

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
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

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 рабочей программы «Медицинская психология» 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)

Заведующий кафедрой – М.В. Ильин., д.м.н., профессор

1. **Форма промежуточной аттестации:** Зачет по дисциплине, который является недифференцированным и оцениваются отметками «зачтено», «не зачтено».

2. Перечень вопросов для собеседования

№	Вопросы для собеседования
1.	Клиническая психология как самостоятельная наука.
2.	Определение клинической психологии
3.	Предмет исследования клинической психологии
4.	Что является объектом клинической психологии
5.	Основные задачи в клинической психологии
6.	Основные методы клинической психологии
7.	Кем введен термин «клиническая психология»
8.	Основные этапы становления клинической психологии в России
9.	Основные разделы клинической психологии
10.	Практические задачи и функции клинического психолога
11.	Клиническая психология оказывает большое влияние на развитие определенных отраслей медицины, за исключением
12.	Связь клинической психологии и неврологии
13.	Связь клинической психологии и психофармакологии
14.	Связь клинической психологии с физиологией высшей нервной деятельности и психофизиологией
15.	Связь клинической психологии с валеопсихологией и психогигиеной
16.	Связь клинической психологии со специальной психологией и педагогикой
17.	Методология. Определение
18.	Конкретно-научные приемы исследования.
19.	Методы, как пути познания
20.	Общая задача клинического психолога в лечебно-профилактических учреждениях
21.	Конкретные задачи клинического психолога в лечебно-профилактических учреждениях
22.	Диагностический аспект деятельности клинического психолога
23.	Профилактический аспект применения клинико-психологических знаний
24.	В чем заключается первичная психопрофилактика
25.	В чем заключается вторичная психопрофилактика
26.	В чем заключается третичная психопрофилактика
27.	Роль медицинского психолога при проведении судебной экспертизы
28.	Роль медицинского психолога медико-социальной (трудовой) экспертизе

29.	Роль медицинского психолога в детской психиатрии
30.	Генетические факторы в медицинской психологии
31.	Биохимические факторы в медицинской психологии
32.	Нейрофизиологические факторы в медицинской психологии
33.	Психофизиологические факторы в медицинской психологии
34.	Личностные факторы в медицинской психологии
35.	Социально-психологические факторы в медицинской психологии
36.	Социологические факторы в медицинской психологии
37.	Особенности и задачи патопсихологического исследования
38.	Методы патопсихологического исследования
39.	К нестандартизированным методам патопсихологического исследования относятся
40.	Порядок проведения патопсихологического исследования
41.	Нарушение опосредованности и иерархии мотивов
42.	К основным характеристикам мотивов относят:
43.	Нарушение смыслообразующей и побудительной функций мотива
44.	Сбой подконтрольности поведения
45.	М. М. Костерева выделяет несколько видов отношений больного к патопсихологическому исследованию
46.	Нарушение операционной стороны мышления происходит в двух категориях:
47.	Выделяют четыре уровня процесса обобщения:
48.	Методика «Классификация предметов»
49.	Методика «Исключение лишнего»
50.	Методика «Образование аналогий»
51.	Методика «Сравнение и определение понятий»
52.	Толкование переносного смысла пословиц и метафор
53.	Методика пиктограмм
54.	Снижение уровня обобщения
55.	Искажение процесса обобщения
56.	Непоследовательность суждений
57.	Выделяют несколько видов нарушения динамики мышления.
58.	При исследовании динамики мышления необходимо прежде всего обращать внимание на:
59.	Инертность мышления
60.	Инертность мышления встречается у больных
61.	К нарушениям мотивационного компонента мышления относятся
62.	Разноплановость мышления характеризуется
63.	Резонерство
64.	Нарушения мышления по форме делятся на

65.	нарушения мышления по темпу
66.	Нарушения мышления по стройности
67.	Нарушения мышления по целенаправленности
68.	Нарушения мышления по содержанию делятся на
69.	Бредовые идеи
70.	Методика «Десять слов»
71.	Метод пиктограмм
72.	Метод «Воспроизведение рассказов»
73.	Исследование зрительной памяти (тест А. Л. Бентона).
74.	Непосредственная память
75.	Виды нарушения непосредственной памяти
76.	Корсаковский синдром
77.	Прогрессирующая амнезия
78.	Методики, применяемые для исследования внимания
79.	Корректирующая проба.
80.	Счет по Крепелину
81.	Отыскивание чисел на таблицах Шульте
82.	Модифицированная таблица Шульте
83.	Отсчитывание.
84.	Ощущение
85.	К основным свойствам ощущений относятся
86.	В. М. Вундт предложил разделить ощущения на три группы
87.	А. А. Ухтомский предложил разделить все ощущения на 2 групп
88.	Классификация Шеррингтона
89.	Исследование восприятия проводится
90.	Клинический метод применяется, как правило, в следующих случаях:
91.	Е. Ф. Бажиным был предложен комплекс методик, который включает
92.	Анестезия
93.	истерическая анестезия
94.	Гиперестезия
95.	Гипостезия
96.	Парестезии
97.	Сенестопатия
98.	Восприятие
99.	Основные принципами восприятия предметов
100.	Принцип близости
101.	Принцип сходства
102.	Принцип «естественного продолжения»
103.	Принцип замкнутости
104.	основные свойства восприятия:
105.	Основные виды восприятия выделяются в зависимости от органа

	чувств
106.	К основным нарушениям восприятия относят
107.	Иллюзии
108.	По характеру возникновения выделяют три вида иллюзий
109.	Галлюцинации
110.	Зрительные и слуховые галлюцинации обычно делят на две группы
111.	Эйдетизм
112.	Деперсонализация
113.	Виды деперсонализации
114.	Дереализация
115.	Агнозия
116.	Виды агнозий
117.	Зрительные агнозии
118.	Слуховые агнозии
119.	Тактильные агнозии
120.	Понятие стресса
121.	Характер стресса
122.	Г. Селье выделил две реакции на вредные воздействия внешней среды:
123.	Неспецифическая реакция состоит из трех фаз:
124.	Кризис
125.	Виды кризисов
126.	Фрустрация
127.	Для состояния фрустрации характерны следующие признаки
128.	Страх
129.	Для оценки степени патологичности страхов используют параметры
130.	Фобия
131.	Наиболее распространенными видами фобий являются
132.	Мотивация
133.	К расстройствам волевой деятельности относятся
134.	нарушение структуры иерархии мотивов
135.	парабулия
136.	гипербулия
137.	гипобулия
138.	кататонический синдром
139.	Стереотипии
140.	импульсивные действия
141.	негативизм
142.	эхолалия и эхопраксия
143.	каталепсия

144.	Симптом аутизма
145.	Автоматизмы
146.	Виды автоматизмов.
147.	Сознание
148.	Нарушения сознания делят на две группы
149.	Состояния выключенного сознания
150.	Делирий
151.	Онейроид
152.	Сумеречное состояние сознания
153.	Афазии
154.	классификация нарушений речи А. Р. Лурия.
155.	Сенсорная афазия
156.	Акустико-мнестическая афазия
157.	Оптико-мнестическая афазия
158.	Афферентная моторная афазия
159.	Семантическая афазия
160.	Моторная эфферентная афазия
161.	Динамическая афазия
162.	Дислексия (алексия)
163.	Аграфия (дисграфия)
164.	Акалькулия
165.	Парафазия вербальная
166.	Парафазия литеральная
167.	Вербигерация
168.	Браdifазия
169.	Дизартрия
170.	Дислалия (косноязычие)
171.	Заикание
172.	Логоклония
173.	Повышение громкости речи
174.	Изменение модуляции речи
175.	Инкогеренция
176.	Олигофазия
177.	Шизофазия
178.	Символическая речь
179.	Криптолалия
180.	виды нарушений произвольных движений и действий
181.	Эфферентные нарушения
182.	Парезы
183.	Гемиплегии

184.	два вида гемиплегии
185.	Афферентные нарушения
186.	Апраксии
187.	Кататонические расстройства
188.	Насильственные действия.
189.	Локализационизм
190.	Против концепции узкого локализационизма говорят следующие факты
191.	Согласно концепции антилокализационизма:
192.	концепция эквипотенциальности
193.	концепция системной динамической локализации психических процессов и функций, которая была разработана Л. С. Выготским и А. Р. Лурия.
194.	Интеллект
195.	В структуру практического интеллекта входят
196.	формы организации интеллекта
197.	Здравый смысл
198.	Рассудок
199.	Разум
200.	Интеллектуальное познание может использовать следующие способы:
201.	С понятием интеллекта тесно связаны следующие понятия
202.	антиципационные способности
203.	рефлексия
204.	Функциональные блоки мозга
205.	1й блок
206.	2й блок
207.	3й блок
208.	Работа второго блока подчиняется трем законам.
209.	Закон иерархического строения
210.	Закон убывающей специфичности
211.	Закон прогрессирующей латерализации
212.	Нейропсихологический фактор
213.	Синдромный анализ включает в себя
214.	Основные нейропсихологические факторы:
215.	Нейропсихологический симптом
216.	Синдром
217.	Нейропсихологический синдром
218.	Синдромным анализом
219.	Шизофрения

220.	Выделяют несколько форм течения шизофрении:
221.	По темпу течения процесса выделяют следующие виды шизофрении:
222.	Выделяют различные формы шизофрении
223.	Для больных шизофренией свойственны следующие особенности
224.	Маниакально-депрессивный психоз
225.	Для депрессивной фазы характерны следующие симптомы:
226.	Маниакальная фаза характеризуется следующими симптомами.
227.	У детей до 10 лет в депрессивной фазе отмечаются следующие особенности МДП
228.	У детей в маниакальной фазе наблюдаются:
229.	Эпилепсия
230.	Иногда за несколько дней до припадка появляются предвестники:
231.	атипичные припадки
232.	При заболеваниях головного мозга отмечается следующее
233.	наиболее часто встречающиеся заболевания органического генеза
234.	Церебральный атеросклероз
235.	гиперстенический тип
236.	гипостенический тип
237.	У больных с церебральным атеросклерозом наблюдается следующее
238.	Старческое (сенильное) слабоумие
239.	Болезнь Альцгеймера
240.	Болезнь Пика
241.	Невроз
242.	Для невроза характерны следующие особенности:
243.	В основе выделения различных форм неврозов лежат разные признаки
244.	В настоящее время выделяют три основные формы неврозов:
245.	Неврастения. Стадии
246.	Истерия
247.	Психологическое здоровье
248.	Психология здоровья
249.	Здоровье
250.	В узком смысле психология здоровья
251.	В широком смысле психология здоровья занимается:
252.	Поведенческая медицина
253.	Поведенческая медицина соединяет в себе разделы таких наук, как:
254.	Выделяют следующие основные типы нездорового по= ведения
255.	Общественное здравоохранение (Public Health), или популяционная медицина,
256.	Задачами популяционной медицины являются:

257.	Биологические факторы дизонтогенеза
258.	К социальным факторам дизонтогенеза относятся
259.	возрастная клиническая психология
260.	В сферу интересов возрастной клинической психологии входят
261.	суть социальной ситуации развития ребенка
262.	Возрастные психологические кризисы
263.	Г. Е. Сухарева различает три вида дизонтогенеза
264.	классификация нарушений психического развития
265.	Г. К. Ушаков и В. В. Ковалев предложили выделить основные клинические типы дизонтогенеза:
266.	Ретардация
267.	Асинхрония
268.	Клинические формы дизонтогенеза можно классифицировать следующим образом:
269.	Наиболее распространенной считается следующая классификация дизонтогенеза:
270.	М. С. Певзнер. Данный автор выделяет пять основных видов олигофрении
271.	Первичное выявление детей с отклонениями в развитии Выделяют несколько видов наблюдения:
272.	Стандартизированное наблюдение
273.	Свободное наблюдение
274.	Включенное наблюдение
275.	Выделяют и другие виды наблюдения
276.	В процессе наблюдения психологу следует учитывать особенности проявления активности ребенка, которая составляет основу его психосоциального развития. Прежде всего следует обращать внимание на:
277.	При квалификации наблюдаемых особенностей поведения ребенка как отклонений психолог руководствуется следующими критериями:
278.	Перед началом психодиагностического обследования необходимо получить некоторые дополнительные сведения, к которым относятся:
279.	Психодиагностическое обследование проводится в следующих целях.
280.	Психологическое консультирование ориентируется
281.	Главной целью консультирования
282.	Задача психологической коррекции заключается
283.	Психологическое консультирование включает в себя различные процессы:
284.	Диагностический процесс

285.	Процесс информирования
286.	Процесс обучения
287.	Процесс психологического консультирования включает в себя:
288.	В структуру психологического консультирования входит
289.	Специфической целью психологического консультирования являются
290.	Логотерапия
291.	Задачей логотерапии является
292.	Основой логотерапии является
293.	Психологическая стратегия максимального использования в жизни собственного личностного потенциала включает:
294.	А. Маслоу отмечал, что у индивида существуют ценности бытия (Б-ценности) и ценности, формирующиеся по принципу ликвидации дефицита (Д-ценности). К ценностям бытия относятся следующие:
295.	Психологическая коррекция
296.	Психокоррекция в клинической психологии направлена на
297.	Цель психокоррекции
298.	Ю. С. Шевченко выделяет пять видов стратегий психокоррекции:
299.	отличие от психологического консультирования при психокоррекции
300.	Психокоррекция использует в качестве основных методов следующие
301.	Наиболее известными тренингами, которые используются в процессе психологической коррекции, являются следующие.
302.	Аутотренинг
303.	В клинической психологии наиболее часто используются следующие разновидности аутотренинга:
304.	Релаксация
305.	В процессе прогрессивной мышечной релаксации происходит
306.	Методика биологически обратной связи
307.	А. А. Александров выделяет следующие типы биологической обратной связи:
308.	Электромиографическая биообратная связь
309.	Температурная биообратная связь
310.	Электрокожная биообратная связь
311.	Электроэнцефалографическая биообратная связь
312.	Нейролингвистическое программирование (НЛП)
313.	Модальность
314.	Метод контент-анализа
315.	Целью НЛП является

316.	Главной задачей НЛП считается
317.	Рефрейминг опирается на следующие положения нейролингвистического программирования:
318.	Рефрейминг осуществляется в этапов
319.	Трансактный анализ
320.	Трансактный анализ предполагает разделение моделей взаимоотношений, разыгрывание трех основных ролей
321.	Родитель.
322.	Взрослый
323.	Ребенок
324.	Трансакции делят на:
325.	трансакционные стимулы
326.	трансакционные реакции
327.	Основная цель трансактного анализа
328.	Соматоформные расстройства
329.	Конверсионные расстройства
330.	Соматизированное расстройство
331.	Телесное дисморфическое расстройство
332.	Ипохондрия
333.	Когнитивная модель депрессии
334.	Нарциссизм и нарциссистические потребности
335.	Селфобъектные переносы
336.	Зеркальный перенос
337.	Идеализирующий перенос
338.	Двойниковый (близнецовый) перенос
339.	Перенос слияния
340.	Эмпатия.
341.	Интернализация.
342.	Терапевтическая работа.
343.	Когнитивные ошибки
344.	Классификация когнитивных ошибок:
345.	произвольный вывод
346.	избирательная абстракция
347.	сверхгенерализация
348.	преувеличение/преуменьшение
349.	персонализация
350.	абсолютистское дихотомическое мышление

Эталоны ответов

Эталоны ответов по дисциплине «Медицинская психология»

Номер вопроса	Ответ
1.	Клиническая психология является отраслью психологической науки. Ее данные имеют теоретическое и практическое значение как для психологии, так и для медицины
2.	«Клиническая психология — это частная психологическая дисциплина, предметом которой являются психические расстройства и психические аспекты соматических расстройств (болезней).
3.	Предметом клинической психологии является изучение механизмов и закономерностей возникновения стойких дезадаптивных состояний. Клиническая психология занимается диагностикой, коррекцией и восстановлением равновесного соотношения индивида и его жизни, на основе знаний о возникающих дезадаптациях
4.	человек с определенными трудностями, проблемами адаптации, самореализации, связанными с физическим, духовным, социальным состоянием. Патологии и особенности лечения заболеваний. Отклонения и профилактические процедуры появления болезней.
5.	Изучение нарушения, существовавшего ранее обычного для человека состояния и поведения. Внимательное изучение особенностей поведения больного, состояний, мешающих адекватно выполнить поставленные перед собой цели. Диагностика психологического развития, характеристика личности, система отношений, анализ структуры, установление степени психологических нарушений
6.	Наблюдение, беседа, сбор сведений о лечении. Разрешение конфликтных ситуаций, рассказ о проблемах других пациентов. Прием сильных препаратов, улучшают процессы мышления, назначение уколов и постоянное наблюдение за состоянием организма больного.
7.	Термин «клиническая психология» был введен американским психологом Лайтнером Уитмером (1867—1956), узко определявшим его как изучение индивидов путём наблюдения или эксперимента с намерением произвести изменение.
8.	Предпосылки возникновения клинической психологии были заложены психологическими исследованиями французских и русских психиатров конца XIX века. Во Франции эмпирическими исследованиями психологической тематики занимались Р. Рибо, И. Тэн, Ж.-М. Шарко, П. Жане. В России патопсихологические исследования вели С. С. Корсаков, И. А. Сикорский, В. М. Бехтерев, В. Х. Кандинский и другие психиатры. Первая

