федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

по направлению подготовки (специальности)

37.05.01 «Клиническая психология»

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

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

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

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

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

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

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

***ОК-7*** – готовностью к саморазвитию, самореализации, использованию творческого потенциала;

***ПК-1*** – готовностью разрабатывать дизайн психологического исследования, формулировать проблемы и гипотезы, планировать и проводить эмпирические исследования, анализировать и обобщать полученные данные в виде научных статей и докладов;

***ПК-3*** – способностью планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое обследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этико-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик;

***ПК-4*** – способностью обрабатывать и анализировать данные психодиагностического обследования пациента, формулировать развернутое структурированное психологическое заключение, информировать пациента (клиента) и медицинский персонал (заказчика услуг) о результатах диагностики и предлагаемых рекомендациях.

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

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РУБЕЖНОГО КОНТРОЛЯ ПО МОДУЛЯМ ДИСЦИПЛИНЫ:**

**Модуль 1. Развитие методологии научных исследований в клинической психологии**

1. Дайте определение понятию "метод".
2. Дайте определение понятию "методика".
3. Дайте определение понятию "методология".
4. В чем заключается главное предназначение принципов методологии?
5. Перечислите (кратко) основные методологические принципы клинической психологии.

**Модуль 2. Развитие теорий личности и их значение для разработки научных основ клинико-психологической диагностики и вмешательства**

1. Перечислите (кратко) основные методологические направления клинической психологии.
2. Что является предметом исследования в клинической психологии?
3. Дайте определение психическому процессу и перечислите основные психические процессы.
4. Что характеризуют психические свойства? Что относится к психическим свойствам?
5. Дайте определение психическим состояниям по Н.Д, Левитову. Перечислите основные психические состояния.
6. Назовите критерии ясности сознания по Карлу Ясперсу.
7. В каких трех аспектах (сферах) следует проводить патопсихологическую оценку расстройств личности?

**Модуль 3. Нарушения психических процессов и личности при различных психических расстройствах, патопсихология**

1. Назовите виды регистров психических расстройств и укажите соответствующие им психические расстройства.
2. Назовите психологические методы исследования.
3. Что включает клинико-психологический метод?
4. Что включает экспериментально-психологический метод?
5. Что включает социально-психологический метод?
6. Перечислите параклинические («биологические») методы исследования. С какой целью они применяются?
7. В чем состоит патопсихологический подход к изучению психических расстройств?
8. На что направлен нейропсихологический метод исследования?
9. Какой метод исследования является центральным в патопсихологии?
10. Назовите основную и частную задачи патопсихологии.
11. Какие два общих (интегративных) регистра психических расстройств принято выделять?
12. Чем характеризуются психотические расстройства?
13. Чем характеризуются допсихотические расстройства?

**Модуль 4. Роль нейропсихологии индивидуальных различий человека в клинической психологии**

1. Что изучает нейропсихология?
2. Какие пункты включает нейропсихологическое исследования с точки зрения А.Р. Лурия?
3. Перечислите клинические задачи, которые решаются с помощью нейропсихологического исследования.

**Модуль 5. Междисциплинарные связи нейропсихологии: нейронауки, информатика, лингвистика**

1. Раскройте содержание основных нейропсихологических факторов.
2. Какие вопросы включает клинико-синдромный анализ с целью выявления нарушенного нейропсихологического фактора?
3. Как соотносятся понятия "психическая функция", "нейропсихологический фактор", "нейропсихологический симптом", "нейропсихологический синдром"?

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1. Развитие методологии научных исследований в клинической психологии**

**Тема 1.** *Развитие методологии научных исследований в клинической психологии*

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

* Устный опрос
* Тестирование
* Письменный опрос *(рубежный контроль по модулю)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Понятие нормы в клинической психологии.

2. Понятие аномалии развития и патологии.

3. Изучение проблем разграничения нормы и патологии, уровней здоровья.

4. Изучение проблем развития и нарушений психики.

5. Соотношение биологического и психосоциального, психосоматического и соматопсихического.

6. Парадигмы психического здоровья.

