанию делятся на |

Критерии оценки:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой специальности. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной литературы, рекомендованной к занятию. Аспирант показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающиеся допускает погрешности, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.