	<p>психологическая лаборатория в нашей стране была основана В. М. Бехтеревым в 1885 г. при психиатрической клинике Казанского университета. В XX веке многочисленные исследования были проведены на базе Психоневрологического института им. Бехтерева.</p> <p>Большую роль в становлении клинической психологии как науки сыграли идеи Л. С. Выготского, которые были в дальнейшем развиты в общей психологии его учениками и сотрудниками А. Н. Леонтьевым, А. Р. Лурия, П. Я. Гальпериним, и другими. Развитию клинической психологии в России серьёзно способствовали такие выдающиеся отечественные деятели науки как В. П. Осипов, Г. Н. Вырубов, И. П. Павлов, В. Н. Мясищев. Значительный научный и организационный вклад в развитие клинической психологии в России в последние годы внёс ученик Мясищева Б. Д. Карвасарский</p>
9.	Разделы клинической психологии в себя включают: нейропсихологию, патопсихологию, психосоматику, психологию лечебного процесса, психологию здоровья, психокоррекцию и психотерапию
10.	Клинический психолог в учреждениях здравоохранения — это специалист, в обязанности которого входит как участие в психодиагностических и психокоррекционных мероприятиях, так и в лечебном процессе в целом
11.	Психиатрии. Травматологии. Нейрохирургии.
12.	Связь клинической психологии и неврологии проявляется в концепции психоневрального параллелизма: каждому событию в психической сфере обязательно соответствует отдельное событие на уровне нервной системы (не только центральной, но и периферической). Существует даже отдельная междисциплинарная область медицины — психоневрология
13.	Связь клинической психологии и психофармакологии заключается в изучении последних психологических эффектов лекарственных средств. Сюда же можно отнести и проблему плацебо-эффекта при разработке новых лекарственных соединений
14.	Связь клинической психологии с физиологией высшей нервной деятельности и психофизиологией проявляется в поиске корреляций между патопсихологическими процессами и их физиологическими коррелятами
15.	Связь клинической психологии с валеопсихологией и психогигиеной заключается в совместном определении факторов, противостоящих возникновению психических и соматических расстройств, и уточнении критериев психического здоровья
16.	Связь клинической психологии со специальной психологией и педагогикой проявляется в поиске путей коррекции проблемного поведения детей и подростков, вызванного нарушениями

	психического функционирования или аномалиями личностного развития
17.	Методология — это система принципов и способов организации и построения теоретической и практической деятельности, объединенная учением об этой системе. Она имеет разные уровни: философский, общенаучный, конкретно-научный, которые находятся во взаимосвязи и должны рассматриваться системно
18.	Методология включает конкретно-научные приемы исследования: наблюдение, эксперимент, моделирование и др. Они в свою очередь реализуются в специальных процедурах — методиках получения научных данных.
19.	Методы, то есть пути познания, — это способы, посредством которых познается предмет науки. Психология, как каждая наука, применяет систему частных методов или методик.
20.	Общей задачей клинического психолога в лечебно-профилактических учреждениях является его участие в проведении патогенетической и дифференциальной диагностики различных болезней, лечении и социально-трудовом приспособлении больных
21.	Конкретные задачи могут быть определены следующим образом: участие в решении задач дифференциальной диагностики; анализ структуры и установление степени психических нарушений; диагностика психического развития и выбор путей общеобразовательного и трудового обучения и переобучения; характеристика личности и системы ее отношений; оценка динамики нервно-психических нарушений и учет эффективности терапии, решение экспертных задач, участие в психокоррекционной, психотерапевтической и реабилитационной работе с больными
22.	Диагностический аспект деятельности заключается в уточнении роли психологических и психосоциальных факторов в возникновении проблемного поведения ребенка в самых разнообразных сферах: в обучении, в межличностных отношениях и т. д.
23.	Профилактический аспект применения клинико-психологических знаний в образовательных и воспитательных учреждениях связан с предотвращением возникновения у здоровых детей и подростков нарушений в психической деятельности личности и поведении, а также с предупреждением развития обострений и психосоциальной дезадаптации у аномальных детей, имеющих личностные и поведенческие особенности, и у компенсированных детей, перенесших острые психические расстройства. Профилактической следует признать и деятельность, направленную на формирование в образовательных

	и воспитательных учреждениях толерантной среды по отношению к детям и подросткам, имеющим те или иные особенности личности, психологического статуса или развития
24.	Первичная психопрофилактика заключается в информированности руководителей и сотрудников учреждений, педагогов, родителей и самих детей и подростков о причинах возникновения психических расстройств, дезадаптивных состояний, нарушений поведения. Психопрофилактическая работа с руководителями, сотрудниками и педагогами позволяет организовать в учреждении социальное пространство, препятствующее формированию психологических нарушений под воздействием психосоциальных факторов. Просвещение также способствует своевременному обращению к специалистам в ситуациях, создающих повышенный риск формирования нарушений
25.	Вторичная психопрофилактика направлена на работу с детьми, уже имеющими психические расстройства и нарушения поведения, с целью предотвращения или компенсации негативных последствий и отягощения имеющихся расстройств
26.	Третичная психопрофилактика включает реабилитацию и интеграцию проблемных детей (имеющих психические расстройства или нарушения поведения) в широкий социальный контекст, предотвращает их изоляцию, агрессию и сопротивление, основанные на ощущении своей «инакости»
27.	При проведении судебной экспертизы роль психолога не ограничивается вопросами нозологической диагностики и определения степени выраженности психического дефекта. В последнее время психологи все чаще участвуют в проведении однородных и комплексных судебных психолого-психиатрических (КСППЭ) экспертиз. Судебные психиатры отвечают на вопрос о наличии психического заболевания у испытуемого и о выраженности психического дефекта. В рамках психолого-психиатрической экспертизы психиатр дает синдромально-нозологическую характеристику имеющейся патологии, психолог — структурно-динамический анализ личности обследуемого. Это особенно важно в случаях обнаружения нерезко выраженных форм психических отклонений
28.	В медико-социальной (трудовой) экспертизе клинический психолог не только обнаруживает признаки заболевания, но и показывает, как далеко оно зашло, насколько снижена трудоспособность обследуемого, имеются ли сохраненные элементы в его психике, которые могли бы быть использованы для стимулирования механизмов компенсации психического дефекта
29.	В детской психиатрии психологические исследования необходимы для решения вопроса о том, где следует учиться

	<p>ребенку —в массовой или специальной школе. Этот вопрос должен безошибочно решаться специальными психолого-медико-педагогическими комиссиями. Так, помещение ребенка с дебильностью в массовую школу не только отрицательно сказывается на построении педагогического процесса, но нередко приводит и к невротическим реакциям неправильно направленного на учебу ребенка, видящего свою несостоятельность при сравнении со здоровыми детьми. Еще больше травмирует психику ребенка ситуация, когда, ошибочно расценив явления педагогической запущенности, комиссия направляет его на учебу в коррекционную школу, хотя в действительности у него не наблюдается умственного недоразвития.</p>
30.	<p>Генетические факторы определяют мозговую структуру и механизмы «инструментов» психической деятельности и отвечают за диапазон индивидуальных различий в поведении человека. Именно гены закладывают фундамент уникальности психологического облика индивида. Вероятность получения одного и того же набора генов двумя организмами, рожденными в результате слияния двух половых клеток родителей, равна 1:223, т. е. менееодного шанса на более чем 64 триллиона возможных комбинаций /34/. Гены оказывают влияние, прежде всего на строение и биохимическую активность материального субстрата психики —мозга.</p>
31.	<p>Биохимические факторы отвечают за скорость и эффективность передачи нейронных импульсов, специфичность рецепторов, характер взаимодействия нервных клеток между собой, инициацию и настройку нервных процессов. К биохимическим факторам относят биогенные амины (дофамин, норадреналин, серотонин) и аминокислоты, деятельность эндокринной и иммунной систем. Биогенные амины являются наиболее значимыми нейромедиаторами. Дофамин обеспечивает целесообразное и целенаправленное поведение за счет регулирования процессов восприятия, внимания и познания. Чрезмерное снижение или повышение функционально оптимального для обычной среды обитания человека уровня дофамина может привести к нарушению психической регуляции процесса взаимодействия организма и окружающей среды. Норадреналин имеет функцию активации, синхронизации и согласования различных нейронных процессов, обеспечивая концентрацию внимания, бодрствование, эмоциональный фон настроения. Серотонин выполняет противоположную функцию инактивации нейронных процессов, отвечая за расслабление, покой и сон. Нередко психические расстройства связаны с изменением оптимального баланса норадреналина и серотонина. Различные аминокислоты обеспечивают необходимый уровень возбуждения</p>

	нейронных процессов, связанных с научением и памятью, а также выполняют функции ингибиторов.
32.	Нейрофизиологические факторы выступают материальной основой психических процессов, т. е. тем, посредством чего осуществляется психическая деятельность человека. Любой психический процесс — восприятие, внимание, память, эмоции — связан с какими-то физиологическими переменными. Нейрофизиологические процессы ориентировки и габитуации [Габитуация — привыкание, угасание физиологической реактивности при повторяющихся действиях одного и того же раздражителя в определенном промежутке времени.] определяют то, что выбирает человек из непрерывного потока раздражителей в качестве специфических и информативных для реализации своих целей признаков среды.
33.	К психофизиологическим факторам психических расстройств относится общая физиологическая активность организма, влияющая на протекание психических процессов. Психофизиологическими факторами является деятельность центральной и периферической (автономной) нервной системы, нервно-мышечная активность, деятельность сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной, эндокринной систем. Все эти факторы связаны с процессами активации психики в условиях, побуждающих к кратковременным или стойким функциональным изменениям психической деятельности. К психофизиологическим факторам можно отнести длительные перегрузки — соматические, эмоциональные, обусловленные болезнью, — которые приводят к нарушениям психической деятельности в результате приписывания им той или иной роли при субъективном восприятии человеком физиологических сигналов своего организма. Используя психофизиологические параметры, можно увидеть изменения в переработке информации, которые играют решающую роль в клинике некоторых психических расстройств, например, шизофрении, при которой наблюдается сниженное торможение нерелевантных ситуации сигналов, проникающих в сознание и влияющих на психотическую симптоматику
34.	Личностные факторы связаны с влиянием приобретенных в ходе развития (социализации и воспитания) психологических черт, повышающих уязвимость перед возникновением психических и поведенческих расстройств. Интегральной личностной способностью, обеспечивающей гибкую адаптацию к различным стрессовым ситуациям, является способность совладания со стрессом (копинг). Совладание связано с наличием у человека психических сил, позволяющих открыто признавать имеющиеся проблемы с целью дальнейшего их разрешения. В психологии

	<p>существуют различные теории, рассматривающие условия возникновения этой способности и акцентирующие внимание на разных аспектах ее формирования: психоанализ, теории социального научения, гуманистические концепции и др. В общем способность к совладанию связана с оценкой ситуации: способностью заметить критические изменения, с которыми нужно справиться, и способностью оценить имеющиеся внутренние и внешние ресурсы для решения проблемы. Вместо совладания, ориентированного на решение, человек может прибегать к стратегии психологической защиты (совладание только на эмоциональном уровне). Способность к совладанию чаще всего раскрывается в понятии психологического типа личности: сочетании характерологических черт, обеспечивающих эффективную или неэффективную адаптацию к изменчивым условиям жизни. Эти характерологические черты формируются в опыте детско-родительских отношений и в определенных стратегиях взаимодействия родителей и педагогов с детьми. Другими личностными факторами, возникающими в процессе социализации, являются эмоциональная стабильность, выносливость (под этим здесь понимается система представлений о себе и мире, которые поддерживают человека во взаимодействии со стрессовыми событиями), самоэффективность, локус контроля</p>
35.	<p>К социально-психологическим факторам психических расстройств относятся характеристики общения и межличностного взаимодействия, статусно-ролевые позиции в общении и взаимодействии, а также социальные установки (аттитюды) и представления. Они могут иметь разный уровень влияния на возникновение нарушений: прямое, опосредованное, модулирующее, дополнительное, поддерживающее. Прямое действие оказывает такой фактор, как социальная депривация (лишение общения и взаимодействия с желаемыми или необходимыми для личности социальными объектами, лишение внимания со стороны других людей, изоляция). Но чаще всего социально-психологические факторы имеют значение опосредующих, модулирующих, дополнительных или поддерживающих влияний. Изменение характеристик общения и взаимодействия у человека с отклонениями в психической деятельности чаще всего связано с тем, что социальное окружение ориентировано на другие — стандартные, общепринятые формы проявления отношения и обращения. Поэтому свойственные людям с психическими отклонениями формы общения и взаимодействия не вписываются в стандартные правила, здоровые люди начинают избегать общения с такими людьми, отклоняющиеся люди в силу личностных особенностей не</p>

	<p>в состоянии гибко ответить на это избегание (или предотвратить его), что поддерживает и усугубляет их психологический дискомфорт (болезненность). Часто именно отсутствие взаимности поведенческих реакций и понимания («поддерживающей коммуникации») провоцирует дальнейшее развитие отклонений и способствует превращению их в болезнь</p>
36.	<p>Социологические факторы связаны с характеристиками социального пространства, в котором совместно проживают люди с психическими и поведенческими отклонениями и люди, соответствующие общепринятым нормам. К этим факторам относятся: доступность помощи, поддержки, соответствие предлагаемой помощи реальным потребностям и нуждам людей с отклонениями, возможность организации жизни с учетом индивидуальных особенностей психики людей с отклонениями от общераспространенных нормативов, материальные условия жизни (бедные люди заболевают значительно чаще). Социальное неравенство является ведущим социологическим фактором, ответственным за возникновение и развитие психических расстройств. Социальное неравенство означает неравенство жизненных условий и шансов людей, которые сталкиваются с поражением в правах и ограничениями в доступе к распределению благ из-за своих психических и личностных особенностей. В результате этого одни люди (психически «здоровые», соответствующие нормам) оказываются в лучшем положении, тогда как другие (психически «больные») — в худшем, дискриминированном положении. Люди с отклонениями оказываются исключенными из сформированного большинством членов общества жизненного стиля, что способствует развитию отклонения в такую форму, как «болезнь»</p>
37.	<p>Решение задач дифференциальной диагностики. Оценка структуры и степени невропсихических расстройств. Диагностика психического развития и выбор путей обучения и переобучения. Исследование личности и социальной среды больного. Оценка динамики психических нарушений Экспертная работа</p>
38.	<p>Методы, применяемые для патопсихологического исследования, можно разделить на стандартизированные и нестандартизированные</p>
39.	<p>1) метод «формирования искусственных понятий» Л. С. Выготского, который используется для выявления особенностей понятийного мышления при различных психических заболеваниях, прежде всего при шизофрении и некоторых органических поражениях головного мозга; 2) метод «классификации предметов» Гольдштейна, который применяется для анализа различных нарушений процессов отвлечения и обобщения;</p>

	<p>3) методы «классификация», «предметные картинки», «исключение предметов», «исключение понятий», «толкование пословиц» и другие методы исследования мышления; 4) метод «корректирующих проб» Анфимова-Бурдона и метод «черно-красных цифровых таблиц» Шульте-Горбова (для исследования внимания и памяти), а также методы набора слогов и слов, методы Крепелина и Эббингауза применяют для исследования кратковременной памяти; 5) метод «незаконченных предложений»; 6) метод «попарных профилей»; 7) тематический апперцепционный тест (ТАТ) и другие методы для исследования личности.</p>
40.	<p>Патопсихологическое исследование включает следующие этапы.</p> <p>1. Изучение истории болезни, беседа с врачом и постановка задачи патопсихологического исследования.</p> <p>Лечащий врач должен сообщить патопсихологу основные клинические данные о больном и поставить перед психологом задачи патопсихологического исследования. Психолог конкретизирует для себя задачу исследования, подбирает необходимые методики и устанавливает порядок их предъявления больному. Врач должен объяснить больному цели патопсихологического исследования и тем самым способствовать выработке у него положительной мотивации.</p> <p>2. Проведение патопсихологического исследования. В первую очередь психологу нужно установить контакт с больным. От успешности установления психологического контакта между патопсихологом и испытуемым во многом зависит достоверность полученных в ходе патопсихологического исследования результатов. Прежде чем приступить к проведению эксперимента, необходимо убедиться, что контакт к больным установлен и больной понял цель исследования. Инструкция должна быть сформулирована четко и доступно для больного.</p>
41.	<p>Одним из видов нарушений развития личности являются изменения в мотивационной сфере. А. Н. Леонтьев утверждал, что анализ деятельности должен проводиться через анализ изменения мотивов. Психологический анализ изменений мотивов является одним из способов исследования личности больного человека, в том числе и особенностей его деятельности. Кроме того, как отмечает Б. В. Зейгарник, «патологический материал дает в некоторых случаях возможность не только проанализировать изменения мотивов и потребностей, но и проследить процесс формирования этих изменений»</p>
42.	<p>1) опосредованный характер мотивов; 2) иерархичность построения мотивов.</p>
43.	<p>Только при слиянии двух этих функций мотива мы можем говорить о сознательно регулируемой деятельности. Из-за ослабления и</p>

	искажения данных функций происходит серьезное нарушение деятельности
44.	один из образов нарушения личности. Он выражается в неправильной оценке больным своих действий, в отсутствии критичности к своим болезненным переживаниям. Исследуя нарушения критики у психически больных, И. И. Кожуховская показала, что некритичность в любых формах свидетельствует о нарушении деятельности в целом. Критичность, как считает Кожуховская, является «вершиной личностных качеств человека».
45.	1) активное (больные с интересом включаются в эксперимент, адекватно реагируют как на успех, так и на неудачи, интересуются результатами исследования); 2) настороженное (сначала больные относятся к исследованию с подозрительностью, иронией или даже боятся его, но в процессе эксперимента неуверенность исчезает, больной начинает проявлять аккуратность и исполнительность; при данном типе отношения следует отметить «задержанную форму реагирования», когда наблюдаются расхождения между субъективными переживаниями испытуемого и внешним выразительным компонентом поведения); 3) формально-ответственное (больные выполняют требования психолога без личной заинтересованности, не интересуются результатами исследования); 4) пассивное (больному требуется дополнительная мотивация; установка на обследование отсутствует либо крайне неустойчивая); 5) негативное или неадекватное (больные отказываются от участия в исследовании, выполняют задания непоследовательно, не следуют инструкции).
46.	1) снижение уровня обобщения; 2) искажение процесса обобщения
47.	1) категориальный — это принадлежность к группе исходя из существенных признаков; 2) функциональный — принадлежность к группе исходя из функциональных признаков; 3) конкретный — принадлежность к группе исходя из конкретных признаков; 4) нулевой — перечисление предметов или их функций, отсутствие попыток обобщить предметы.
48.	Задача испытуемого заключается в том, чтобы отнести предметы к той или иной группе (например, «люди», «животные», «одежда» и т. д.). Потом испытуемому предлагается расширить образованные им группы (например, «живое» и «неживое»). Если на последнем этапе человек выделяет две-три группы, можно говорить о наличии у него высокого уровня обобщения.