7. Проблемы психической адаптации и компенсации.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ОКАЗЫВАЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ СЛЕДУЮЩИХ ОБЩЕТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ ПСИХОЛОГИИ, КРОМЕ:
	1. анализа компонентов, входящих в состав психических процессов;
	2. изучения соотношения развития и распада психики;
	3. разработки философско-психологических проблем;
	4. установления роли личностного компонента в структуре различных форм психической деятельности;
	5. клинико-патопсихологический подход в диагностике психических расстройств.
2. КАКАЯ ЭТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ПОЛУЧИЛА НАИБОЛЬШЕЕ РАЗВИТИЕ В ПОСЛЕДНЕЙ ЧЕТВЕРТИ XX В.?
	1. модель Гиппократа;
	2. биоэтика;
	3. деонтологическая модель;
	4. модель Парацельса;
	5. этическое учение Платона.
3. КАКОЙ ПРИНЦИП В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ МОЖЕТ КОНКРЕТИЗИРОВАТЬСЯ КАК ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ?
4. принцип единства сознания и деятельности;
5. принцип развития;
6. принцип личностного подхода;
7. принцип структурности;
8. принцип индивидуализации исследования.
9. КТО ВВЕЛ В ОБРАЩЕНИЕ ТЕРМИН «ДЕОНТОЛОГИЯ»?
10. Декарт;
11. Спиноза;
12. Бентам;
13. Бубер;
14. Сократ.
15. КАК НАЗЫВАЮТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ, ОТЧЕТЛИВО СВЯЗАННЫЕ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ФУНКЦИЯМИ:
16. психодинамические;
17. психофизиологические
18. биопсихические;
19. нейрофизиологические;
20. биохимические.
21. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЯЕМЫХ СТАДИЙ НЕ ВХОДИТ В ЧИСЛО ФАЗ ОПИСАННОГО Г. СЕЛЬЕ АДАПТАЦИОННОГО СИНДРОМА:
22. истощения;
23. тревоги;
24. генерализации;
25. сопротивления;
26. верно «3» и «4».
27. СОСТОЯНИЯ ПОЛНОГО ИЛИ ЧАСТИЧНОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ НАРУШЕННЫХ В СВЯЗИ С БОЛЕЗНЬЮ ФУНКЦИЙ НАЗЫВАЕТСЯ
28. адаптацией;
29. компенсацией;
30. гиперкомпенсацией;
31. кооперацией;
32. атрибуцией.
33. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:
	* 1. отработке практических навыков;
		2. повышении уровня знаний;
		3. установлении эмоциональной дистанции с больными;
		4. совершенствовании профессионализма, установлении адекватной эмоциональной дистанции с больными, формировании индивидуального врачебного «имиджа»;
		5. установлении дружеских отношений с коллегами.
34. АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТА К УСЛОВИЯМ СТАЦИОНАРА ДЛИТСЯ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО:
	1. около 5 дней;
	2. около 2 недель;
	3. первые два дня госпитализации;
	4. 15 дней;
	5. первые 6 часов госпитализации.
35. АДАПТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА РЕДУКЦИЮ ПАТОГЕННОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ, ПРЕДОХРАНЯЯ ОТ БОЛЕЗНЕННЫХ ЧУВСТВ И ВОСПОМИНАНИЙ, А ТАКЖЕ ОТ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, НАЗЫВАЮТ:
36. копинг-механизмами;
37. механизмами психологической защиты;
38. компенсаторными психологическими механизмами;
39. адаптивными психологическими реакциями;
40. блокирующими психологическими механизмами.
41. ПРЕОДОЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ И СВЯЗАННЫХ С НЕЙ ТРУДНОСТЕЙ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОСОМАТИКЕ НАЗЫВАЮТ ТЕРМИНОМ:
42. психологическая защита;
43. сила Я;
44. копинг;
45. отреагирование;
46. инсайт.
47. В ПРЕОДОЛЕНИИ СТРЕССА ВАЖНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ:
48. механизмы психологической защиты;
49. вид стрессора;
50. психологические стратегии совладания со стрессом;
51. психологические ресурсы преодоления стресса;
52. верно все, кроме «2».

**Модуль 2. Развитие теорий личности и их значение для разработки научных основ клинико-психологической диагностики и вмешательства**

**Тема 1.** *Развитие теорий личности и их значение для разработки научных основ клинико-психологической диагностики и вмешательства*

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

* Устный опрос
* Тестирование
* Письменный опрос *(рубежный контроль по модулю)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Проблема личности в клинической психологии.

2. Основные подходы к пониманию личности в психологии.

3. Понимание патологии (болезни) представителями различных направлений в психологии.

4. Теории личности в рамках развития отечественной и зарубежной психологии.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. ЛИЧНОСТЬ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ РЕЗУЛЬТАТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПОСОБНОСТЕЙ, ПРОШЛОГО ОПЫТА И ОЖИДАНИЙ ИНДИВИДУУМА, С ОДНОЙ СТОРОНЫ, И ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ —С ДРУГОЙ, ПО МНЕНИЮ:
2. бихевиористов;
3. гештальтистов;
4. психоаналитиков;
5. когнитивистов;
6. гуманистов.
7. ЛИЧНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА В ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ МЕРЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ ОЦЕНКУ ИМ СИТУАЦИИ, А ТАКЖЕ ТО, ОТКУДА ИСХОДИТ КОНТРОЛЬ ЗА ЕГО ПОСТУПКАМИ, ПО МНЕНИЮ:
8. бихевиористов;
9. гештальтистов;
10. фрейдистов;
11. когнитивистов;
12. гуманистов.
13. ВЛИЯНИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ НА ПОВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА ПОДЧЕРКИВАЕТ ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТИ:
14. аналитическая;
15. гуманистическая;
16. когнитивная;
17. деятельностная;
18. социального научения.
19. ТЕОРИИ ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ ПЫТАЮТСЯ ОПИСЫВАТЬ ЛИЧНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА НА ОСНОВАНИИ:
20. его физической конституции;
21. тех моделей, которым он подражает;
22. факторов, контролирующих его поступки;
23. его индивидуально-психологических особенностей;
24. его психофизиологических особенностей.
25. В СХЕМЕ ЛИЧНОСТИ Г. АЙЗЕНКА ВЫДЕЛЯЮТСЯ ДВА ИЗМЕРЕНИЯ: СТАБИЛЬНОСТЬ/НЕСТАБИЛЬНОСТЬ И:
26. подвижность/уравновешенность;
27. экстраверсия/интроверсия;
28. экстрапунитивность/интропунитивность;
29. психотизм/депрессия;
30. сила/подвижность.
31. БИХЕВИОРИСТСКИЙ ПОДХОД РАССМАТРИВАЕТ ЧЕЛОВЕКА КАК РЕЗУЛЬТАТ:
32. постижения им последствий своего поведения;
33. когнитивной интерпретации различных ситуаций;
34. конфликтов между познавательными силами и реальностью;
35. взаимодействий между людьми;
36. самоактуализации.
37. ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ ТЕОРИИ ЧЕРТ ЯВЛЯЕТСЯ:
38. Г. Олпорт;
39. Г. Айзенк;
40. К. Роджерс;
41. К. Левин;
42. А. Бандура.
43. ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
44. К. Юнг;
45. А. Адлер;
46. Фрейд;
47. Э. Фромм;
48. К. Хорни.
49. МНОГИЕ ЧЕРТЫ ЛИЧНОСТИ ОБУСЛОВЛЕНЫ ПОЛОВЫМИ ВЛЕЧЕНИЯМИ, ПОДАВЛЯЮЩИМИСЯ В ДЕТСТВЕ, СОГЛАСНО:
50. ассоцианизму;
51. бихевиоризму;
52. когнитивизму;
53. психоанализу;
54. гештальт-теории.
55. ПРИНЦИП, ЧТО ЧУВСТВА И ПОВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ НЕАДЕКВАТНЫМИ, КОГДА ИСТОЛКОВАНИЕ ИМ СИТУАЦИЙ ОСНОВАНО НА ИРРАЦИОНАЛЬНЫХ МЫСЛЯХ, ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ПОДХОДА:
56. бихевиорального;
57. когнитивного;
58. деятельностного;
59. психоаналитического;
60. феноменологического.
61. ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ЗАЩИТЫ БЫЛА ВПЕРВЫЕ РАЗРАБОТАНА:
62. в гештальтпсихологии;
63. в гуманистической психологии;
64. в бихевиоризме;
65. в психоанализе;
66. в когнитивной психологии.
67. ТОЛЬКО ПОВЕДЕНИЕ, ПОДДАЮЩЕЕСЯ НАБЛЮДЕНИЮ, МОЖЕТ БЫТЬ ОПИСАНО ОБЪЕКТИВНО, ПО МНЕНИЮ:
68. гештальтистов;
69. фрейдистов;
70. бихевиористов;
71. когнитивистов;
72. гуманистов.
73. В КАЧЕСТВЕ ЭЛЕМЕНТОВ ЛИЧНОСТИ БИХЕВИОРИСТСКАЯ ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ НАЗЫВАЕТ:
74. задатки;
75. рефлексы или социальные навыки;
76. способности;
77. темперамент;
78. архетипы.
79. ОДНИМ ИЗ ОСНОВОПОЛОЖНИКОВ СОЦИАЛЬНОГО НАУЧЕНИЯ В ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
80. Дж. Уотсон;
81. Б. Скиннер;
82. А. Бандура;
83. К. Хорни;
84. Дж. Келли.
85. «РАСЦВЕТ» ЛИЧНОСТИ ЗАВИСИТ ОТ ТОГО, КАК ЧЕЛОВЕК СПРАВЛЯЕТСЯ С КАЖДЫМ ИЗ ВОСЬМИ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ КРИЗИСОВ, ЧЕРЕЗ КОТОРЫЕ ОН ПРОХОДИТ В ТЕЧЕНИИ СВОЕЙ ЖИЗНИ; СОГЛАСНО:
86. Э. Эриксону;
87. К. Бюлеру;
88. А. Валлону;
89. А. Маслоу;
90. М. Эриксону.
91. ЛИЧНОСТЬ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК СОВОКУПНОСТЬ Я-СОСТОЯНИЙ В КОНЦЕПЦИИ:
92. К. Роджерса;
93. А. Бандуры;
94. Э. Берна;
95. А. Маслоу;
96. Р. Бендлеру.
97. КАК НАЗЫВАЕТСЯ КОНЦЕПЦИЯ, СОГЛАСНО КОТОРОЙ ЧЕЛО­ВЕЧЕСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТЕМ, ПРИНИМАЕТ ЧЕЛОВЕК ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА РЕЗУЛЬТАТ ПОВЕДЕНИЯ НА СЕБЯ ИЛИ ВОЗ­ЛАГАЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ НА КОГО-ТО ИЛИ ЧТО-ТО В СРЕДЕ:
98. Концепция уровня ожиданий;
99. Концепция целевой установки;
100. Концепция эгоизма—альтруизма;
101. Концепция локуса контроля;
102. Концепция когнитивного диссонанса.
103. КТО РАЗРАБОТАЛ И ПРЕДЛОЖИЛ АССОЦИАТИВНЫЙ ЭКСПЕ­РИМЕНТ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ НЕОСОЗНАВАЕМЫХ АФФЕКТИВНЫХ ОБ­РАЗОВАНИЙ:
104. 3. Фрейд;
105. К. Юнг;
106. П. Жане;
107. И. Брейер;
108. А. Адлер.
109. КТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНО­ВАТЕЛЕМ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ:
110. Э. Эриксон;
111. Г. Олпорт;
112. А. Адлер;
113. В.М. Бехтерев;
114. А. Маслоу.
115. ПОНЯТИЯ ЭКСТРАВЕРСИИ И ИНТРОВЕРСИИ ВВЕЛ:
116. К. Юнг;
117. Ж. Пиаже;
118. К. Левин;
119. А. Адлер;
120. Г. Айзенк.
121. БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ СОЗРЕВАНИЯ ЛИЧНОСТИ СТАВИТ В ОСНОВУ ТАКОЙ ПОДХОД К РАЗВИТИЮ ЛИЧНОСТИ:
122. психогенетический;
123. социогенетический;
124. биогенетический;
125. двухфакторный;
126. психодинамический.
127. ИЕРАРХИЧЕСКУЮ ПИРАМИДУ ПОТРЕБНОСТЕЙ РАЗРАБОТАЛ:
128. К. Роджерс:
129. А. Маслоу:
130. Г. Олпорт;
131. В. Кёлер;
132. К. Левин.
133. В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ, ЧЕМ ТЕОРИЯ ДРУГИХ ПСИХОАНАЛИТИКОВ, ОРИЕНТИРОВАНА НА РАССМОТРЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОВЕДЕНИЯ КОНЦЕПЦИЯ:
134. К. Юнга;
135. А. Адлера;
136. К. Хорни;
137. Э. Фромма;
138. В. Райха.
139. ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ КОНЦЕПЦИИ ОТНОШЕНИЙ ЛИЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
140. Л.С. Выготский;
141. В.А. Ядов;
142. А.Н. Мясищев;
143. А.А. Бодалев;
144. С.Л. Рубинштейн.
145. КАКИЕ ПОНЯТИЯ НЕ ВХОДЯТ В КОНЦЕПЦИЮ ЛИЧНОСТИ В БИХЕВИОРИЗМЕ:
146. оперантноеобусловливание;
147. подкрепление;
148. классическое обуславливание;
149. систематическая десенсибилизация;
150. самоактуализация.
151. В ДЕЯТЕЛЬНОСТНОМ ПОДХОДЕ НАИБОЛЕЕ ПОПУЛЯРНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ МОДЕЛЬ ЛИЧНОСТИ:
152. двухкомпонентная;
153. трехкомпонентная;
154. четырехкомпонентная;
155. пятикомпонентная;
156. семикомпонентная.
157. С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СУБЪЕКТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛИЧНОСТЬ ИССЛЕДУЕТСЯ:
158. А.Н. Леонтьевым;
159. А.Ф. Лазурским;
160. К.К. Платоновым;
161. А.Г. Ковалевым;
162. Б.Г. Ананьевым.
163. КАК СОВОКУПНОСТЬ ВНУТРЕННИХ УСЛОВИЙ, ЧЕРЕЗ КОТОРЫЕ ПРЕЛОМЛЯЮТСЯ ВНЕШНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ, ТРАКТУЕТ ЛИЧНОСТЬ:
164. А.Н. Леонтьев;
165. С Л. Рубинштейн;
166. К. К. Платонов;
167. А. Г. Ковалев;
168. А.Р. Лурия.
169. ЛИЧНОСТЬ—СУБЪЕКТ И ОБЪЕКТ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ, ПО МНЕНИЮ:
170. А.Н. Леонтьева;
171. С.Л. Рубинштейна;
172. К.К. Платонова;
173. А. Г. Ковалева;
174. А.Ф. Лазурского.
175. КОНЦЕПЦИЯ ЛИЧНОСТИ КАК СОВОКУПНОСТИ СУБЪЕКТИВНЫХ ОТНОШЕНИЙ К СЕБЕ, ДРУГИМ И МИРУ БЫЛА ВЫДВИНУТА:
176. Э. Кречмером;
177. А.В. Петровским;
178. А.Ф. Лазурским;
179. В.М. Бехтеревым;
180. К.К. Платонов.
181. АВТОРОМ КОНЦЕПЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТНОГО ОПОСРЕДСТВОВАНИЯ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
182. А.В. Петровский;