49.	Испытуемому предъявляются четыре карточки. На трех из них изображены предметы, которые имеют что-то общее; четвертый предмет должен быть исключен. Выделение слишком обобщенных признаков, неспособность исключить лишний предмет свидетельствует об искажении процесса обобщения
50.	Испытуемому предъявляют пары слов, между которыми существуют определенные смысловые отношения. Задача испытуемого — выделить пару слов по аналогии.
51.	Стимульный материал представляет собой однородные и разнородные понятия. Эта методика используется для исследования искажения процесса обобщения
52.	Существует два варианта данной методики. В первом случае испытуемому предлагается просто объяснить переносный смысл пословиц и метафор. Вторым вариантом является то, что для каждой пословицы нужно найти соответствующую по значению фразу.
53.	Задача испытуемого — запомнить 15 слов и словосочетаний. Для этого ему нужно изобразить легкий рисунок, чтобы запомнить все словосочетания или слова. Затем анализируется характер выполненных рисунков. Обращается внимание на наличие связей между стимульным словом и рисунком испытуемого.
54.	При снижении уровня обобщения у больных преобладают непосредственные представления о предметах и явлениях, т. е. вместо выделения общих признаков больные устанавливают конкретно-ситуационные связи между предметами и явлениями. Они с трудом абстрагируются от конкретных деталей.
55.	Больные с искажением процесса обобщения, как правило, руководствуются чрезмерно обобщенными признаками. У таких больных преобладают случайные ассоциации. Например: больной относит к одной группе ботинок и карандаш, потому что «они оставляют следы». Искажение процесса обобщения встречается у больных шизофренией.
56.	Характерной особенностью больных с непоследовательностью суждений является неустойчивость способа выполнения задания. Уровень обобщения у таких больных обычно снижен. Они вполне успешно выполняют задания на обобщение и сравнение. Однако правильные решения у таких больных чередуются с конкретно-ситуационным объединением объектов в группу и с решениями, основанными на случайных связях
57.	1. Непоследовательность суждений. 2. Лабильность мышления. 3. Инертность мышления.
58.	1) особенности переключения испытуемого с одного вида деятельности на другой; 2) чрезмерную обстоятельность суждений;

	3) склонность к детализации; 4) неспособность сохранять целенаправленность суждений.
59.	Инертность мышления характеризуется выраженной затрудненностью переключения с одного вида деятельности на другой. Данное нарушение мышления является антиподом лабильности мыслительной деятельности. В этом случае больные не могут изменять ход своих суждений. Такие трудности переключения, как правило, сопровождаются снижением уровня обобщения и отвлечения. Тугоподвижность мышления приводит к тому, что испытуемые не могут справиться даже с простыми заданиями, требующими переключения (с заданиями на опосредование)
60.	1) эпилепсией (наиболее часто); 2) с травмами головного мозга; 3) с умственной отсталостью.
61.	1) разноплановость; 2) резонерство.
62.	Отсутствием логических связей между различными мыслями. Суждения больных о том или ином явлении протекают как бы в разных плоскостях. Они могут точно понять инструкцию, обобщить предложенные объекты на основании существенных свойств предметов. Однако не могут выполнять задания в нужном направлении. Выполняя задание «классификация предметов», больные могут объединять объекты то на основании свойств самих предметов, то на основании собственных установок и вкусов.
63.	Это тенденция к непродуктивным многословным рассуждениям, склонность к так называемому «бесплодному мудрствованию». Суждения таких больных обусловлены не так нарушением интеллектуальной деятельности, как повышенной аффективностью. Они стремятся подвести любое явление (даже абсолютно незначительное) под какую-то концепцию. Аффективность проявляется в самой форме высказывания (больной говорит громко, с неуместным пафосом). Иногда одна интонация больного свидетельствует о том, что высказывание «резонерское».
64.	1) нарушения по темпу: 2) нарушения по стройности: 3) нарушения по целенаправленности:
65.	а) ускорение (скачка идей, которая обычно наблюдается в маниакальной фазе при МДП; ментизм, или мантизм, — наплыв мыслей, возникающий помимо воли больного при шизофрении, при МДП); б) замедление — заторможенность и бедность ассоциаций, что обычно встречается во время депрессивной фазы при МДП;

66.	а) разорванность — нарушение логических связей между членами предложения (при этом сохраняется грамматическая составляющая); б) бессвязность — это нарушение в области речи, смысловой и синтаксической ее составляющих; в) вербигерация — стереотипное повторение в речи сходных по созвучию отдельных слов и словосочетаний;
67.	а) резонерство; б) патологическая обстоятельность мышления; в) персеверация.
68.	1) навязчивые состояния — различные непроизвольно возникающие мысли, от которых человек не может избавиться, сохраняя к ним критичное отношение; 2) сверхценные идеи — эмоционально насыщенные и правдоподобные убеждения и представления; 3) бредовые идеи — ложные суждения и умозаключения:
69.	ложные суждения и умозаключения: а) паранойяльный бред — систематизированный и правдоподобный бред, протекающий без нарушений ощущений и восприятия; б) параноидный бред — бред, обычно не имеющий достаточно стройной системы, протекающий чаще всего с нарушениями ощущений и восприятия; в) парафренный бред — систематизированный бред с нарушениями ассоциативного процесса, протекающий на фоне повышенного настроения.
70.	Испытуемому зачитывают десять простых слов, после чего он должен повторить их в любом порядке 5 раз. Полученные результаты экспериментатор вносит в таблицу. Спустя 20—30 мин испытуемого снова просят воспроизвести эти слова. Результаты также вносятся в таблицу
71.	Испытуемому предъявляется 15 слов для запоминания. Для облегчения этой задачи он должен сделать карандашом зарисовки. Записей или буквенных обозначений делать не разрешается. Испытуемого просят повторить слова после окончания работы, а затем — еще раз через 20—30 мин. При анализе особенностей запоминания обращают внимание на то, сколько слов воспроизведено точно, близко по смыслу, неверно и сколько не воспроизведено вообще. Модификацией данного метода может служить тест А. Н. Леонтьева. Этот метод предполагает не рисование, а выбор предмета из предложенных готовых картинок. Методика имеет несколько серий, различных по степени сложности. Тест А. Н. Леонтьева можно использовать для исследования памяти у детей, а также у лиц с невысоким уровнем интеллекта.
72.	Испытуемому зачитывают рассказ (иногда рассказ дается для самостоятельного чтения). Затем он должен воспроизвести рассказ устно или письменно. При анализе результатов экспериментатор обязательно учитывает, все ли смысловые звенья воспроизведены

	испытуемым, не наблюдается ли у него конфабуляций (заполнения пробелов в памяти несуществующими событиями). Примеры рассказов для запоминания: «Галка и голуби», «Вечный король», «Логика», «Муравей и голубка» и др
73.	Для проведения этого теста используется пять серий рисунков. При этом в трех сериях предлагается по 10 карточек одинаковой сложности, в двух — по 15 карточек. Испытуемому в течение 10 с показывают карточку, а затем он должен воспроизвести увиденные фигуры на бумаге. Анализ полученных данных проводится с помощью специальных таблиц Бентона. Этот тест позволяет получить дополнительные данные о наличии органических заболеваний головного мозга.
74.	Непосредственная память — это способность воспроизводить информацию сразу же после действия того или иного стимула
75.	1) корсаковский синдром; 2) прогрессирующая амнезия
76.	Корсаковский синдром — это нарушение памяти на текущие события при относительной сохранности памяти на события прошлого. Этот синдром был описан отечественным психиатром С. С. Корсаковым. Корсаковский синдром может проявляться в недостаточно точном воспроизведении виденного или слышанного, а также в неточной ориентировке. Часто больные сами замечают дефекты своей памяти и пытаются заполнить пробелы вымышленными вариантами событий. Реальные события то отчетливо отражаются в сознании больного, то причудливо переплетаются с никогда не существовавшими событиями. Неспособность запоминать текущие события приводит к невозможности организации будущего
77.	При прогрессирующей амнезии расстройства памяти распространяются как на текущие события, так и на события прошлого. Больные путают прошлое с настоящим, искажают последовательность событий. При прогрессирующей амнезии отмечены следующие признаки: 1. Интерферирующий эффект — наложение событий прошлого на события настоящего, и наоборот. 2. Дезориентировка в пространстве и во времени. Пример: больной кажется, что она живет в начале XX в.; она думает, что недавно началась Октябрьская революция.
78.	Корректирующая проба. Счет по Крепелину Отыскивание чисел на таблицах Шульте, Модифицированная таблица Шульте Отсчитывание
79.	Применяется для исследования устойчивости внимания, способности к его концентрации. Используются бланки с изображением рядов букв, которые расположены хаотично. Испытуемый должен зачеркивать одну или две буквы по выбору

	экспериментатора. Для проведения исследования необходим секундомер. Иногда каждые 30—60 с отмечают положение карандаша испытуемого. Экспериментатор обращает внимание на количество допущенных ошибок, темп выполнения большим заданием, а также на распределение ошибок в течение эксперимента и их характер (зачеркивание других букв, пропуски отдельных букв или строчек и т. д.).
80.	Эта методика была предложена Э. Крепелиным в 1895 г. Ее применяют для изучения особенностей переключения внимания, исследования работоспособности. Испытуемому предъявляются бланки с расположенными на них столбцами цифр. Нужно складывать или вычитать в уме эти цифры, а на бланке записывать результаты. После выполнения задания экспериментатор делает вывод о работоспособности (истощаемости, вработываемости) и отмечает наличие или отсутствие расстройств внимания.
81.	Для исследования используются специальные таблицы, где в случайном порядке расположены числа (от 1 до 25). Испытуемый должен указкой показывать числа по порядку и называть их. Экспериментатор учитывает время выполнения задания. Исследование с помощью таблиц Шульте помогает выявить особенности переключения внимания, истощаемость, вработываемость, а также сосредоточенность или отвлекаемость
82.	Для исследования переключения внимания часто используется модифицированная красно-черная таблица Шульте, которая содержит 49 чисел (из них 25 черных и 24 красных). Испытуемый по очереди должен показывать цифры: черные — в порядке возрастания, красные — в порядке убывания. Эта таблица используется для исследования динамики мыслительной деятельности и способности быстро переключать внимание с одного объекта на другой
83.	Испытуемый должен отсчитывать от ста определенное число (одно и то же). При этом экспериментатор отмечает паузы. При обработке результатов исследуют: 1) характер ошибок; 2) следование инструкции; 3) переключение; 4) сосредоточенность; 5) истощаемость внимания.
84.	Это простейший психический процесс, состоящий в отражении отдельных свойств, предметов и явлений внешнего мира, а также внутренних состояний организма при непосредственном воздействии раздражителей на соответствующие рецепторы
85.	1) модальность и качество; 2) интенсивность; 3) временная характеристика (длительность); 4) пространственная характеристика. Ощущения могут носить как осознаваемый, так и неосознаваемый характер

86.	В. М. Вундт предложил разделить ощущения на три группы (в зависимости от того, какие характеристики внешней среды отражаются): 1) пространственные; 2) временные; 3) пространственно-временные
87.	А. А. Ухтомский предложил разделить все ощущения на 2 группы: 1. Высшие (те виды ощущений, которые дают наиболее тонкий разнообразный дифференцированный анализ, например зрительные и слуховые). 2. Низшие (те виды ощущений, которые характеризуются менее дифференцированной чувствительностью, например болевой и тактильной)
88.	В настоящее время общепринятой и наиболее рас= пространенной является классификация Шеррингтона, который предложил разделить ощущения на три группы в зависимости от месторасположения рецептора и местонахождения источника раздражения: 1) экстерорецепторы — рецепторы внешней среды (зрение, слух, обоняние, вкус, тактильные, температурные, болевые ощущения); 2) проприорецепторы — рецепторы, отражающие движение и положение тела в пространстве (мышечно-суставные, или кинестетические, вибрационные, вестибулярные); 3) интерорецепторы — рецепторы, расположенные во внутренних органах (они в свою очередь делятся на хеморецепторы, терморецепторы, болевые рецепторы и механорецепторы, отражающие изменения давления во внутренних органах и кровяном русле).
89.	1) клиническими методами; 2) экспериментально-психологическими методами
90.	1) исследования тактильной и болевой чувствительности; 2) исследование температурной чувствительности; 3) исследование расстройств органов слуха и зрения. 4) исследование порогов слуховой чувствительности, восприятия речи
91.	1) методики для исследования простых сторон деятельности анализаторов; 2) методики для исследования более сложной комплексной деятельности. Также применяются следующие методики: 1) методика «Классификация предметов» — для выявления зрительной агнозии; 2) таблицы Поппельрейтера, которые представляют собой изображения, наложенные друг на друга, и которые нужны для выявления зрительной агнозии; 3) таблицы Равена — для исследования зрительного восприятия; 4) таблицы, предложенные М. Ф. Лукьяновой (движущиеся квадраты, волнистый фон), — для исследования сенсорной возбудимости (при органических нарушениях головного мозга); 5) тахистоскопический метод (идентификация прослушиваемых магнитофонных записей с различными звуками: звон стекла, журчание воды, шепот, свист и т. д.) — для исследования слухового восприятия.

92.	Анестезия, или утрата чувствительности, может захватывать как отдельные виды чувствительности (парциальная анестезия), так и все виды чувствительности (тотальная анестезия).
93.	Довольно часто встречается так называемая истерическая анестезия — исчезновение чувствительности у больных с истерическими невротическими расстройствами (например, истерическая глухота).
94.	Гиперестезия обычно захватывает все сферы (наиболее часто встречаются зрительная и акустическая). Например, такие больные не переносят звук обычной громкости или не очень яркий свет
95.	При гипоэстезии больной как бы нечетко воспринимает окружающий мир (например, при зрительной гипоэстезии предметы для него лишены красок, выглядят бесформенно и расплывчато)
96.	При парестезии у больных отмечаются тревожность и суетливость, а также повышенная чувствительность к соприкосновению кожи с постельным бельем, одеждой и т. д
97.	Разновидностью парестезии является сенестопатия — появление довольно нелепых неприятных ощущений в различных частях тела (например, чувство «переливания» внутри органов). Такие нарушения обычно возникают при шизофрении
98.	Восприятие основывается на ощущениях, возникает из них, но обладает определенными особенностями. Общим для ощущений и восприятия является то, что они начинают функционировать лишь при непосредственном воздействии раздражения на органы чувств. Восприятие не сводится к сумме отдельных ощущений, а является качественно новой ступенью познания
99.	Принцип близости Принцип сходства Принцип «естественного продолжения» Принцип замкнутости
100.	Принцип близости (чем ближе друг к другу в зрительном поле располагаются элементы, тем с большей вероятностью они объединяются в единый образ)
101.	Принцип сходства (похожие элементы стремятся к объединению).
102.	Принцип «естественного продолжения» (элементы, выступающие как части знакомых фигур, контуров и форм, с большей вероятностью объединяются именно в эти фигуры, контуры и формы).
103.	Принцип замкнутости (элементы зрительного поля имеют тенденцию к созданию замкнутого целостного изображения)
104.	1) предметность — способность воспринимать мир в виде отделенных предметов, обладающих определенными свойствами; 2) целостность — способность мысленно достраивать воспринимаемый предмет до целостной формы, если он представлен неполным набором элементов 3) константность —

	способность воспринимать предметы постоянными по форме, цвету, консистенции и величине независимо от условий восприятия; 4) категориальность — способность обобщать и относить воспринимаемый предмет к определенному классу.
105.	1) зрительные; 2) слуховые; 3) вкусовые; 4) осязательные; 5) обонятельные. Одним из наиболее значимых видов восприятия в клинической психологии является восприятие чело& веком времени (оно может значительно изменяться под влиянием различных заболеваний). Большое значение придается также нарушениям восприятия собственного тела и его частей.
106.	Иллюзии Галлюцинации Эйдетизм Деперсонализация Дерезализация Агнозия
107.	Иллюзии — это искаженное восприятие реального объекта. Например, иллюзии могут быть слуховыми, зрительными, обонятельными и т. д.
108.	1) физические; 2) физиологические; 3) психические
109.	Галлюцинации — нарушения восприятия, возникающие без наличия реального объекта и сопровождающиеся уверенностью в том, что данный объект в данное время и в данном месте действительно существует
110.	1. Простые. К ним относятся: а) фотопсии — восприятия ярких вспышек света, кругов, звездочек; б) акоазмы — восприятия звуков, шума, треска, свиста, плача. 2. Сложные. К ним относят например слуховые галлюцинации, которые имеют вид членораздельной фразовой речи и носят, как правило, приказывающий или угрожающий характер
111.	Эйдетизм — расстройство восприятия, при котором след только что закончившегося возбуждения в каком-либо анализаторе остается в форме четкого и яркого образа
112.	Деперсонализацией называется искаженное восприятие как собственной личности в целом, так и отдельных качеств и частей тела
113.	1) парциальную (нарушение восприятия отдельных частей тела); 2) тотальную (нарушение восприятия всего тела)
114.	Дереализация — это искаженное восприятие окружающего мира. В качестве примера дереализации можно привести симптом «уже виденного» (de ja vu).
115.	Агнозиями называют нарушения узнавания предметов, а также частей собственного тела, но при этом сохраняется сознание и самосознание.
116.	Зрительные Слуховые Тактильные агнозии
117.	Зрительные агнозии — расстройства узнавания предметов и их изображений при сохранении достаточной остроты зрения. Делятся на: а) предметную агнозию; б) агнозию на цвета и шрифты; в)

	оптико-пространственную агнозию (больные не могут передать на рисунке пространственные признаки объекта: дальше — ближе, больше — меньше, выше — ниже и т. д.)
118.	Слуховые агнозии — нарушение способности различать звуки речи при отсутствии нарушений слуха
119.	Тактильные агнозии — расстройства, характеризующиеся неузнаванием предметов путем их ощупывания при сохранности тактильной чувствительности.
120.	Понятие стресса было введено канадским патофизиологом и эндокринологом Г. Селье. Стрессом является стандартный ответ организма на любой фактор, который воздействует на него извне. Характеризуется аффектами — выраженными эмоциональными переживаниями.
121.	1) дистресс носит негативный характер; 2) эустресс носит позитивный и мобилизующий характер. Некоторые авторы считают, что стресс зачастую является причиной возникновения различных психических заболеваний
122.	1. Специфическая — определенное заболевание со специфической симптоматикой. 2. Неспецифическая (проявляется в общем адаптационном синдроме)
123.	1) реакция тревоги (под влиянием стрессовой ситуации организм меняет свои характеристики; если стрессор очень сильный, стресс может наступить и на этом этапе); 2) реакция сопротивления (если действие стрессора совместимо с возможностями организма, организм сопротивляется; тревога почти исчезает, уровень сопротивляемости организма значительно повышается); 3) реакция истощения (если стрессор действует длительное время, силы организма постепенно истощаются; вновь появляется тревога, но теперь уже необратимая; наступает стадия дистресса)
124.	Кризис — это состояние, возникающее, когда лицо сталкивается с препятствием жизненно важным целям, которое в течение некоторого времени является непреодолимым при помощи привычных методов разрешения проблем. Возникает период дезорганизации, расстройства, в течение которого совершается много разных abortивных попыток разрешения. В конце концов достигается какая-то форма адаптации, которая может наилучшим образом отвечать или не отвечать интересам этого лица и его близких
125.	Выделяют следующие виды кризисов: 1) кризисы развития (например, поступление ребенка в детский сад, школу, вступление в брак, уход на пенсию и т. д.); 2) случайные кризисы (например, безработица, стихийное бедствие и т. д.); 3) типовые кризисы (например, смерть близкого человека, появление в семье ребенка и т. д.)

126.	Фрустрация (англ. frustration — «расстройство, срыв планов, крушение») — специфическое эмоциональное состояние, возникающее в тех случаях, когда на пути к достижению цели возникает препятствие и сопротивление, которые или реально непреодолимы, или воспринимаются как таковые
127.	1) наличие мотива; 2) наличие потребности; 3) наличие цели; 4) наличие первоначального плана действия; 5) наличие сопротивления препятствию, которое является фрустрирующим (сопротивление может быть пассивным и активным, внешним и внутренним)
128.	Наиболее частым симптомом нарушения эмоциональной сферы считается страх. Однако страхи могут являться адекватной мобилизующей реакцией на реальную угрозу. Многие люди даже не подозревают о наличии у них какой-либо разновидности страха до тех пор, пока не столкнутся с соответствующей ситуацией
129.	1. Адекватность (обоснованность) — соответствие интенсивности страха степени реальной опасности, которая исходит из данной ситуации или от окружающих людей. 2. Интенсивность — степень дезорганизации деятельности и самочувствия человека, охваченного чувством страха. 3. Длительность — продолжительность страха по времени. 4. Степень контролируемости чувства страха человеком — способность преодолевать собственное чувство страха.
130.	это страх, который переживается часто, является навязчивым, плохо контролируется и в значительной степени нарушает деятельность и самочувствие человека
131.	1) агорафобия — боязнь открытых пространств; 2) клаустрофобия — страх закрытых помещений. Достаточно распространенным явлением являются социофобии — навязчивые страхи, которые связаны с опасением осуждения человека со стороны окружающих за какие-либо действия
132.	Мотивация — это процесс целенаправленной организованной устойчивой деятельности (основная цель — удовлетворение потребностей). Мотивы и потребности выражаются в желаниях и намерениях. Побудителем познавательной деятельности человека может быть и интерес, который играет наиболее важную роль в приобретении новых знаний. Мотивация и активность тесно связаны с двигательными процессами, поэтому волевая сфера иногда обозначается как двигательно-волевая
133.	нарушение структуры иерархии мотивов, парабулия, гипербулия, гипобулия
134.	отклонение формирования иерархии мотивов от естественных и возрастных особенностей человека;
135.	формирование патологических потребностей и мотивов

136.	нарушение поведения в виде двигательной расторможенности (возбуждения);
137.	нарушение поведения в виде двигательной заторможенности (ступора)
138.	Одним из наиболее ярких клинических синдромов двигательно-волевой сферы является кататонический синдром, который включает в себя следующие симптомы: стереотипии, импульсивные действия, негативизм, эхолалия и эхопраксия, каталепсия
139.	частое ритмичное повторение одних и тех же движений;
140.	внезапные, бессмысленные и нелепые двигательные акты без достаточной критической оценки;
141.	беспричинное отрицательное отношение к любым воздействиям извне в виде сопротивления и отказа;
142.	повторение больным отдельных слов или действий, которые он слышит или видит в данный момент
143.	я (симптом «восковой гибкости») — застывание больного в одной позе и сохранение этой позы в течение длительного времени
144.	Симптом аутизма проявляется в том, что больные утрачивают потребность общаться с окружающими. У них формируется патологическая замкнутость, нелюдимость и отгороженность.
145.	Автоматизмы — это самопроизвольное и неконтролируемое осуществление ряда функций независимо от наличия побудительных импульсов извне.
146.	1. Амбулаторный (встречается у больных эпилепсией и заключается в том, что больной совершает внешне упорядоченные и целенаправленные действия, о которых после эпилептического припадка полностью забывает). 2. Сомнамбулический (больной находится либо в гипнотическом трансе, либо в состоянии между сном и бодрствованием). 3. Ассоциативный. 4. Сенестопатический. 5. Кинестетический. Последние три разновидности автоматизмов наблюдаются при синдроме психического автоматизма Кандинского–Клерамбо
147.	есть высшая форма отражения действительности, способ отношения к объективным закономерностям»
148.	1. Состояния выключенного сознания: 2. Состояния расстроенного сознания: а) делирий; б) онейроид; в) сумеречное расстройство сознания.
149.	Состояния выключенного сознания характеризуются резким повышением порога для всех внешних раздражителей. У больных замедляются движения, они безучастны к окружающему.
150.	Делирий характеризуется нарушением ориентировки в пространстве и во времени (возникает не просто дезориентировка, а ложная ориентировка) при полной сохранности ориентировки в

	собственной личности. При этом возникают сценopodobные галлюцинации, обычно устрашающего характера. Как правило, делириозное состояние возникает вечером, а ночью усиливается.
151.	Онейроид характеризуется дезориентировкой (или ложной ориентировкой) в пространстве, во времени и частично — в собственной личности. При этом у больных возникают галлюцинации фантастического характера. После выхода из онейроидного состояния больные обычно не могут вспомнить, что реально происходило в той ситуации, а вспоминают лишь содержание своих грез.
152.	Сумеречное состояние сознания характеризуется дезориентировкой в пространстве, во времени и в собственной личности. Это состояние начинается внезапно и так же внезапно заканчивается. Характерной особенностью сумеречного состояния сознания является последующая амнезия — отсутствие воспоминаний о периоде помрачения. Часто при сумеречном состоянии сознания у больных отмечаются галлюцинации и бредовые идеи. Один из видов сумеречного состояния — «амбулаторный автоматизм» (протекает без бреда и галлюцинаций). Такие больные, выйдя из дома с определенной целью, неожиданно для себя оказываются в другом конце города (или даже в другом городе). При этом они механически переходят улицы, едут в транспорте и т. д.
153.	Афазиями называют системные расстройства речи, которые появляются при глобальных травмах коры левого полушария (у правшей). Термин «афазия» предложил в 1864 г. А. Труссо
154.	Сенсорная афазия, Акустико-мнестическая афазия, Оптико-мнестическая афазия, Афферентная моторная афазия, Семантическая афазия, Моторная эфферентная афазия, Динамическая афазия
155.	Сенсорная афазия характеризуется нарушением фонематического слуха. При этом больные либо вообще не понимают обращенную к ним речь, либо (в менее тяжелых случаях) не понимают речь в усложненных условиях (например, слишком быструю речь), у них резко затрудняется письмо под диктовку, повторение услышанных слов, а также чтение (из-за невозможности отслеживать правильность своей речи)
156.	Акустико-мнестическая афазия (нарушение слухоречевой памяти) выражается в том, что больной понимает обращенную речь, но не способен запомнить даже небольшой речевой материал (при этом фонематический слух остается сохраненным). Такое нарушение слухоречевой памяти приводит к непониманию длинных фраз и устной речи вообще

157.	Оптико-мнестическая афазия выражается в том, что больные не могут правильно назвать предмет, а пытаются описать предмет и его функциональное назначение. Больные не могут нарисовать даже элементарные объекты, хотя графические движения у них остаются сохраненными.
158.	Афферентная моторная афазия связана с нарушением поступления ощущений от артикуляционного аппарата в кору больших полушарий во время речи. У больных наблюдаются нарушения произношения
159.	Семантическая афазия характеризуется нарушением понимания предлогов, слов и словосочетаний в которых отражаются пространственные отношения. У больных с семантической афазией наблюдаются нарушения нагляднообразного мышления
160.	Моторная эфферентная афазия выражается в том, что больной не может произнести ни слова (только нечленораздельные звуки) или в устной речи больного остается одно слово, которое применяется в качестве замены всех остальных слов. При этом у больного сохраняется возможность понимания обращенной к нему речи (в некоторой степени).
161.	Динамическая афазия проявляется в бедности речевых высказываний, отсутствии самостоятельных высказываний и односложности в ответах на вопросы (больные не способны составить даже простейшую фразу, не могут развернуто ответить даже на элементарные вопросы)
162.	Дислексия (алексия) — расстройство чтения. У детей дислексия проявляется в неспособности овладеть навыком чтения (при нормальном уровне интеллектуального и речевого развития, в оптимальных условиях обучения, при отсутствии нарушений слуха и зрения)
163.	Аграфия (дисграфия) — нарушение способности правильно по форме и смыслу писать
164.	Акалькулия — нарушение, которое характеризуется нарушением счетных операций
165.	Парафазия вербальная — употребление вместо не= которых слов других, не имеющих отношения к смыслу речевого высказывания
166.	Парафазия литеральная — это когда происходит замена одних звуков другими, которые в данном слове не присутствуют, или перестановка определенных слогов и звуков в слове
167.	Вербигерация — многократное повторение отдельных слов или слогов
168.	Брадикалия — замедление речи
169.	Дизартрия — смазанная, как бы «спотыкающаяся» речь

170.	Дислалия (косноязычие) — расстройство речи, которое характеризуется неправильным произношением отдельных звуков (например, пропуском звуков или заменой одного звука другим).
171.	Заикание— нарушение плавности речи, которое проявляется в форме судорожного расстройства координации речи, повторения отдельных слогов с явными трудностями в их произнесении
172.	Логоклония — спастическое повторение определенных слогов произносимого слова
173.	Повышение громкости речи (вплоть до крика) — нарушение, которое проявляется в том, что в результате перенапряжения голос таких больных становится сиплым или совсем пропадает (отмечается у больных в маниакальном состоянии).
174.	Изменение модуляции речи — напыщенность, патетичность или бесцветность и монотонность речи (потеря речевой мелодии)
175.	Инкогеренция— бессмысленный набор слов, не объединенных в грамматически правильные предложения
176.	Олигофазия — значительное снижение количества используемых в речи слов, обеднение словарного запаса.
177.	Шизофазия — бессмысленный набор отдельных слов, которые объединены в грамматически правильные предложения
178.	Символическая речь — придание словам и выражениям особого смысла (вместо общепринятого), понятного только самому больному
179.	Криптолалия — создание собственного языка или особого шифра, называемого криптографией.
180.	1. Нарушения произвольных движений и действий, которые связаны с нарушением эфферентных (исполнительных) механизмов. 2. Нарушения произвольных движений и действий, которые связаны с нарушением афферентных механизмов двигательных актов (более сложные нарушения).
181.	Парезы Гемиплегии
182.	Парезы — ослабления мышечных движений (человек после мозгового повреждения не может активно действовать противоположной конечностью; при этом движения других частей тела могут оставаться сохраненными)
183.	Гемиплегии — параличи (человек полностью теряет способность двигаться; двигательная функция может восстанавливаться в процессе лечения).
184.	Выделяют два вида гемиплегии: 1) динамическая гемиплегия (отсутствуют произвольные движения, но есть насильственные); 2) статическая гемиплегия (отсутствуют произвольные движения и амимия)
185.	Апраксии Кататонические расстройства Насильственные действия.

186.	Апраксии — это нарушения, которые характеризуются тем, что действие, которое нуждается в афферентном подкреплении и организации двигательного акта, не выполняется, хотя эфферентная сфера остается сохраненной
187.	Кататонические расстройства. При кататонических расстройствах наблюдается беспредметная хаотическая двигательная активность больного (вплоть до причинения увечий себе и окружающим). В настоящее время данное состояние снимается фармакологически. Кататонические расстройства выражаются в бесцельных метаниях больного
188.	Насильственные действия. Данное расстройство произвольных движений и действий проявляется в том, что больные, помимо собственного желания, совершают различные двигательные акты (например, плач, смех, ругань и т. д.).
189.	Локализационизм связывает каждый психический процесс с работой определенного участка головного мозга. Узкий локализационизм рассматривает психические функции как неразложимые на составные части и реализующиеся за счет работы узко локализованных участков коры головного мозга
190.	1) при поражении различных зон головного мозга происходит нарушение одной и той же психической функции; 2) результатом поражения определенной зоны мозга может стать нарушение нескольких разных психических функций; 3) нарушенные психические функции могут быть восстановлены после повреждения без морфологического восстановления травмированного участка головного мозга
191.	1) мозг представляет собой единое целое, и его работа способствует развитию функционирования всех психических процессов в равной степени; 2) при поражении любого участка головного мозга наблюдается общее снижение психических функций (при этом степень снижения зависит от объема пораженного мозга)
192.	Согласно концепции эквипотенциальности отделов мозга все участки головного мозга одинаково участвуют в реализации психических функций. Таким образом, во всех случаях возможно восстановление психического процесса, если только количественные характеристики повреждения не превышают каких-то критических значений. Однако не всегда и не все функции могут быть восстановлены (даже при условии, что объем повреждения невелик).
193.	концепция системной динамической локализации психических процессов и функций, которая была разработана Л. С. Выготским и А. Р. Лурия. Согласно данной теории: 1) психические функции человека представляют собой системные образования, формирующиеся на протяжении всей жизни, являются

	произвольными и опосредованными речью; 2) физиологическим основанием психических функций считаются функциональные системы, которые взаимосвязаны с конкретными мозговыми структурами и состоят из афферентных и эфферентных взаимозаменяемых звеньев.
194.	Интеллектом называется система всех познавательных способностей индивида (в частности — способность к познанию и решению проблем, определяющих успешность любой деятельности). Для количественного анализа интеллекта используется понятие IQ — коэффициент умственного развития. Выделяют три формы интеллекта: 1) вербальный интеллект (запас слов, эрудиция, умение понимать прочитанное); 2) способность решать проблемы; 3) практический интеллект (умение адаптироваться к окружающей обстановке)
195.	В структуру практического интеллекта входят: 1. Процессы адекватного восприятия и понимания происходящих событий. 2. Адекватная самооценка. 3. Способность рационально действовать в новой обстановке
196.	Здравый смысл Рассудок Разум
197.	Здравый смысл — процесс адекватного отражения реальной действительности, основанный на анализе сущностных мотивов поведения окружающих людей и использующий рациональный способ мышления
198.	Рассудок — процесс познания реальной действительности и способ деятельности, основанный на использовании формализованных знаний, трактовок мотивов деятельности участников коммуникации
199.	Разум — высшая форма организации интеллектуальной деятельности, при которой мыслительный процесс способствует формированию теоретических знаний и творческому преобразованию действительности
200.	1) рациональный (требует применения формально-логических законов, выдвижения гипотез и их подтверждения); 2) иррациональный (опирается на несознаваемые факторы, не имеет строго заданной последовательности, не требует использования для доказательства истинности логических законов)
201.	1) антиципационные способности 2) рефлексия
202.	антиципационные способности — способности предвосхищать ход событий и планировать свою деятельность так, чтобы избежать нежелательных последствий и переживаний;
203.	рефлексия — создание представления об истинном отношении к субъекту со стороны окружающих.
204.	А. Р. Лурия разработал общую структурно-функциональную модель мозга, согласно которой весь мозг можно разделить на три

	основных блока. Каждый блок имеет собственное строение и играет определенную роль в психическом функционировании
205.	1й блок — блок регуляции уровня общей и избирательной активации мозга, энергетический блок, который включает: 1) ретикулярную формацию ствола мозга; 2) диэнцефальные отделы; 3) неспецифические структуры среднего мозга; 4) лимбическую систему; 5) медиобазальные отделы коры лобных и височных долей
206.	2й блок — блок приема, переработки и хранения экстероцептивной информации, включает центральные части основных анализаторных систем, корковые зоны которых расположены в затылочных, теменных и височных долях мозга.
207.	3й блок — блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности), состоит из моторных, премоторных и префронтальных отделов коры больших полушарий. При поражении данного отдела мозга нарушается работа опорнодвигательного аппарата.
208.	Закон иерархического строения Закон убывающей специфичности Закон прогрессирующей латерализации
209.	Закон иерархического строения (первичные зоны являются фило и онтогенетически более ранними, из чего следуют два принципа: принцип «снизу вверх» — недоразвитие первичных полей у ребенка приводит к потере более поздних функций; принцип «сверху вниз» — у взрослого с полностью сложившимся психологическим строем третичные зоны управляют работой подчиненных им вторичных и при повреждении последних оказывают на их работу компенсирующее влияние)
210.	Закон убывающей специфичности (наиболее модально специфичными являются первичные зоны, а третичные зоны вообще надмодальны).
211.	Закон прогрессирующей латерализации (по мере восхождения от первичных к третичным зонам возрастает дифференцированность функций левого и правого полушарий).
212.	«Нейропсихологический фактор — принцип физиологической деятельности определенной мозговой структуры. Он является связующим понятием между психическими функциями и работающим мозгом
213.	1) качественную квалификацию нарушений психических функций с объяснением причин возникших изменений; 2) анализ и сопоставление первичных и вторичных расстройств, т. е. установление причинно-следственных связей между непосредственным источником патологии и возникающими расстройствами; 3) изучение состава сохранных высших психических функций.