183. А.Ф. Лазурский;
184. Б.Д. Парыгин;
185. Г.М. Андреева;
186. С.Л. Рубинштейн.
187. АВТОРОМ ИЕРАРХИЧЕСКОЙ СХЕМЫ ДИСПОЗИЦИОННОЙ РЕГУЛЯЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
188. А.Н. Леонтьев;
189. В.А. Ядов;
190. А.Н. Мясищев;
191. А.Г. Асмолов;
192. А.А. Бодалев.
193. К ТЕМПЕРАМЕНТУ НЕ СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬ ТОЛЬКО ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИКИ, КОТОРЫЕ ВЫРАЖАЮТСЯ В «ИМПУЛЬСИВНОСТИ» И «ВПЕЧАТЛИТЕЛЬНОСТИ», ПО МНЕНИЮ:
194. С.Л. Рубинштейна;
195. Б.М.Теплова;
196. В.Н. Небылииына;
197. И.П. Павлова;
198. В.М. Бехтерева
199. К ТЕМПЕРАМЕНТУ СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬ ТОЛЬКО ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИКИ, КОТОРЫЕ ВЫРАЖАЮТСЯ В ИМПУЛЬСИВНОСТИ И «ВПЕЧАТЛИТЕЛЬНОСТИ», СОГЛАСНО:
200. С.Л. Рубинштейну;
201. Б.М. Теплову;
202. В.Д. Небылицыну;
203. Л.С. Выготскому;
204. А.Н. Леонтьеву.
205. ТРИ ТАКИХ ВЕДУЩИХ КОМПОНЕНТА ТЕМПЕРАМЕНТА, КАК ОБЩАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ, ЕГО МОТОРИКА И ЭМОЦИОНАЛЬНОСТЬ, ПРЕДЛОЖИЛ ВЫДЕЛИТЬ:
206. С.Л. Рубинштейн;
207. Б.М. Теплов;
208. В.Д. Небылицын;
209. А.Н. Леонтьев;
210. Л.С. Выготский.
211. ПО И.П. ПАВЛОВУ, КЛАССИФИКАЦИЯ ТИПОВ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ДОЛЖНА БЫТЬ ОСНОВАНА НА УЧЕТЕ ПАРАМЕТРОВ:
212. сила, уравновешенность, подвижность;
213. активность - пассивность;
214. соотношения жидкостей в организме;
215. особенностей строения тела;
216. скорость и устойчивость нервных импульсов.
217. ПО И.П. ПАВЛОВУ, СИЛЬНЫЙ, УРАВНОВЕШЕННЫЙ И ПОДВИЖНЫЙ ТИП НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:
218. сангвиников;
219. флегматиков;
220. холериков;
221. меланхоликов;
222. атлетиков.
223. ПО И.П. ПАВЛОВУ, СИЛЬНЫЙ, НЕУРАВНОВЕШЕННЫЙ И ПОДВИЖНЫЙ ТИП НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:
224. сангвиников;
225. флегматиков;
226. холериков;
227. меланхоликов;
228. пикников.
229. ХАРАКТЕР ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СОВОКУПНОСТЬ ОСНОВНЫХ НАКЛОННОСТЕЙ, СОГЛАСНО:
230. В.Н. Мясищеву;
231. А.Н. Леонтьеву;
232. А.Ф. Лазурскому;
233. В.Д. Небылицыну;
234. Б.М. Теплову.
235. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДАЮТ ОСНОВАНИЯ СВЯЗЫВАТЬ АСОЦИАЛЬНОЕ, В ЧАСТНОСТИ — АГРЕССИВНОЕ, ПО­ВЕДЕНИЕ С ОСОБЕННОСТЯМИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ:
236. Гипоталамуса;
237. Гиппокампа;
238. Лимбической системы;
239. Ретикулярной формации;
240. Фронтальной коры.
241. С НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ И СПО­СОБНОСТИ К НАУЧЕНИЮ СВЯЗЫВАЮТ ПРОИСХОЖДЕНИЕ КАКОГО ИЗ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ:
242. Тревожное;
243. Нарцисстическое;
244. Диссоциальное;
245. Пассивно-агрессивное;
246. Шизоидное.
247. В ОТЛИЧИЕ ОТ К. ЛЕОНГАРДА, ОПИСАВШЕГО АКЦЕНТУАЦИИ ЛИЧНОСТИ, А.Е. ЛИЧКО:
248. Рассматривал акцентуации как проявление тем­перамента;
249. Считал их специфическими проявлениями под­росткового криза;
250. Соотносил акцентуации с характером как стерж­невым свойством личности;
251. Рассматривал акцентуации как предиктор психозов;
252. Предполагал, что акцентуации встречаются только у 12 – 15% населения.
253. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ЛУЧШЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОНЯТИЕ АК­ЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА/ЛИЧНОСТИ:
254. Результат длительного и/или неблагоприятного течения неврозов;
255. Вариант нормы;
256. Не приводящие к значительной социальной дизадаптации психопатии;
257. Мягкие дефектные состояния после латентных психотических расстройств;
258. Инициальный период расстройства личности.
259. АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:
260. Нормальные и патологические;
261. Явные и скрытые;
262. Временные и постоянные;
263. Нормативные и девиантные;
264. Ядерные и краевые.
265. КТО СФОРМУЛИРОВАЛ ДИНАМИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП ИЗУЧЕ­НИЯ ПСИХОПАТИЙ:
266. И.П. Павлов;
267. Р. Крафт-Эбинг;
268. П.Б. Ганнушкин;
269. О.В. Кербиков;
270. К. Леонгард.
271. ПО П.Б.ГАННУШКИНУ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ПСИХОПАТИЯХ (ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВАХ) ПОДРАЗУМЕВАЕТ НАЛИЧИЕ В ПОВЕДЕНИИ ТАКИХ ПРИЗНАКОВ КАК:
	1. Тотальность;
	2. Стабильность;
	3. Динамичность;
	4. Дезадаптация;
	5. Всех, кроме п. «3».
272. КОНЦЕПЦИЯ ЯДЕРНЫХ И КРАЕВЫХ ПСИХОПАТИЙ О.В. КЕРБИКОВА ВОСХОДИТ К РАБОТАМ:
273. Э. Крепелина;
274. Э. Кречмера;
275. Й. Шультца;
276. П.Б. Ганнушкина;
277. Р. Крафт-Эбинга.
278. В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ ПСИХОПАТИИ РАЗДЕЛЯЮТ­СЯ НА:
279. Ядерные, конституциональные;
280. Нажитые, патохарактерологические формиро­вания;
281. Органические;
282. Псевдоорганические;
283. Верно все, кроме указанного в п. «4».
284. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ВОЗНИКАЮТ В ПРЕДПОЧТИТЕЛЬ­НОМ ДЛЯ КАЖДОГО ИЗ ТИПОВ ВОЗРАСТЕ, НО, В ОБЩЕМ, ЧАЩЕ:
285. В подростковом или детском возрасте;
286. В ранней молодости;
287. В зрелом возрасте;
288. В возрасте до 9 лет;
289. В период адаптации к обучению в школе.
290. ДЛЯ КАКОГО ПОДХОДА К ПОНИМАНИЮ ИЗБЕГАЮЩЕГО РАС­СТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО ПРЕДСТАВЛЕНИЕ, ЧТО ДИС­ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ И ВЕРОВАНИЯ КОРЕНЯТСЯ В КРАЙНЕЙ КРИТИЧНОСТИ СО СТОРОНЫ РОДИТЕЛЕЙ НА РАННИХ ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ:
291. Психодинамического;
292. Гуманистического;
293. Когнитивно-поведенческого;
294. Трансперсонального;
295. Гештальт-подхода.
296. СОГЛАСНО ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ, НА КАКОЙ СТА­ДИИ РАЗВИТИЯ ЗАФИКСИРОВАНЫ ЛЮДИ С ЗАВИСИМЫМ РАС­СТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ:
297. Оральная;
298. Анальная;
299. Фаллическая;
300. Генитальная;
301. Латентная.
302. СОГЛАСНО ТЕОРИИ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ, КАКОЙ ТИП ПРИВЯЗАННОСТИ СВОЙСТВЕНЕН ЛЮДЯМ С ЗАВИСИМЫМ РАССТРОЙ­СТВОМ ЛИЧНОСТИ:
303. Безопасный;
304. Небезопасный;
305. Заземленный;
306. Аффективный;
307. Неадаптивный.
308. СВЕРХПРОЩАЮЩЕЕ ИЛИ ОТВЕРГАЮЩЕЕ ОТНОШЕНИЕ РОДИ­ТЕЛЕЙ К РЕБЕНКУ НА ОРАЛЬНОЙ ФАЗЕ РАЗВИТИЯ ПРЕДРАСПОЛА­ГАЕТ К РАССТРОЙСТВУ ЛИЧНОСТИ КАКОГО ТИПА:
309. Зависимое;
310. Избегающее;
311. Нарцисстическое;
312. Шизоидное;
313. Диссоциальное.
314. АНАНКАСТНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ СВЯЗАНО С А-ФИКСАЦИЕЙ ПОДОБНО ТОМУ, КАК ЗАВИСИМОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧ­НОСТИ — С Б-ФИКСАЦИЕЙ (В КАКОМ ПУНКТЕ СОДЕРЖАНИЕ А И Б ПРЕДСТАВЛЕНЫ ВЕРНО):
315. Генитальной — фаллической;
316. Анальной — оральной;
317. Оральной — анальной;
318. Латентной — фаллической;
319. Генитальной – анальной.
320. НА КАКОЙ ИЗ ТЕОРИЙ ОСНОВАНО ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ТОМ, ЧТО ЛЮДИ С ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ ВЕДУТ СЕБЯ В СООТВЕТСТВИИ С НЕРЕАЛИСТИЧЕСКИМИ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМИ О СОВЕРШЕНСТВЕ:
321. Гуманистической;
322. Психоаналитической;
323. Когнитивно-поведенческой;
324. Биологической;
325. Экзистенциальной.
326. В РАМКАХ КАКОГО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИВАЕТСЯ ПРЕДСТАВ­ЛЕНИЕ О ТОМ, ЧТО САМООПИСАНИЕ ТИПА «Я НЕАДЕКВАТНА И НЕ МОГУ УПРАВЛЯТЬ СОБСТВЕННОЙ ЖИЗНЬЮ» ПРИВОДИТ ЖЕНЩИ­НУ С ИСТЕРИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ К КОНЦЕНТ­РАЦИИ ВНИМАНИЯ НА СЕБЕ И ПОИСКУ ОДОБРЕНИЯ ЧЕРЕЗ ПРЕДЪЯВЛЕНИЕ ГИПЕРФЕМИНИННЫХ ПАТТЕРНОВ ПОВЕДЕНИЯ:
327. Психоаналитическое;
328. Гуманистическое;
329. Когнитивно-поведенческое;
330. Гештальт-психологическое;
331. Экзистенциальное.