214.	1) модально-неспецифический (энергетический) фактор; 2) кинетический фактор; 3) модально-специфический фактор; 4) кинестетический фактор (частный случай модально-специфического фактора); 5) фактор произвольной-непроизвольной регуляции психической деятельности; 6) фактор осознанности-неосознанности психических функций и состояний; 7) фактор сукцессивности (последовательности) организации высших психических функций; 8) фактор симультанности (одновременности) организации высших психических функций 9) фактор межполушарного взаимодействия; 10) общемозговой фактор; 11) фактор работы глубоких подкорковых структур
215.	Нейропсихологический симптом — нарушение психических функций в результате локальных поражений головного мозга
216.	Синдром — это закономерное сочетание симптомов, основой которого является нейропсихологический фактор, т. е. определенные физиологические закономерности работы участков мозга, нарушение которых является причиной возникновения нейропсихологических симптомов
217.	Нейропсихологический синдром — слияние нейропсихологических симптомов, связанных с выпадением одного или нескольких факторов
218.	Синдромным анализом называется анализ нейропсихологических симптомов, главной целью которого считается нахождение общего фактора, который полностью объясняет появление разных нейропсихологических симптомов. Синдромный анализ включает в себя следующие этапы: сначала определяются признаки патологии различных психических функций, а затем происходит квалификация симптомов.
219.	Шизофрения (от греч. shiso — «расщепляю», frenio — «душа») — «психическое заболевание, которое протекает с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа (снижение энергетического потенциала, прогрессирующая интровертированность, эмоциональное оскудение, искажение психических процессов)».
220.	1) непрерывно текущая шизофрения; 2) приступообразно-прогредиентная (шубообразная); 3) рекуррентная (периодическое течение). По темпу течения процесса выделяют следующие виды шизофрении:
221.	1) малопрогредиентную; 2) среднепрогредиентную; 3) злокачественную.
222.	1) шизофрения с навязчивостями; 2) паранойяльная шизофрения (отмечается бред преследования, ревности, изобретательства и т. д.); 3) шизофрения с астеноипохондрическими проявлениями (психическая слабость с болезненной фиксацией на состоянии

	здоровья); 4) простая; 5) галлюцинаторно-параноидная; 6) гебефреническая (отмечается дурашливое двигательное и речевое возбуждение, повышенное настроение, разорванность мышления); 7) кататоническая (характеризуется преобладанием двигательных нарушений)
223.	1. Выраженные нарушения восприятия, мышления, эмоционально-волевой сферы. 2. Снижение эмоциональности. 3. Утрата дифференцированности эмоциональных реакций. 4. Состояние апатии. 5. Безразличное отношение к членам семьи. 6. Потеря интереса к окружающему. 7. Неадекватность в переживаниях. 8. Снижение волевого усилия от незначительного до резко выраженного безволия (абулия)
224.	Маниакально-депрессивный психоз (МПД) — это заболевание, для которого характерно наличие депрессивных и маниакальных фаз. Фазы разделены периодами с полным исчезновением психических расстройств — интермиссиями
225.	1) подавленное настроение (депрессивный аффект); 2) интеллектуальное торможение (заторможенность мыслительных процессов); 3) психомоторное и речевое торможение.
226.	1. Повышенное настроение (маниакальный аффект). 2. Интеллектуальное возбуждение (ускоренное протекание мыслительных процессов). 3. Психомоторное и речевое возбуждение.
227.	1) вялость; 2) медлительность; 3) малоразговорчивость; 4) пассивность; 5) растерянность; 6) усталый и нездоровый вид; 7) жалобы на слабость, боли в голове, животе, ногах; 8) низкая успеваемость; 9) трудности в общении; 10) нарушения аппетита и сна
228.	1) легкость в появлении смеха; 2) дерзость в общении; 3) повышенная инициативность; 4) отсутствие признаков усталости; 5) подвижность.
229.	Эпилепсия характеризуется присутствием у больного часто возникающих нарушений сознания и настроения. Данное заболевание постепенно приводит к личностным изменениям. Считается, что в происхождении эпилепсии большую роль играют наследственный фактор, а также экзогенные факторы (например, внутриутробные органические повреждения головного мозга). Один из характерных признаков эпилепсии — судорожный припадок, который начинается, как правило, внезапно
230.	1) плохое самочувствие; 2) раздражительность; 3) головная боль. Припадок обычно длится около трех минут. После него больной чувствует вялость и сонливость. Припадки могут повторяться с различной частотой (от ежедневных до нескольких в год).

231.	1. Малые припадки (потеря сознания на несколько минут без падения). 2. Сумеречное состояние сознания. 3. Амбулаторные автоматизмы, в том числе сомнамбулизм (лунатизм).
232.	1. Повышенная истощаемость. 2. Снижение памяти. 3. Инертность мышления. 4. Снижение уровня интеллектуальных процессов. 5. Пассивность. 6. Сужение круга интересов и т. д.
233.	Церебральный атеросклероз, Старческое (сенильное) слабоумие, Болезнь Альцгеймера Болезнь Пика
234.	Церебральный атеросклероз. При данном заболевании отмечается повышенная истощаемость психических процессов, которая бывает двух типов: гиперстенический тип гипостенический тип
235.	гиперстенический тип (смена быстрого темпа его снижением) — встречается на начальных стадиях заболевания;
236.	гипостенический тип (понижение темпа и качества выполнения задания с ходом времени) — характерен для поздних стадий заболевания.
237.	1. Нарушения памяти. 2. Инертность психической деятельности. 3. Повышенная истощаемость. 4. Снижение уровня обобщения, нарушения памяти, нарастание расстройств речи.
238.	Старческое (сенильное) слабоумие. Существует несколько форм старческого слабоумия: 1) простая; 2) конфабуляторная (характеризуется суетливостью, эйфорией, наличием конфабуляций); 3) делириозная (характеризуется помрачением сознания)
239.	Болезнь Альцгеймера является атипичной формой старческого слабоумия, так как начинается в более раннем возрасте (40—45 лет). В данном случае атрофический процесс захватывает теменно-затылочные, височные, лобные отделы левого полушария головного мозга.
240.	Болезнь Пика. Причиной данного заболевания является атрофия лобных, височных или теменных участков головного мозга.
241.	Понятие «невроз» употребляется с 1776 г. Это позволило выделить из ряда соматических заболеваний психосоматические расстройства и связать их с нарушением нервной деятельности. При всех формах неврозов у больного сохраняется критическое отношение к болезни
242.	1) патологические нарушения являются обратимыми независимо от длительности; 2) психогенное происхождение; 3) наличие эмоционально-аффективных и соматовегетативных нарушений
243.	1. Этиологический (вина, фрустрация, агрессия и т. д.). 2. Ситуационный и реактивный. 3. Информационный (недостаток или избыток информации). 4. Конституционный и реактивный по генетическому фактору. 5. По признакам профессии. 6. По событиям в жизни общества.

244.	1) неврастению; 2) истерию; 3) невроз навязчивых состояний.
245.	Выделяют три стадии данного заболевания: 1) нарушение активного торможения (проявляется в виде раздражительности и возбудимости); 2) лабильность возбудительных процессов (раздражительная слабость); 3) преобладание слабости, истощаемости, вялости, апатии, пониженного настроения, сонливости и т. д Слабость при неврастении выражается в постоянном чувстве усталости. При этом у больного возникает ощущение, как будто он совершал физическую работу, появляются жалобы на головную боль, учащенное сердцебиение, боли в животе, расстройства половой сферы и т. п. Считается, что неврастением чаще страдают люди, занимающие руководящие должности, так как на работе они пребывают в постоянном напряжении
246.	Термин «истерия» происходит от греч. hystera — «матка», так как во времена Платона считалось, что эта болезнь связана с хождением матки по телу женщины (значительно чаще истерия встречается у женщин). Однако в дальнейшем были обнаружены те же симптомы и у мужчин.
247.	Психологическое здоровье — это стандартный фактор полного функционирования и развития человека. С одной стороны, это условие выполнения человеком своих возрастных и нравственных целей (ребенка или взрослого, учителя или предпринимателя, россиянина или американца и т. п.), а с другой стороны, это дает человеку возможность непрерывного развития в течение всей его жизни. Психологическое здоровье тесно взаимосвязано с физическим здоровьем. В человеке плотно связано телесное и психическое. И то и другое необходимо для полноценной работы организма. Это подчеркнуто в самом термине «психологическое здоровье»
248.	Психология здоровья — «наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития» (В. А. Ананьев) — является самостоятельным научным направлением, в рамках которого подробно изучается влияние психических факторов на сохранение здоровья и на возникновение болезни
249.	Здоровье рассматривается не как самоцель, а как условие выполнения человеком своих задач и целей, своей индивидуальной миссии. Ориентируясь на некоторые факторы психологии здоровья, можно представить, что психологическое здоровье есть предпосылка физического здоровья, т. е. психологически здоровый человек, вероятнее всего, будет здоров и физически. Непрерывная связь между психическим и телесным за= родилась в древности. Еще Сократ говорил: «Неправильно

	лечить глаза без головы, голову без тела, так же как тело без души».
250.	В узком смысле психология здоровья — это частная психологическая дисциплина, которая занимается: 1) профилактикой и охраной здоровья; 2) предотвращением болезней; 3) выявлением форм поведения, повышающих риск заболевания
251.	1) профилактикой и охраной здоровья; 2) предотвращением и лечением болезней; 3) выявлением форм поведения, повышающих риск заболевания; 4) выявлением причин болезней; 5) реабилитацией
252.	Поведенческая медицина (Behavioral Medicine) — междисциплинарная научно-исследовательская и прикладная область, которая в своем подходе к проблемам здоровья ориентируется на биопсихосоциальную модель. Поведенческая медицина интегрирует достижения поведенческих и биомедицинских наук, относящихся к физическому здоровью.
253.	1) психология; 2) эпидемиология; 3) социология; 4) антропология; 5) физиология; 6) фармакология; 7) анатомия; 8) диетология и др.
254.	1. Курение (способствует развитию сердечно-сосудистых заболеваний, рака полости рта, легких и пищевода, бронхита и т. д.). 2. Злоупотребление алкоголем (может привести к циррозу печени, панкреатиту, раку, а также несчастным случаям, убийствам и пожарам). 3. Неправильное питание (например, ожирение повышает риск развития гипертонии, диабета и сердечно-сосудистых заболеваний, осложняет хирургические вмешательства и т. д.)
255.	Общественное здравоохранение (Public Health), или популяционная медицина, — это междисциплинарная область исследовательской и практической деятельности, которая занимается повышением общего уровня здоровья населения. В настоящее время часто используется еще один термин — «наука о здоровье»
256.	1) предупреждение болезней (профилактика); 2) продление жизни; 3) улучшение самочувствия.
257.	генетические факторы, внутриутробные нарушения, патология родов, ранние заболевания с поражением центральной нервной системы
258.	1) различные виды эмоциональной и социальной депривации; 2) разного рода социальные психологические стрессы.
259.	Проблемой влияния социальных и биологических факторов на онтогенетическое развитие человека занимается и клиническая психология, а точнее, специальный раздел клинической психологии — возрастная клиническая психология

260.	1) психические процессы и состояния; 2) анализ протекания возрастных кризов; 3) психосоматические взаимовлияния на различных этапах развития человека
261.	Но конкретный ребенок находится не в социуме вообще, а взаимодействует с конкретными людьми, которые обладают индивидуальными характерами, имеют определенную культуру, интеллект и т. д. В процессе развития к началу каждого возрастного периода между ребенком и окружающей его социальной средой складываются определенные отношения. Эти отношения и есть суть социальной ситуации развития ребенка. При анализе процесса развития ребенка следует учитывать, что для каждого периода характерным является новый тип отношений между ним и окружающей его социальной средой. Становление психики ребенка возможно только при вовлечении в мир социальных взаимоотношений
262.	Возрастные психологические кризисы — это особые периоды онтогенеза, которые длятся относительно недолго и характеризуются резкими психологическими изменениями
263.	1) задержанное; 2) поврежденное; 3) искаженное развитие
264.	1. Необратимое недоразвитие (связано с олигофренией). 2. Дисгармоническое развитие (связано с психопатией). 3. Регрессирующее развитие (связано с прогрессирующими дегенеративными заболеваниями, злокачественной эпилепсией). 4. Альтернирующее развитие (наблюдается при различных соматических и психических патологиях). 5. Развитие, измененное по качеству и направлению (при шизофреническом процессе)
265.	ретардация асинхрония
266.	ретардация — это заторможенное психическое развитие или устойчивое психическое недоразвитие;
267.	асинхрония — дисгармоническое психическое развитие
268.	1) умственная отсталость; 2) пограничные и парциальные задержки психического развития; 3) искажения психического развития; 4) аутистические расстройства; 5) акселерация; 6) инфантилизм; 7) соматопатии
269.	1) психическое недоразвитие; 2) задержанное развитие; 3) поврежденное психическое развитие; 4) дефицитное психическое развитие; 5) искаженное психическое развитие; 6) дисгармоническое психическое развитие
270.	1. Неосложненная олигофрения. 2. Осложненная олигофрения с присутствием нарушений нейродинамики. 3. Олигофрения, характеризующаяся нарушением различных анализаторов. 4. Олигофрения, для которой характерны психопатоподобные формы поведения. 5. Олигофрения с четко выраженной лобной недостаточностью.

271.	Стандартизированное наблюдение Свободное наблюдение Включенное наблюдение
272.	Стандартизированное наблюдение (предполагает наличие заранее составленного плана наблюдения, цели и задачи которого заранее определены)
273.	Свободное наблюдение (не предусматривает специальной подготовки и плана наблюдения).
274.	Включенное наблюдение (осуществляется в процессе совместной деятельности с ребенком)
275.	1) групповое и индивидуальное; 2) кратковременное и долговременное; 3) внешнее и внутреннее и др.
276.	1) общую и двигательную активность; 2) эмоциональные и поведенческие реакции на новые стимулы; 3) интенсивность эмоционального выражения своих желаний и отношений; 4) настроение ребенка; 5) способность сосредоточиваться на эмоциональном контакте или манипуляции с предметами; 6) способность справляться с трудностями, преодолевать препятствия.
277.	1) изменение поведения ребенка в общем; 2) несоответствие поведения ребенка возрастным нормам развития; 3) длительность отмечаемых особенностей поведения; 4) частота наблюдаемых симптомов; 5) особенности возникновения той или иной черты в поведении, указывающие на социальный характер ее возникновения; 6) склонность к выполнению однообразных действий с предметами; 7) отсутствие привязанности к близким взрослым и т. д.
278.	1) психологический анамнез (различные данные о предшествующих этапах развития ребенка); 2) информация, полученная от родителей, врачей и педагогов об особенностях поведения ребенка в различных жизненных ситуациях; 3) сведения о состоянии здоровья ребенка к моменту обследования.
279.	1. Выявление отклонений в развитии, которые чаще всего становятся причиной психических заболеваний, а также трудностей обучения, поведения и т. д. 2. Контроль за динамикой психического развития и успешностью применения лечебных воздействий и средств психокоррекции. 3. Обнаружение личностных особенностей ребенка, которые тормозят его социальную адаптацию.
280.	Психологическое консультирование ориентируется преимущественно на психологическое воздействие, психокоррекция — на процессы манипулирования, управления и формирования, а в рамках психотерапии используется каждый из вышеперечисленных способов оказания психологической помощи.

281.	Главной целью консультирования является становление личностной позиции, специфического мировоззрения и формирование иерархии ценностей клиента
282.	Задача психологической коррекции заключается в выработке навыков оптимальной для индивида и эффективной для сохранения здоровья психической деятельности, способствующей личностному росту и адаптации человека в обществе.
283.	диагностический процесс процесс информирования процесс обучения
284.	диагностический процесс, который способствует конкретным особенностям развития клиента (нормального или аномального), а также присутствия либо отсутствия у него психопатологических симптомов
285.	процесс информирования человека о структуре его психической деятельности и индивидуально-психологических особенностях, благоприятных и неблагоприятных жизненных ситуациях;
286.	процесс обучения навыкам аутотренинга, способам психологической защиты, а также приемам нормализации собственного эмоционального состояния
287.	1) обсуждение возникших у человека проблем и возможных вариантов их преодоления; 2) информирование индивида о его индивидуально-психологических качествах и методах саморегуляции
288.	В структуру психологического консультирования входит диагностика, которая включает клиническое интервьюирование, использование психодиагностических методик для определения особенностей функционирования психических процессов и параметров индивидуальности
289.	Специфической целью психологического консультирования являются психологические феномены, которые обусловлены кризисами идентичности и иными мировоззренческими проблемами, а также коммуникационные нарушения. При решении подобных проблем применение психокоррекции или психотерапии считается малоэффективным.
290.	Логотерапия является гуманистическим направлением психотерапии. Основной целью логотерапии является возвращение человеку утраченного в силу каких-то причин смысла жизни. Механизм развития у человека психологических проблем усматривается в «экзистенциальном кризисе»
291.	Задачей логотерапии является восстановление или приобретение человеком потерянной духовности, свободы и ответственности. Виктор Франкл, основоположник логотерапии, считал, что вернуть утраченный смысл человеку можно с помощью метода убеждения

292.	Основой логотерапии является исцеление души путем формирования у человека осмысленного стремления к смыслу взамен стремления к наслаждению или власти
293.	1) внутреннюю природу человека в виде основных потребностей, способностей и индивидуально-психологических особенностей; 2) потенциальные возможности, реализация которых зависит от экстрапсихических факторов (семьи, ближайшего окружения, образования и т. д.); 3) аутентичность — способность познать истинные собственные потребности и возможности; 4) способность воспринимать себя; 5) потребность в любви.
294.	1) целостность — единство, интеграция, взаимосвязанность; 2) совершенство — необходимость, естественность, уместность; 3) завершенность — конечность; 4) справедливость — законность, долженствование; 5) жизненность — спонтанность, саморегуляция; 6) полнота — дифференцированность, сложность; 7) простота — искренность, сущность; 8) красота — правильность; 9) праведность — правота, желанность; 10) уникальность — индивидуальность, неповторимость; 11) непринужденность — легкость, отсутствие напряженности; 12) игра — веселье, радость, удовольствие; 13) истинность — честность, реальность; 14) самодостаточность — независимость, умение быть самим собой.
295.	Психологическая коррекция основывается на психологическом консультировании. Психокоррекция — это психологическое воздействие на клиента с целью нормализации его психического состояния в случаях диагностики у него каких-либо личностных аномалий, а также для освоения им какой-либо деятельности.
296.	Психокоррекция в клинической психологии направлена на активное внешнее вмешательство в формирование адекватного психического состояния человека, гармонизацию его отношений с социальным окружением
297.	Цель психокоррекции — исправление и приведение в норму каких-либо отклонений от оптимального уровня индивидуально-психологических особенностей и способностей человека
298.	1) психокоррекция отдельных психических функций (внимание, память, мышление, восприятие, познавательная деятельность и т. д.) либо коррекция личности; 2) директивная или недирективная психокоррекция; 3) психокоррекция, сконцентрированная на конкретной личности или сконцентрированная на семье; 4) психокоррекция в форме групповых занятий или индивидуальная психокоррекция; 5) психокоррекция как элемент клинической психотерапии (применяется в комплексном лечении нервно-психических заболеваний) либо как основной и ведущий метод

	психологического воздействия на человека с отклонениями в поведении и социальной адаптации.
299.	В отличие от психологического консультирования при психокоррекции роль клиента является менее активной и даже чаще пассивной. Психологическая коррекция подразумевает выработку новых адекватных способов поведения в процессе специально разработанных тренинговых программ
300.	1) манипулирование; 2) формирование; 3) управление.
301.	1. Аутотренинг. 2. Нейролингвистическое программирование (НЛП). 3. Трансактный анализ. 4. Поведенческая (бихевиоральная) терапия. 5. Психодрама.
302.	Аутотренинг — это метод, при помощи которого происходит понимание навыков психической саморегуляции путем релаксационных способов
303.	1) собственно аутогенная тренировка с нервно-мышечной релаксацией; 2) методика биологически обратной связи
304.	Релаксация (расслабление) — это состояние бодрого духа, которое описывается сниженной психофизиологической активностью
305.	В процессе прогрессивной мышечной релаксации происходит обучение человека контролированию состояния мышц и вызыванию расслабления в определенных группах мышц с целью снятия эмоционального напряжения. Аутотренинг проводится поэтапно и заключается в освоении упражнений по ослаблению нервно-мышечного напряжения
306.	Методика биологически обратной связи заключается в условно-рефлекторном закреплении навыка изменять свое соматическое состояние при контроле его с помощью различных приборов. Человек самостоятельно контролирует биологическое функционирование своего организма и обучается изменять его, применяя различные способы саморегуляции
307.	электромиографическая биообратная связь температурная биообратная связь электрокожная биообратная связь электроэнцефалографическая биообратная связь
308.	электромиографическая биообратная связь (научение процессу расслабления конкретной мышцы или групп мышц, а также общей релаксации);
309.	температурная биообратная связь (позволяет обрести навыки расширения и сужения сосудов, в результате чего происходит изменение температуры тела);
310.	электрокожная биообратная связь (позволяет научиться контролировать кожно-гальванические реакции, влияя на симпатическую нервную активность);

311.	электроэнцефалографическая биообратная связь (формирование навыков изменения биоэлектрической активности головного мозга при помощи изменения соотношения волн различной частоты).
312.	НЛП — одно из наиболее популярных в настоящее время направлений психотерапии, которое появилось в начале 70-х гг. XX в. Основоположниками нейролингвистического программирования считаются Ричард Бэндлер и Джон Гриндер
313.	С учетом НЛП у любого человека присутствует ведущая модальность — главный путь приема информации. Например, у одного человека ведущей модальностью является зрительное восприятие, у другого — слуховое и т. д. Для уточнения ведущей модальности и особенностей приема информации в НЛП применяется анализ типов сканирующего движения глаз
314.	Для уточнения преобладающей репрезентативной системы используют метод контент-анализа наиболее часто употребляемых человеком слов.
315.	Целью НЛП является выработка определенной стратегии поведения, которая является желательной для конкретного человека или окружения
316.	Главной задачей НЛП считается новое формирование личности и придание ей какой-то новой определенной формы. Этот процесс называется «рефрейминг».
317.	1) всякая реакция и поведение человека носят защитный характер и поэтому являются полезными (вредными они считаются лишь в том случае, если используются в несоответствующем контексте); 2) у каждого человека существует определенная модель мира, которую можно изменить; 3) у любого человека присутствуют скрытые ресурсы, при помощи которых возможно изменить субъективную модель мира
318.	1) определяется симптом; 2) пациенту предлагается произвести своеобразное расщепление себя на части (здоровую и патологическую) и вступить в контакт с той частью, которая отвечает за формирование и проявление симптома, и понять механизм его возникновения; 3) производится отделение симптома от первоначального мотива; 4) обнаружение новой части, которая способна удовлетворить этот мотив другими способами с «постановкой якоря» (ассоциативной связи между событиями или мыслями); 5) формирование согласия всего «Я» на новую связь (пятый и шестой этапы).
319.	Американский психолог Эрик Берн создал самостоятельное психотерапевтическое направление — транзакционный (транзактный) анализ. Понятие «транзакция» буквально означает «взаимодействие». Таким образом, транзактный анализ подразумевает анализ взаимодействия, т. е. общения людей.

	Трансакционный анализ исходит из того, что в основе любых форм неадаптивного поведения человека лежат определенные схемы взаимоотношений и взаимодействия, которые Э. Берн называет играми. В них люди, сами того не сознавая, играют всю свою жизнь.
320.	Трансактный анализ предполагает разделение моделей взаимоотношений, разыгрывание трех основных ролей нашего «Я» — «Родитель», «Взрослый» и «Ребенок». Эти роли могут меняться у одного и того же человека в зависимости от жизненной ситуации и от того, как он воспринимает образ и поведение того, с кем общается.
321.	Родитель. У каждого человека сохраняется определенный образ своих родителей. И в определенных жизненных ситуациях человек начинает невольно подражать моделям поведения кого-то из родителей, т. е. ведет себя как родитель. Он характеризуется наличием нормативных и оценивающих стереотипов поведения.
322.	Взрослый. Каждый человек (кто-то чаще, кто-то реже) воспринимает ситуацию и себя вполне объективно и зрело. Состояние такого восприятия реальности и называется в трансактном анализе состоянием «взрослый». Взрослый проявляет себя признаками зрелой психической деятельности
323.	Ребенок. Каждый человек сохранил в себе восприятие себя как ребенка и в конкретных ситуациях чувствует себя мальчиком или девочкой, т. е. ребенком из своего прошлого независимо от реального возраста. Ребенок проявляет себя инфантильными чертами характера и отношения к реальности
324.	трансакционные стимулы трансакционные реакции
325.	трансакционные стимулы — все виды обращения к другому человеку
326.	трансакционные реакции — все виды ответов на те или иные обращения.
327.	сновная цель трансактного анализа заключается в том, чтобы дать понять индивиду особенности его взаимодействия с окружающими и обучить его нормативному и оптимальному поведению. Практика трансактного анализа показывает, что нередко одно лишь осознание своей игры с помощью разъяснений психотерапевта может привести клиента к решению существующей проблемы или к исцелению
328.	Соматоформные расстройства - группа психогенных заболеваний, характеризующихся физическими патологическими симптомами, напоминающими соматическое заболевание, но при этом не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно было бы отнести к известной в медицине болезни, хотя часто имеются неспецифические функциональные нарушения

329.	это наиболее распространенный тип соматоформных расстройств, которые диагностируются у детей. Конверсионное расстройство включает в себя необъяснимые симптомы или дефицит произвольных моторных или сенсорных функций, который вызван неврологическим или общим медицинским состоянием. Симптомы похожи на неврологические состояния и физические недомогания такие, как слепота, приступы, нарушение равновесия, походки, сужение поля зрения, оцепенение, потеря чувствительности. Дети могут жаловаться на слабость; у них может быть беспокойная манера поведения, разговора. Психические травмы и жестокое обращение увеличивают вероятность появления конверсионного расстройства, которое обычно и провоцируется психологическими факторами
330.	расстройство, которое начинается до 30 лет, длится всю жизнь и характеризуется комбинированной болью, желудочно-кишечными, сексуальными и псевдоневрологическими симптомами. Это хроническое, периодически повторяющееся расстройство. Ребенок постоянно жалуется на преувеличенно плохое состояние здоровья. Соматические жалобы у детей являются достаточно распространенными.
331.	Телесное дисморфическое расстройство – это озабоченность выдуманнными или преувеличенными дефектами внешности, причинами которой является значительное физическое недомогание или ухудшение в социальной, профессиональной или другой важной сферы деятельности человека.
332.	Ипохондрия – это навязчивые мысли или идеи о том, что у человека есть серьезная болезнь, которые основаны на ошибочных телесных симптомах и телесных функциях.
333.	1. Когнитивная триада депрессии включает: 1) негативный взгляд на мир; 2) негативный взгляд на будущее; 3) негативный взгляд на себя. Пациент воспринимает себя как неадекватного, брошенного, ничего не стоящего. У пациента имеются убеждения, что он зависим от других и не может самостоятельно достичь ни одной жизненной цели. Такой пациент крайне пессимистично рисует будущее и не видит никакого выхода
334.	Нарциссизм, с точки зрения Кохута, - не патологическое явление, а любое обращение к поддержанию, модификации Я-переживаний. Детский нарциссизм с развитием не исчезает, а переходит в зрелые формы, такие как творческая деятельность, эмпатия, принятие собственной смерти, способность к юмору и мудрость. Однако, зрелый нарциссизм требует удовлетворения в процессе развития основных нарциссистических потребностей (в соответствующем селфобъекте) - потребностей в признании кем-то (отражении собственной грандиозности), в идеализации кого-то сильного и мудрого, в подобии с кем-то похожим. Неадекватный

	опыт удовлетворения этих потребностей ведет к нарушениям Я-переживаний и различным психопатологиям, в зависимости от степени повреждения Я.
335.	Селфобъектные переносы. В общем, переживания пациентом аналитической ситуации, которые конструируются и ассимилируются в соответствии с первичной организацией Я, с потребностями в подходящей селфобъектной матрице, называются селфобъектными (нарциссическими) переносами
336.	Зеркальный перенос. Проявление потребности пациента в принятии, признании, одобрении терапевтом, подтверждении значимости Я. Направлен на усиление полюса личных амбиций в Я.
337.	Идеализирующий перенос. Проявление потребности пациента в идеализации терапевта, в чувстве защиты сильным и мудрым селфобъектом. Направлен на усиление полюса идеалов в Я.
338.	Двойниковый (близнецовый) перенос. Проявление потребности пациента в присутствии терапевта как кого-то подобного ему самому, в переживании опыта тождественности
339.	Перенос слияния. Архаическая форма всех селфобъектных переносов, проявление потребности в слиянии с селфобъектом посредством расширения своего Я до включения в него терапевта. Характерен для личностных психопатологий и ситуаций недавно пережитой острой травмы.
340.	Эмпатия. Можно лишь приблизительно определить понятие эмпатии, например, как готовность переживать то, что переживает другой, в его терминах. В ранних работах Кохут определял эмпатию как замещающую интроспекцию и предлагал использовать лишь как средство сбора субъективных данных, инструмент наблюдения. Позже он расширил свое понимание эмпатии и описал такие ее функции, как поддержание психологической связи между людьми и обеспечение необходимых условий для психического развития индивида.
341.	Интернализация. В процессе селфобъектных переживаний (у ребенка - в семье, у пациента - в психотерапии) происходит постепенная реорганизация субъективного поля, при которой переживаемые качества селфобъекта ассимилируются Я-структурой субъекта
342.	Терапевтическая работа. Применяя эмпатию как метод наблюдения, терапевт использует селфобъектные переносы (зеркальный, идеализирующий, двойниковый) для трансформации архаического нарциссизма пациента в его зрелую форму посредством микроинтернализаций и выстраивания новой структуры личности.

343.	Когнитивные ошибки - представляют собой психологический механизм формирования и подкрепления негативных концептов и носят систематический характер
344.	1. произвольный вывод 2. избирательная абстракция —; 3. сверхгенерализация 4. преувеличение/преуменьшение —5. персонализация 6. абсолютистское дихотомическое мышление
345.	произвольный вывод — однозначный вывод без достаточных оснований или даже при опровергающих его данных;
346.	2. избирательная абстракция — внимание фокусируется на деталях, вырванных из контекста; более значимые характеристики ситуации игнорируются; концептуализация целой ситуации происходит на основании единичного изолированного фрагмента;
347.	сверхгенерализация — глобальные, общие выводы делаются на основании одного или нескольких изолированных инцидентов и затем экстраполируются на аналогичные или даже совершенно иные ситуации
348.	преувеличение/преуменьшение — ошибка в оценке значимости или масштабности события
349.	персонализация — безосновательное отнесение внешних событий на свой счет
350.	абсолютистское дихотомическое мышление — тенденция к группированию пережитого опыта вокруг противоположных полюсов (святой-грешный, плохой-хороший и т.д.) Депрессивная самооценка тяготеет к негативному полюсу

Перечень вопросов в тестовой форме

1. АФАЗИЯ, ПРИ КОТОРОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ ЗАМЕНА ЗВУКОВ РЕЧИ ИЗ-ЗА ТРУДНОСТИ РАЗЛИЧЕНИЯ БЛИЗКИХ ПО АРТИКУЛЯЦИИ ЗВУКОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

А афферентной моторной

Б сенсорной

В динамической

Г оптико-мнестической

2. ЕСЛИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПО МЕТОДИКЕ «РИСУНОК СЕМЬИ» РЕБЕНОК ЗАБЫВАЕТ НАРИСОВАТЬ КОГО-НИБУДЬ ИЗ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, ЭТО МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О

А типе семейного воспитания

Б конфликтных отношениях с этим членом семьи

В самооценке ребенка

Г нарушениях внимания

3. ПРИ ПОРАЖЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ УЧАСТКОВ МОЗГА ОДНА И ТА ЖЕ ПСИХИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ НАРУШАЕТСЯ

А одинаково у людей одной возрастной группы

Б по-разному, в зависимости от того, какой участок мозга поражен

В по-разному в зависимости от массы пораженного мозга

Г всегда одинаково, независимо от того, какой участок мозга поражен

4. МЕТОДИЧЕСКИМ ПУТЕМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ, КОТОРЫЙ В НАИМЕНЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ ОТ СУБЪЕКТИВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА, ЯВЛЯЕТСЯ

А применение личностных тест-опросников (стандартизованных самоотчетов)

Б наблюдение за поведением испытуемого в ситуации эксперимента

В использование проективных методик

Г изучение продуктов деятельности пациента (дневников, художественного творчества)

5. ПРИНЦИП УНИВЕРСАЛЬНОСТИ В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ (МКФ) ОЗНАЧАЕТ, ЧТО ДАННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

А предусматривает такие универсальные факторы, как «окружающая среда, климат, местность, социальные отношения...»

Б относится к функционированию каждого человека

В является универсальным инструментом для выявления любой группы инвалидности

Г является универсальным инструментом для разделения инвалидности по этиологии

6. В ГРУППОВОЙ ДИНАМИКЕ ФОКУСИРОВКА НА РЕШЕНИИ СОБСТВЕННЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ У КАЖДОГО УЧАСТНИКА ГРУППЫ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ФАЗЫ

А конфликта распада группы

Б конструктивной работы

В ориентации и зависимости

Г агрессии и конфликтов

7. ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ПОЗВОЛЯЕТ

А уточнить структуру и степень выраженности нарушений психической деятельности

Б определить степень отставания психического развития ребенка от возрастной нормы

В выявить у здоровых лиц особенности психической деятельности и личности, указывающие на повышенный риск возникновения некоторых психических и поведенческих расстройств

Г определить место и уровень локализации поражения центральной нервной системы

8. СОВОКУПНОСТЬЮ СВЕДЕНИЙ О БОЛЬНОМ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЕГО ЛИЧНОСТИ И ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ, НАЗЫВАЮТ

А медицинский эпикриз

Б психологический анамнез

В катамнез

Г историю болезни

9. ЧУВСТВО ОТСТРАНЕННОСТИ И ОТЧУЖДЕННОСТИ ОТ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ В СТРУКТУРЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА ОТНОСЯТ К СИМПТОМУ

- А гипервозбудимости вне зависимости от интенсивности стимула
- Б вторжения повторяющихся негативных травмирующих воспоминаний

В ухудшения настроения и функционирования

- Г избегания травмирующей ситуации и стимулов с ней связанных

10. К ИНТЕРВЕНЦИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ НЕ ОТНОСЯТ

А анализ условий возникновения психических расстройств

- Б восстановление высших психических функций
- В психотерапию
- Г Профилактику

11. ОСТРЫЙ БРЕД В ОТЛИЧИЕ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А склонностью к прогрессированию
- Б эмоциональной насыщенностью**
- В интерперсональной направленностью
- Г интерпретативным характером

12. СУЩНОСТЬЮ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ПУТЁМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А целенаправленная активная внутри- и межфункциональная перестройка

- Б самостоятельное восстановление высших психических функций на основе спонтанных внутри- и межфункциональных перестроек
- В перемещение нарушенных функций на сохранные участки одноименного или противоположного полушария
- Г использование фармакологических препаратов, улучшающих синаптическую проводимость и обменные процессы в головном мозге

13. НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИЙ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ

- А медиатемпоральной зоны
- Б диэнцефальных структур**
- В височных отделов мозга
- Г стриарной коры

14. БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ _____ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- А сосудисто-атрофическим
- Б атрофическим**
- В сосудистым
- Г Демиелинизирующим

15. ПСИХОГЕННАЯ ФОРМА СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ОТНОСИТСЯ К ПРОЯВЛЕНИЯМ

- А атипичной эпилепсии
- Б расстройства личности
- В нарушения пищевого поведения

Г соматоформного расстройства

16. НЕ ИМЕЕТ СМЫСЛА ПРИМЕНЯТЬ ТЕСТ СТРУПА ПРИ

- А наличии афазии
- Б высоком уровне общей активации пациента с подозрением на стертый «лобный синдром»

В наличии одностороннего пространственного игнорирования

- Г амнестическом синдроме

17. РЕКУРРЕНТНОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО ЧАСТО ЯВЛЯЕТСЯ КОМОРБИДНЫМ ПСИХИЧЕСКИМ ПРИ

- А хроническом бредовом расстройстве

Б острой закрытой черепно-мозговой травме

В генерализованном тревожном расстройстве

Г острым полиморфным психотическим расстройстве

18. ДЛЯ КАКОГО СОСТОЯНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОДДЕРЖИВАТЬ РАЗГОВОР
О ЧУВСТВАХ ПОСТРАДАВШЕГО?

А плач

Б психомоторное возбуждение

В истерика

Г агрессивное поведение

19. С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ З. ФРЕЙДА «СВЕРХ-Я» ДЕЙСТВУЕТ СОГЛАСНО
ПРИНЦИПУ

А реальности

Б удовольствия

В морально-этическому

Г Экономности

20. ТЕСТ ФРУСТРАЦИИ РОЗЕНЦВЕЙГА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

А тесты достижений

Б личные опросники

В свободное интервью

Г проективные методы

21. ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ «ПИКТОГРАММА» ОСНОВНОЕ
ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

**А анализ объяснений ассоциативной связи между словом и рисунком, которые дает
пациент**

Б оценка степени оригинальности рисунков пациентов

В сопоставление показателей воспроизведения слов с нормативными данными

Г оценка эмоциональных реакций пациента на содержание предъявляемых понятий

22. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

А состояние выполнения трудовой функции

Б состояние человека, в котором его функционирование наиболее эффективно

**В фоновая активность нервных центров, при которой реализуется текущая
деятельность человека**

Г состояние (сохранность) высшей психической или психофизиологической функции

23. В РАМКАХ ПСИХОЛОГИИ ПЕРЕЖИВАНИЯ Ф.Е. ВАСИЛЮКОМ ВЫДЕЛЕНО
ДВА АСПЕКТА ЖИЗНЕННОГО МИРА ЛИЧНОСТИ

А интроверсивность и экстраверсивность

Б эгоцентризм и группоцентризм

В сложность и трудность

Г перспективная направленность и ретроспективная направленность

24. НАРУШЕНИЯ ПРОИЗВОЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ И ДЕЙСТВИЙ, КОТОРЫЕ
ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОРКОВОГО УРОВНЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ, НАЗЫВАЮТСЯ

А гиперкинезы

Б апраксии

В парезы

Г Параличи

25. К СПОСОБАМ УСЛОЖНЕНИЯ ПРОБЫ НА ПОНИМАНИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЙ (С
ОПОРОЙ НА КАРТИНКУ) НЕ ОТНОСЯТ

А расширение поля выбора картинок

Б монотонное (неинтонированное) произнесение предложений

В использование в предложении низкочастотных слов

Г усложнение грамматической организации фразы

26. МЕТОД СНИЖЕНИЯ РАЗМЕРНОСТИ ИЗУЧАЕМОГО МНОГОМЕРНОГО ЯВЛЕНИЯ НАЗЫВАЮТ

А тестированием

Б факторным анализом

В беседой

Г Наблюдением

27. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ЗАВИСИТ ОТ

А профессионализма врача, психолога

Б состояния здоровья и возраста родственников больного

В субъективного мнения врача и результатов объективного обследования

Г характера болезни (острая, хроническая и т.д.)

28. ТРУДНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОГРАММЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОИЗВОЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ И ДЕЙСТВИЙ ЯВЛЯЮТСЯ ЦЕНТРАЛЬНЫМ СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ПОВРЕЖДЕНИЕ _____ ОБЛАСТИ МОЗГА

А префронтальной

Б теменной

В постцентральной

Г Премоторной

29. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ, ЗАКЛЮЧАЮЩИМСЯ В ВОСПРОИЗВЕДЕНИИ БОЛЬНЫМ В СВОЕМ ВООБРАЖЕНИИ ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕЙ СИТУАЦИИ, В КОТОРОЙ ОН ПРЕДСТАВЛЯЕТ СЕБЯ В ОБРАЗЕ ЛЮБИМОГО ГЕРОЯ И ДЕЙСТВУЕТ ТАК, КАК ДЕЙСТВОВАЛ БЫ ЭТОТ ГЕРОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

А логотерапия

Б имаготерапия

В когнитивное переконструирование

Г арт-терапия

30. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОЕ, ЗАКОНОМЕРНОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНОЙ, ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ, МОТИВАЦИОННОЙ СФЕР И ПОВЕДЕНИЯ ИНДИВИДА В РАМКАХ ОПРЕДЕЛЕННОЙ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПОСРЕДСТВОМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА, НАЗЫВАЮТ

А психологическим феноменом

Б психопатологическим синдромом

В психопатологическим симптомом

Г патопсихологическим синдромом

31. ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЗАДАЧЕЙ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ АФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А восстановление зрительных образов-представлений

Б преодоление патологической инертности

В восстановление речевой артикуляции

Г восстановление фонематического слуха

32. РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К ПСИХОТЕРАПИИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

А повышенным уровнем принятия пациента психотерапевтом

Б психическим инфантилизмом пациента

В высокой заинтересованностью в выздоровлении

Г доверительным отношением к психотерапевту

33. ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ В СЛУЧАЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ ДОЛЖНО УЧИТЫВАТЬ

- А повторность и тяжесть правонарушений
- Б число недобровольных госпитализаций в психиатрические стационары
- В преобладание продуктивной симптоматики, сопровождающейся отсутствием критических и прогностических способностей**
- Г сохранность критических способностей и социальную адаптацию

34. РЕКОМЕНДАЦИЯ АМБУЛАТОРНОГО ПРИНУДИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ СО СТОЙКОЙ РЕМИССИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОБОСНОВАННОЙ ПРИ

- А необходимости переосвидетельствования медико-социальной экспертной комиссией
- Б отсутствии склонности к употреблению психоактивных веществ**
- В применении в прошлом амбулаторного принудительного наблюдения и лечения
- Г наличии социальных проблем, требующих решения с участием пациента

35. ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРОВОДИТСЯ С РАЗРЕШЕНИЯ

- А психолога, который работает с ребенком
- Б ребенка
- В администрации образовательного учреждения

Г Родителей

36. ФОРМУЛИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГОМ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ТЕРМИНАХ И ПОНЯТИЯХ, ПРИНЯТЫХ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКЕ, ПОДТВЕРЖДАЯ СВОИ ВЫВОДЫ ПРЕДЪЯВЛЕНИЕМ ПЕРВИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИХ МАТЕМАТИКО-СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКОЙ И ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЗАКЛЮЧЕНИЕМ КОМПЕТЕНТНЫХ КОЛЛЕГ, ОТРАЖАЕТ ПРИНЦИП

- А компетентности
- Б сотрудничества психолога и заказчика
- В обоснованности результатов исследования**
- Г профессионального общения психолога и испытуемого

37. ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОГРАНИЧЕННО ВМЕНЯЕМОМУ ЛИЦУ С ОПР РЕКОМЕНДУЕТСЯ, ЕСЛИ ВЫЯВЛЕННОЕ РАССТРОЙСТВО

- А относится к категории психических недостатков, препятствующих самостоятельному осуществлению права на защиту
- Б не позволяет правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания
- В не позволяет ему в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

Г связано с возможностью причинения им иного существенного вреда либо опасностью для себя и других лиц

38. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ) ИССЛЕДОВАНИЕ, СОГЛАСНО ПОРЯДКУ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ, УТВЕРЖДЕННОГО ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 12 ЯНВАРЯ 2017 Г. № 3Н, ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРОВОДИТСЯ

- А только в отношении сложных диагностических случаев
- Б всегда**
- В только в отношении несовершеннолетних
- Г только при установлении степени выраженности психических расстройств

39. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ФОРМИРУЮЩИМСЯ ЛИЧНОСТНЫМ РАССТРОЙСТВОМ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А истерическое

Б шизоидное

В диссоциальное

Г эмоционально-неустойчивое

40. СОМАТОСЕНСОРНЫЕ ПАРОКСИЗМЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

А зрительными обманами восприятия

Б обонятельными галлюцинациями

В иллюзорными переживаниями

Г элементарными сенсорными ощущениями

41. ВЛЕНИЕ АСИНХРОНИИ РАЗВИТИЯ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ В ВИДЕ

А сублимации

Б персонификации

В фиксации

Г идентификации

42. В ДИАГНОСТИКЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

А методику Кооса

Б тест Филлипса

В методику БАР

Г методику АСВ

43. АВТОНОМНОЙ РЕЧИ МЛАДЕНЦА СООТВЕТСТВУЕТ МЫШЛЕНИЕ В ФОРМЕ

А истинных понятий

Б синкретов

В комплексов

Г Псевдопонятий

44. МОДЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩЕЙ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА И СОСТАВЛЕНИЕ ПРОГРАММЫ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ С ОПОРОЙ НА БОЛЕЕ СФОРМИРОВАННЫЕ СТОРОНЫ, ДЕЙСТВИЯ ВЕДУЩЕЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПЕРЕНОСА ПОЛУЧЕННЫХ ЗНАНИЙ В НОВЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

А типовая

Б комплексная

В индивидуальная

Г Общая

45. В СООТВЕТСТВИИ С ГЕНЕЗИСОМ ФОРМ ОБЩЕНИЯ М.И. ЛИСИНОЙ В ПЕРВОМ ПОЛУГОДИИ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА РЕАЛИЗУЕТСЯ _____ ОБЩЕНИЕ

А ситуативно-деловое

Б внеситуативно-личностное

В внеситуативно-познавательное

Г ситуативно-личностное

46. АТИПИЧНАЯ ОЛИГОФРЕНИЯ – ЭТО ОЛИГОФРЕНИЯ, ПРИ КОТОРОЙ

А интеллектуальные нарушения возникают после периода нормального развития

Б нарушены законы тотальности и иерархичности

В интеллектуальное развитие сочетается с синдромом РДА

Г состояние недоразвития обратимо

47. ДЕТИ, ОБЛАДАЮЩИЕ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫМИ ВНИМАНИЕМ И ПАМЯТЬЮ, СПОСОБНЫЕ К ОБУЧЕНИЮ ПО ПРОГРАММЕ, ОСНОВАННОЙ НА КОНКРЕТНО-НАГЛЯДНЫХ МЕТОДАХ ОБУЧЕНИЯ, И ИМЕЮЩИЕ

КОЭФФИЦИЕНТ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В
ДИАПАЗОНЕ IQ 50-69, ВХОДЯТ В ГРУППУ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ____
СТЕПЕНИ

А умеренной

Б легкой

В тяжелой

Г Глубокой

48. НАРУШЕНИЯ РЕГУЛЯТОРНОЙ ФУНКЦИИ РЕЧИ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫ ДЛЯ
ДЕТЕЙ С

А умственной отсталостью

Б задержкой психического развития церебрально-органического генеза

В задержкой психического развития по конституциональному типу

Г ранним детским аутизмом

49. ЗАПЕЧАТЛЕНИЕМ В ПАМЯТИ НОВОРОЖДЕННОГО ПРИЗНАКОВ
ЖИЗНЕННО ВАЖНОГО ОБЪЕКТА ЯВЛЯЕТСЯ

А сепарация

Б бондинг

В импринтинг

Г Инстинкт

50. МЕТОДИКА «ТРИ ДЕРЕВА» НАПРАВЛЕНА НА ДИАГНОСТИКУ

А внутрисемейных отношений

Б акцентуаций характера

В умения рисовать

Г Внимания

51. ПЕРИОД ПЕРВИЧНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА (PRIMAL PERIOD)
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А активным изучением окружающего мира благодаря ползанию

Б ориентацией на референтную группу сверстников

В активным развитием речи

Г наличием симбиотической связи матери и ребенка

52. ЗАДАЧАМ ДИАГНОСТИКИ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ОТВЕЧАЕТ _____
НОРМА РАЗВИТИЯ

А идеальная

Б среднестатистическая

В теоретическая

Г Функциональная

53. В ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ СОБЛЮДЕНИЕ ПРИНЦИПА
ОБЩЕНИЯ КАК ДИАЛОГА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

**А установлении особых отношений, внушающих доверие, откровенность и
доброжелательность**

Б директивном типе коммуникации

В применении провокационных технологий

Г использовании оценочных категорий

54. ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ,
ПОЗВОЛЯЮЩАЯ НА СИМВОЛИЧЕСКОМ, ОБРАЗНОМ, АССОЦИАТИВНОМ
УРОВНЯХ ЭКСПЕРИМЕНТИРОВАТЬ С ЧУВСТВАМИ, ИССЛЕДОВАТЬ ИХ И
ДАВАТЬ ИМ ВЫРАЖЕНИЕ, НОСИТ НАЗВАНИЕ

А сказкотерапия

Б арт-терапия

В поведенческая терапия

Г игровая терапия

55. В ПСИХОЛОГИИ РАННЕГО РАЗВИТИЯ ПОД ТЕРМИНОМ «ДИАДА» ПОНИМАЮТ

А психобиологическую систему «мать-дитя»

Б семейную систему «муж-жена» до рождения ребенка

В семейную подсистему «мать-отец»

Г семейную подсистему «отец-дитя»

56. НЕПОСРЕДСТВЕННО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕНИЕ СО ВЗРОСЛЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ _____ ВОЗРАСТА

А младенческого

Б раннего

В младшего подросткового

Г Дошкольного

57. ЭХОЛАЛИИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ С

А. дизонтогенезом по типу поврежденного развития

Б олигофренией

В ранним детским аутизмом

Г ядерными психопатиями

58. РАЗДЕЛ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ, ИЗУЧАЮЩИЙ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ, НОСИТ НАЗВАНИЕ

А психология развития

Б олигофренопедагогика

В тифлопсихология

Г сурдопсихология

59. ВИДОМ ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ СОЧЕТАНИЕМ ОБЩЕГО НЕДОРАЗВИТИЯ, ЗАДЕРЖАННОГО, ПОВРЕЖДЕННОГО И УСКОРЕННОГО РАЗВИТИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ (ПО В.В. ЛЕБЕДИНСКОМУ), ЯВЛЯЕТСЯ _____ РАЗВИТИЕ

А дефицитарное

Б искаженное

В дисгармоническое

Г Поврежденное

60. К КРИТЕРИЯМ СФОРМИРОВАВШЕЙСЯ ЛИЧНОСТИ ПО Л.И. БОЖОВИЧ ОТНОСЯТ

А иерархию мотивов и навык рефлексии

Б иерархию мотивов и способность к сознательному руководству своим поведением

В высокий уровень социальной активности, эмпатии и рефлексии

Г наличие многосторонних интересов и иерархию мотивов

61. К ОДНОМУ ИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ ОБРАЗОВАНИЯ ДИЗОНТОГЕНЕЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСЯТ

А время повреждения мозга

Б неблагоприятные условия среды

В скорость повреждения

Г неблагоприятные условия воспитания

62. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ФУНКЦИИ, НАХОДЯЩЕЙСЯ В ПЕРИОДЕ РАЗВИТИЯ, БОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ИСХОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А сверхкомпенсация функции

Б недоразвитие функции

В выпадение функции

Г появление продуктивных расстройств

63. ПРИМЕРОМ ФОРМИРУЮЩЕГО ЭКСПЕРИМЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

А эксперимент Ж. Пиаже для исследования эгоцентризма ребенка

Б эксперимент Выготского-Сахарова по исследованию стадий в развитии понятий

В любой лонгитюд

Г эксперимент М. Эйнсворт по изучению привязанности

64. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАГЛЯДНО-ДЕЙСТВЕННОГО МЫШЛЕНИЯ
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОДИКА

А простые аналогии

Б куб Линка

В исключение лишнего

Г пиктограмма

65. ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ В ФОРМЕ
НЕПОСЛУШАНИЯ, ГРУБОСТИ, ВЫЗЫВАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ИЛИ
АГРЕССИИ, НАЗЫВАЕТСЯ РЕАКЦИЕЙ ПРОТЕСТА

А активного

Б пассивного

В негативного

Г Компенсаторного

66. ТРАВМА ГОЛОВНОГО МОЗГА В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ МОЖЕТ СТАТЬ
ПРИЧИНОЙ

А раннего детского аутизма

Б деменции

В ранней детской шизофрении

Г олигофрении

67. АНАКЛИТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ ОЗНАЧАЕТ

А одну из форм маскированных депрессий

Б депрессивные расстройства в подростковом возрасте

В депрессии старческого возраста

Г расстройства, сопровождающие явление «госпитализма»

68. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО И РАННЕГО
ВОЗРАСТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

А интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и
социального функционирования ребенка

**Б состояние, при котором ребенок развивает способность формировать близкие и
безопасные отношения, испытывать, выражать и регулировать эмоции, исследовать
окружающий мир и учиться**

В состояние, которое способствует наиболее оптимальному физическому,
эмоциональному и умственному развитию ребенка

Г состояние нормального физического и психического развития ребенка,
характеризующееся отсутствием заболеваний, нормальным состоянием основных
функций, своевременным и гармоничным развитием

69. ИНТЕЛЛЕКТУАЛИЗАЦИЯ ВСЕХ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЯВЛЯЕТСЯ
НОВООБРАЗОВАНИЕМ _____ ВОЗРАСТА

А младшего школьного

Б раннего

В дошкольного

Г старшего подросткового

70. СИНДРОМ АСПЕРГЕРА – ЭТО ВАРИАНТ

А недоразвития

Б искаженного развития

В поврежденного развития

Г задержки развития

71. СИМПТОМЫ НЕДОРАЗВИТИЯ ФУНКЦИЙ НАБЛЮДАЮТСЯ

А при действии вредности до окончательного развития функции

- Б при действии вредности после окончательного развития функции
- В исключительно при олигофрении
- Г исключительно при гармоническом инфантилизме

72. ТИПИЧНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ ДОМА РЕБЕНКА, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А агрессивностью, непослушностью, более частым проявлением отрицательных эмоций
- Б инициативностью во взаимодействии с ухаживающими взрослыми, без проявления признаков тревоги и отстраненности
- В общением со сверстниками в группе с проявлением качества совместной игры, соответствующей возрасту ребенка

Г сниженной исследовательской активностью, проявлением стереотипного, самостимулирующего поведения и неразборчивого дружелюбия

73. В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ОКАЗЫВАЮТ ФАКТОРЫ

А психологические

Б социальные

В экзогенные

Г Физиологические

74. НЕПОСРЕДСТВЕННО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕНИЕ СО ВЗРОСЛЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ _____ ВОЗРАСТА

А младенческого

Б раннего

В младшего подросткового

Г Дошкольного

75. К ЗАДАЧАМ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА ПРИ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ РОДИТЕЛЕЙ ПО ПРОБЛЕМАМ ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

А психотерапию родителей

Б помощь ребенку без участия родителей

В помощь в адекватном восприятии родителями информации об особенностях их ребенка

Г осознание родителями недостатков их ребенка

76. ПРОИЗВОЛЬНОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ НОВООБРАЗОВАНИЕМ _____ ВОЗРАСТА

А раннего

Б подросткового

В дошкольного

Г Младенческого

77. ОЛИГОФРЕНОПСИХОЛОГИЯ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗДЕЛОМ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ, ИЗУЧАЮЩИМ

А утрату ранее приобретенных навыков

Б органические дефекты центральной нервной системы

В интеллектуальное недоразвитие

Г нарушения слуха и речи

76. ПО МОДЕЛИ ОБЩЕГО ПСИХИЧЕСКОГО НЕДОРАЗВИТИЯ ТИПИЧНО РАЗВИВАЕТСЯ

А эпилепсия

Б олигофрения

В шизофрения

Г Деменция

78. АТИПИЧНАЯ ОЛИГОФРЕНИЯ – ЭТО ОЛИГОФРЕНИЯ, ПРИ КОТОРОЙ

А интеллектуальные нарушения возникают после периода нормального развития

Б состояние недоразвития обратимо

В нарушены законы тотальности и иерархичности

Г интеллектуальное развитие сочетается с синдромом РДА

79. НЕОНАТАЛЬНЫМ НАЗЫВАЮТ ПЕРИОД

А от начала родовой деятельности до ее окончания

Б от 28 недель беременности до первой недели жизни

В от рождения до 28 дней жизни

Г от образования зиготы до начала родов

80. ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЙ МЕТОД В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ, КОТОРЫЙ ПЕРЕДАЕТ ИНФОРМАЦИЮ, ТРАНСЛИРУЕТ ЦЕННОСТИ И МОРАЛЬ В МЕТАФОРИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ЛИТЕРАТУРНОГО ПРОИЗВЕДЕНИЯ, НАЗЫВАЮТ

А сказкотерапией

Б поведенческой терапией

В игровой терапией

Г арт-терапией

81. ФОРМИРОВАНИЕ ТЕЛЕСНОГО ОБРАЗА «Я» ЗНАЧИТЕЛЬНО НАРУШЕНО У РЕБЕНКА С

А задержкой психического развития

Б личностным расстройством

В нарушением слуха

Г синдромом раннего детского аутизма

82. ПОВРЕЖДЕННОЕ РАЗВИТИЕ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ НЕДОРАЗВИТИЯ _____ ПОРАЖЕНИЯ

А большим объемом

Б более ранним временем

В более поздним временем

Г меньшим объемом

83. МЕТОД «КЕНГУРУ» БЫЛ РАЗРАБОТАН И ВНЕДРЕН В ПРАКТИКУ С ЦЕЛЮ

А внутриутробного развития

Б формирования привязанности матери и ребенка

В профилактики сенсорной депривации

Г реабилитации недоношенных младенцев

84. РЕБЕНОК ПРОЯВЛЯЕТ ПОВЕДЕНИЕ ПРИВЯЗАННОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННО

А в первый месяц жизни

Б в 7 месяцев

В в 3 месяца

Г после 12 месяцев

85. ФИКСАЦИЯ НА СТАДИИ МАНИПУЛЯТИВНОЙ ИГРЫ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ДЕТЕЙ С

А ранним детским аутизмом

Б невротическими расстройствами

В психопатией

Г Заиканием

86. ОБИРАНИЕ ПИРАМИД, МАТРЕШЕК, СТАКАНЧИКОВ-ВКЛАДЫШЕЙ, ЗАКРЫВАНИЕ КОРОБОК КРЫШКАМИ, ЯВЛЯЮТСЯ ПРИМЕРАМИ _____ ДЕЙСТВИЙ

А соотносящих

Б автоматических

В орудийных

Г Ролевых

87. КАЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ НАРУШЕНИЙ
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

А может использоваться для дифференциации недоразвития и задержанного психического развития

Б используется для описания мышления детей в норме, а не в патологии

Вне может использоваться для дифференциации недоразвития и задержанного психического развития

Г является задачей клинико-феноменологической квалификации психиатра

88. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ) ИССЛЕДОВАНИЕ, СОГЛАСНО ПОРЯДКУ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ, УТВЕРЖДЕННОГО ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 12 ЯНВАРЯ 2017 Г. № 3Н, ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРОВОДИТСЯ

А только при установлении степени выраженности психических расстройств

Б только в отношении несовершеннолетних

В всегда

Г только в отношении сложных диагностических случаев

89. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ОСТРОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

А острота психопатологической симптоматики

Б продолжительность межприступного периода

В длительность клинических проявлений

Г выраженность аффективных и бредовых расстройств

90. КРИТЕРИЯМИ ОГРАНИЧЕННОЙ ВМЕНЯЕМОСТИ ПРИ ФОРМИРУЮЩЕМСЯ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ

А диссоциальный симптомокомплекс, эмоциональная неустойчивость, аффектогенные типы реагирования в структуре личности

Б парциальный психический инфантилизм, дисгармония личности, дисфорическая реакция в период правонарушения

В резко очерченная дисгармоничность психики с патологической кризовой симптоматикой, психический инфантилизм с тотальной психической незрелостью всех сфер

Г выраженная дисгармоничность психики, патологические кратковременные аффектогенные состояния в период правонарушения

91. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВНЕЗАПНО ВОЗНИКШЕГО СИЛЬНОГО ДУШЕВНОГО ВОЛНЕНИЯ У ОБВИНЯЕМОГО ВХОДИТ В КОМПЕТЕНЦИЮ

А эксперта-психиатра

Б суда

В эксперта-психолога

Г психолога и психиатра

92. КРИТЕРИЯМИ ВМЕНЯЕМОСТИ ПРИ ФОРМИРУЮЩЕМСЯ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ

А резко очерченная дисгармоничность психики с патологической кризовой симптоматикой, психический инфантилизм с тотальной психической незрелостью всех сфер

Б диссоциальный симптомокомплекс, эмоциональная неустойчивость, аффектогенные типы реагирования в структуре личности

В парциальный психический инфантилизм, дисгармония личностных характеристик, дисфорическая реакция в период правонарушения

Г выраженная дисгармоничность психики, патологические кратковременные аффектогенные состояния в период правонарушения

93. ВОЕННАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

А пригодности к воинской службе

Б оценки лиц с патохарактерологическим развитием личности

В отбора лиц с пограничными расстройствами

Г выявления лиц с олигофренией

94. НЕВОЗМОЖНОСТЬ РЕШЕНИЯ ЭКСПЕРТНЫХ ВОПРОСОВ В

АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА С ВЫЯВЛЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А аутохтонной экзацербации психотического состояния

Б полиморфной структуры психоза

В длительной ремиссии

Г выраженных негативных расстройств

95. РЕКОМЕНДАЦИЯ АМБУЛАТОРНОГО ПРИНУДИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ СО СТОЙКОЙ РЕМИССИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОБОСНОВАННОЙ ПРИ

А наличии социальных проблем, требующих решения с участием пациента

Б необходимости переосвидетельствования медико-социальной экспертной комиссией

В применении в прошлом амбулаторного принудительного наблюдения и лечения

Г отсутствии склонности к употреблению психоактивных веществ

96. ПРИ РАЗДРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ ПЕРВИЧНЫХ ПОЛЕЙ ЗАТЫЛОЧНОЙ КОРЫ ВОЗНИКАЮТ

А слуховые вербальные галлюцинации

Б ощущения движений языка

В элементарные зрительные ощущения типа «фотопсий»

Г сложные зрительные галлюцинации

97. НАРУШЕНИЯ ПРАКСИСА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ЛЕВОГО ПОЛУШАРИЯ БУДУТ НАБЛЮДАТЬСЯ

А только в правой руке

Б в обеих руках

В только в левой ноге

Г только в левой руке

98. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ОБОБЩЕНИЯ И ИСКАЖЕНИЯ ПРОЦЕССА ОБОБЩЕНИЯ ОТНОСЯТ К НАРУШЕНИЮ

А саморегуляции поведения

Б операциональной стороны мышления

В личностного компонента

Г процесса внешней опосредованности познавательной деятельности

99. ПРИ ПОРАЖЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ УЧАСТКОВ МОЗГА ОДНА И ТА ЖЕ ПСИХИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ НАРУШАЕТСЯ

А одинаково у людей одной возрастной группы

Б всегда одинаково, независимо от того, какой участок мозга поражен

В по-разному в зависимости от массы пораженного мозга

Г по-разному, в зависимости от того, какой участок мозга поражен

100. НАУКА О ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЧИНАХ ЗДОРОВЬЯ, О МЕТОДАХ И СРЕДСТВАХ ЕГО СОХРАНЕНИЯ, УКРЕПЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

А психологией здоровья

Б психиатрией

В психосоматикой

Г Невропатологией

5. Библиотечно-информационное обеспечение

Основные источники литературы:

1. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия [Электронный ресурс]: учебное пособие / М.Е. Бурно. - Электрон. текстовые данные. - М.: Академический Проект, Деловая книга, 2012. - 800 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/36380.html>
2. Детская патопсихология [Электронный ресурс]: хрестоматия / Электрон. текстовые данные. - М.: Когито-Центр, 2010. - 351 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/15245.html>
3. Зейгарник, Б.В. Патопсихология: учеб. пособие для студентов высших учебных заведений / Б.В. Зейгарник. - М.: Академия, 2014. – 207 с.
4. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна – Спб.: Питер, 2012. (3 экз.)
5. Кулганов В.А. Прикладная клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие / В.А. Кулганов, В.Г. Белов, Ю.А. Парфёнов. - Электрон. текстовые данные. - СПб.: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012. - 444 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/22985.html>
6. Медицинская и судебная психология. Курс лекций [Электронный ресурс] / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова - М.: БИНОМ, 2016. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785985634198.html>
7. Медицинская психология [Электронный ресурс]: учебник/ Ю.Г. Фролова - Минск: Выш. шк., 2016. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9789850627711.html>
8. Психиатрия и медицинская психология [Электронный ресурс]: учебник / И.И. Иванец и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438947.html>
9. Психиатрия, медицинская психология [Электронный ресурс] / Петрова Н.И. - М.: КНОРУС, 2017. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785406049365.html>
10. Психосоматика: телесность и культура: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений, обучающ. по направлению "Психология" и спец. "Клиническая психология" / под ред. В.В. Николаевой ; МГУ им. М.В. Ломоносова. Психол. фак. – М.: Академ. Проект, 2009. – 311 с.
11. Фролова Ю.Г. Медицинская психология [Электронный ресурс]: учебное пособие / Ю.Г. Фролова. - Электрон. текстовые данные. - Минск: Высшэйшая школа, 2011. - 383- с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21745.html>

Дополнительные источники литературы:

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология: учебник для акад. бакалавриата: для студентов высших учебных заведений, обучающихся по психол. направлениям и специальностям / Б.В. Зейгарник; МГУ им. М. В. Ломоносова, фак. психологии. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Юрайт, 2014. - 367 с.
2. Балашова С.В. Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии [Электронный ресурс]: пособие для самостоятельной работы для студентов факультета клинической психологии, для клинических психологов / С.В. Балашова. - Электрон. текстовые данные. - Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2009. - 39 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21837.html>
3. Балашова С.В. Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии / С.В. Балашова, Г.И. Дереча. - Электрон. текстовые данные. - Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2013. - 234 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/51461.html>
4. Волков Б.С. Методология и методы психологического исследования [Электронный ресурс]: учебное пособие для вузов / Б.С. Волков, Н.В. Волкова, А.В. Губанов - Электрон. текстовые данные. - М.: Академический Проект, 2015.- 383 с.- Режим доступ <http://www.iprbookshop.ru/36747.html>
5. Глозман Ж.М. Нейропсихологическое обследование. Качественная и количественная оценка данных [Электронный ресурс]: учебное пособие / Глозман Ж.М. - Электрон. текстовые данные. - Саратов: Вузовское образование, 2013. - 263 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/11298>
6. Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста [Электронный ресурс]: учебное пособие / Ж.М. Глозман. - Электрон. текстовые данные. - Саратов: Вузовское образование, 2013. -254 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/11250.html> (+11 экз. 2009 года)
7. Дереча Г.И. Психопатология и патопсихология расстройств личности у больных алкоголизмом [Электронный ресурс]: клинко-системное исследование / Г.И. Дереча. - Электрон. текстовые данные. - Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2010. - 154 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21850.html>
8. Дьяконов И.Ф. Технологии сохранения и укрепления психического здоровья [Электронный ресурс] / И.Ф. Дьяконов, Б.В. Овчинников, Г.П. Костюк. - Электрон. текстовые данные. -СПб. : СпецЛит, 2010. - 300 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/45726.html>
9. Капустин С.А. Критерии нормальной и аномальной личности в психотерапии и психологическом консультировании [Электронный ресурс] / С.А. Капустин. - Электрон. текстовые данные. - М.: Когито-Центр, 2014. - 240 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/51921.html>
10. Клиническая психология: учеб. для студентов высш. учеб. заведений, обучающихся по направлению и специальностям психологии: в 4 т. / под ред. А. Б. Холмогоровой ; Моск. гор. психол.-педагог. ун-т, каф. клин. психологии и психотерапии. - М.: Академия, 2010 (1 экз.)

11. Клиническая психология: учеб. для студентов мед. вузов и фак. клин. психологии / под ред. Б.Д. Карвасарского. - СПб: Питер, 2008, 2013.

12. Клиническая психология: учебник для студентов мед. вузов / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. – 3-е изд., исправ. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 879 с

13. Кондрашенко В.Т. Общая психотерапия [Электронный ресурс]: учебное пособие / В.Т. Кондрашенко, Д.И. Донской, С.А. Игумнов. - Электрон. текстовые данные. - Минск: Вышэйшая школа, 2012. - 496 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20234.html>

14. Консультативная психология: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений, обучающихся по направлению " Психология" и психологическим специальностям / Е. Е. Сапогова. - М.: Академия, 2008. - 349 с.

15. Линде, Н. Д. Психологическое консультирование. Теория и практика: учеб. пособие для студентов вузов / Н. Д. Линде. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Аспект Пресс, 2013.

16. Мальцева Т.В. Профессиональное психологическое консультирование [Электронный ресурс]: учебное пособие / Т.В. Мальцева, И.Е. Реуцкая. - Электрон. текстовые данные. - М.ЮНИТИ-ДАНА, 2012. — 143 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/16285.html>

17. Марилов, В.В. Общая психопатология: учеб. пособие для вузов. – М.: Академия, 2009 . –220 с.

18. Методы нейропсихологической диагностики [Электронный ресурс] : мультимедийное учеб. пособие / В. Б. Никишина, И. В. Запесоцкая ; Курск. гос. мед. ун-т, каф. психологии здоровья и коррекц. психологии. - Электрон. дан. - Курск: КГМУ, 2017.

19. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений, обучающихся по направлению и специальностям психологии / В.В. Лебединский. - 6-е изд., стер. - М.: Академия, 2011. - 142 с.

20. Основы консультативной психологии [Электронный ресурс] : учебное пособие / Электрон. текстовые данные. - Ставрополь: Северо-Кавказский федеральный университет, 2014. -213 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/62857.html>

21. Основы психологического консультирования и психологической коррекции / О.В. Хухлаева - 6-е изд., стер. - М.: Академия, 2008-203с.

22. Патопсихология [Электронный ресурс]: хрестоматия / Электрон. текстовые данные. -М.: Когито-Центр, 2000. - 289 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/15568.html>

23. Патопсихология детского и юношеского возраста: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Н. В. Зверева, О. Ю. Казьмина, Е. Г. Каримулина. - М.: Академия, 2008. - 202с.

24. Пахальян В.Э. Психологическое консультирование [Электронный ресурс]: учебное пособие / В.Э. Пахальян. - Электрон. текстовые данные. -

Саратов: Вузовское образование, 2015. -311 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/29299.html>

25. Практикум по общей и медицинской психологии [Электронный ресурс]: учебное пособие / В.В. Мариллов [и др.]. - Электрон. текстовые данные. - М.: Российский университет дружбы народов, 2011. - 232 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/11575.html>

26. Проблемы межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия [Электронный ресурс]: мультимедийное учеб. пособие [для студентов обучающихся по специальности "Психология", Клиническая психология"] / И. В. Запесоцкая, В. Б. Никишина ; Курск. гос. мед. ун-т, каф. психологии здоровья им коррекц. психологии. - Электрон. дан. - Курск: КГМУ, 2017.

27. Психологическое консультирование и психологическая коррекция : учеб. для бакалавров : для студентов вузов, обучающихся по гуманитар. направлениям и специальностям / О. В. Хухлаева, О. Е. Хухлаев ; Моск. гор. психол.-пед. ун-т. - М.: Юрайт, 2014. - 423 с.

28. Психотерапия: теория и практика : учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений, обучающихся по направлению и специальности "Психотерапия" / Е.Т. Соколова. - 3-е изд., стер.- М.: Академия, 2008. - 368 с.

29. Сафуанов, Ф. С. Судебно-психологическая экспертиза: учеб. для акад. бакалавриата: для студентов ВПО, обучающихся по направлению подготовки (специальности) 030300 Психология, 030401 Клин. психология ФГОС ВПО / Ф. С. Сафуанов ; Моск. город. психол.-пед. ин-т. -М.: Юрайт, 2015. - 421 с.

30. Сенсорные факторы физиологической активности мозга человека [Электронный ресурс]: мультимедийное учебное пособие / В. Б. Никишина [и др.]. ; Курск. гос. мед. ун-т, каф. психологии здоровья и коррекц. психологии. - Электрон. дан. - Курск: КГМУ, 2017.

31. Сирота, Н.А. Профилактика наркомании и алкоголизма: учеб. пособие для студентов высш. Учеб. Заведений, гуманитар. Л-ры обучающихся по направлению и специальностям психологии /Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский. – М.: Академия, 2009, 2008.

32. Цветкова Л. С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения : избранные психол. тр. / Л. С. Цветкова ; РАО, Моск. Психол.-соц. ин-т. – М.: МПСИ ; Воронеж : МОДЭК, 2011. – 743с.

33. Шамрей В.К. Психотерапия [Электронный ресурс] / В.К. Шамрей, В.И. Курпатов. -Электрон. текстовые данные. - СПб: СпецЛит, 2012. - 505 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/47833.html>

34. Шамрей В.К. Расстройства психосоматического спектра: патогенез, диагностика, лечение [Электронный ресурс] / В.К. Шамрей, А.А. Краснов. - Электрон. текстовые данные. - СПб: СпецЛит, 2013. - 288 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/47760.htm>

Программное обеспечение
Microsoft Office.

Мультимедийные пособия

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» »
<https://www.studentlibrary.ru/>
2. Электронно-библиотечная система «Консультант врача»
<http://www.rosmedlib.ru>
3. Электронно-библиотечная система «Знаниум» ООО «ЗНАНИУМ», договор № 1128 от 31.08.2023 www.znanium.com
4. Электронно-библиотечная система «Юрайт» www.urait.ru
5. Электронно-библиотечная система «Знаниум» www.znanium.com
6. Электронно-библиотечная система «Рукопт» <https://lib.rucont.ru/search>
7. Электронно-библиотечная система «IPRsmart» www.iprbookshop.ru/
8. Консультант Плюс: справочно-правовая система
<http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=home>
9. База данных «Электронная коллекция учебных и учебно-методических материалов ЯГМУ» http://lib.yma.ac.ru/buki_web/bk_cat_find.php