**Модуль 3. Нарушения психических процессов и личности при различных психических расстройствах**

**Тема 1.** *Нарушения психических процессов и личности при различных психических расстройствах*

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

* Устный опрос
* Тестирование
* Письменный опрос *(рубежный контроль по модулю)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Генезис и структура патопсихологических синдромов.

2. Возрастной аспект патопсихологической семиотики.

3. Патопсихологическое исследование для изучения нарушенных психических функций.

4. Нарушения сознания.

5. Нарушения восприятия.

6. Нарушения памяти.

7. Клиническая и психологическая феноменология расстройств мышления.

8. Аномалии эмоционально-личностной сферы.

9. Патопсихологические механизмы нарушения и изменения мотивационно-потребностной сферы.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ВВЕДЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ОПОСРЕДОВАНИЯ УЛУЧШАЕТ ЗАПОМИНАНИЕ, В ТО ВРЕМЯ КАК У РЯДА БОЛЬНЫХ, НАОБОРОТ, УХУДШАЕТ. КТО ОПИСАЛ ЭТОТ ЭФФЕКТ:
2. А.Р. Лурия;
3. Б.В. Зейгарник;
4. Г.В. Биренбаум;
5. С.Г. Жислин;
6. Т. Рибо.
7. КТО ПРЕДЛОЖИЛ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАМЯТИ МЕТОДОМ ПИК­ТОГРАММЫ:
8. С.Я. Рубинштейн;
9. А.Р. Лурия;
10. Т. Рибо;
11. Б.В. Зейгарник;
12. Г.В. Биренбаум.
13. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ИЗУЧАЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ МЕТО­ДИКИ ВЫГОТСКОГО—САХАРОВА:
14. Понятийное мышление;
15. Конструктивный праксис;
16. Опосредованное запоминание;
17. Процессы абстрагирования;
18. Непосредственное запоминание.
19. ТАБЛИЦЫ ШУЛЬТЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ОБЪЕМА ВНИМАНИЯ, А ТАБЛИЦЫ ШУЛЬТЕ—ГОРБОВА ДЛЯ ИС­СЛЕДОВАНИЯ:
20. Устойчивости внимания;
21. Переключаемость внимания;
22. Динамической асимметрии внимания;
23. Концентрации внимания;
24. Объема внимания.
25. В ОТЛИЧИЕ ОТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПАТОПСИ­ХОЛОГИЯ ОПИРАЕТСЯ НА:
26. Особо тщательную стандартизацию;
27. Психофизиологическое представление о лич­ности;
28. Моделирование определенных ситуаций, в кото­рых проявляются исследуемые виды психичес­кой деятельности;
29. Стандартизацию норм по нозологическому при­знаку;
30. Знание психопатологическихсимптомокомплексов.
31. МЕТОДИКА Б.В. ЗЕЙГАРНИК «СООТНОШЕНИЕ ПОСЛОВИЦ, МЕТАФОР И ФРАЗ» НАПРАВЛЕНА НА ДИАГНОСТИКУ:
32. Осведомленности;
33. Интеллекта;
34. Комбинаторики;
35. Шизофренических расстройств мышления;
36. Памяти.
37. МЕТОДИКА ДЕМБО—РУБИНШТЕЙН ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:
38. Тест уровня самооценки;
39. Экспериментально-психологическую методику изучения свойств личности по самооценке;
40. Экспериментально-психологическую методику изучения самооценки;
41. Опросник черт личности;
42. Проективную методику изучения ценностно-смысловой сферы.
43. ЦЕЛЕВЫЕ УСТАНОВКИ ПРОБЫ БУРДОНА И МАТРИЦ РАВЕНА СООТНОСЯТСЯ КАК:
44. Предпосылки интеллекта — интеллект;
45. Интеллект — мышление;
46. Ригидность — гибкость;
47. Частное – общее;
48. Не соотносятся.
49. ДЛЯ КАКОЙ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ЦЕЛЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ОБЫЧ­НО ШКАЛА ДЕПРЕССИИ М. ГАМИЛЬТОНА:
50. Оценка структуры депрессии;
51. Дифференциация невротической и эндогенной депрессии;
52. Выявление соматогенных депрессий;
53. Контроль эффективности антидепрессантов;
54. Верно все перечисленное выше.
55. УКАЖИТЕ, ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАБЛЮДАЮТСЯ НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ И ИНТЕЛЛЕКТА
56. прогрессивный паралич;
57. сосудистые заболевания мозга;
58. травмы головного мозга;
59. опухоли головного мозга;
60. все перечисленные выше заболевания.
61. СУЩЕСТВЕННЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ВНИМАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ УКАЗАННЫЕ, КРОМЕ:
	1. устойчивость;
	2. разноплановость;
	3. переключаемость;
	4. концентрация;
	5. объем.
62. БУКВЕННУЮ КОРРЕКТУРНУЮ ПРОБУ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНИМАНИЯ ПРЕДЛОЖИЛ:
	1. Шульте;
	2. Векслер;
	3. Бурдон;
	4. Бине;
	5. Айзенк.
63. ОСНОВАТЕЛЕМ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ШКОЛЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
	1. Лебединский;
	2. Лазурский;
	3. Ананьев;
	4. Зейгарник;
	5. Рубинштейн.
64. К ТИПИЧНЫМ НАРУШЕНИЯМ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ УКАЗАННЫЕ, КРОМЕ:
	1. резонерства;
	2. разноплановости;
	3. соскальзывания;
	4. склонности к детализации;
	5. неологизмов.
65. ПАМЯТЬ МОЖЕТ ХАРАКТЕРИЗОВАТЬСЯ ВСЕМИ УКАЗАННЫМИ ВИДАМИ, КРОМЕ:
	1. оперативной;
	2. познавательной;
	3. кратковременной;
	4. отсроченной;
	5. зрительной.
66. ТИПИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ УКАЗАННЫЕ, КРОМЕ:
	1. замедленности;
	2. тугоподвижности;
	3. актуализации малозначимых «латентных» признаков;
	4. вязкости;
	5. обстоятельности.
67. ПРИНЦИП ПОСТРОЕНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТА –
68. направленность на качественный анализ психической деятельности больных;
69. стандартизация условий исследования, ограничение времени;
70. наличие специального оборудования;
71. направленность на количественный анализ психической деятельности больных;
72. нет верного ответа.
73. РАЗНОПЛАНОВОСТЬ МЫШЛЕНИЯ И ИСКАЖЕНИЕ ПРОЦЕССОВ ОБОБЩЕНИЯ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ:
74. эпилепсии;
75. депрессии;
76. шизофрении;
77. олигофрении;
78. астении.
79. КОРСАКОВСКИЙ СИНДРОМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ ....
80. эпилепсии;
81. неврозах;
82. депрессиях;
83. алкоголизме;
84. психопатиях.
85. КТО ВПЕРВЫЕ ПРЕДПРИНЯЛ ПОПЫТКУ ВЫДЕЛЕНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ?
86. Б. В. Зейгарник;
87. И. А. Кудрявцев;
88. А. Р. Лурия;
89. В. М. Бехтерев;
90. нет верного ответа.
91. К ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКЕ НЕ ОТНОСИТСЯ
92. галлюцинации;
93. бред;
94. сверхценные идеи;
95. апатия;
96. нет верного ответа.
97. К НЕГАТИВНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКЕ ОТНОСИТСЯ
98. навязчивые действия
99. галлюциноз
100. абулия
101. бред
102. сверхценные идеи.
103. ЗАВИСИМОСТЬ ПРОТЕКАНИЯ НАРУШЕНИЙ ОТ ВРЕМЕНИ ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПРИ
104. шизофрении;
105. МДП;
106. эпилепсии;
107. олигофрении;
108. нет верного ответа.
109. В «РЕАКТИВНУЮ ТРИАДУ» ЯСПЕРСА НЕ ВХОДИТ ОДНА ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ХАРАКТЕРИСТИК:
110. реактивное состояние вызывается психической травмой;
111. психогенно-травмирующая ситуация отражается в клинической картине заболевания, в содержании его симптомов;
112. реактивное состояние не прекращается, даже после исчезновения вызвавшей его причины;
113. реактивное состояние прекращается с исчезновением вызвавшей его причины;
114. нет верного ответа.
115. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ОТЛИЧИЕМ РЕАКТИВНЫХ ПСИХОЗОВ ОТ НЕВРОЗОВ В КЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
116. нарушения психических функций;
117. наличие негативной симптоматики;
118. судорожные приступы;
119. наличие продуктивной симптоматики;
120. нет верного ответа.
121. ВОСПРИЯТИЕ ОБЪЕКТА, ОТСУТСТВУЮЩЕГО В РЕАЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ, ЭТО:
122. эйдетизм;
123. галлюцинации;
124. иллюзии;
125. парейдолии;
126. нет верного ответа.
127. ОБЪЕМ ХРАНЯЩЕЙСЯ ИНФОРМАЦИИ В КРАТКОВРЕМЕННОЙ ПАМЯТИ:
128. 7 ± 2;
129. неограничен;
130. предел неизвестен;
131. в среднем 10;
132. 6.
133. ОШИБОЧНЫЕ ВОСПРИЯТИЯ РЕАЛЬНЫХ ВЕЩЕЙ ИЛИ ЯВЛЕНИЙ НАЗЫВАЮТСЯ:
134. агнозией;
135. галлюцинацией;
136. иллюзией;
137. парейдолии;
138. нет верного ответа.
139. РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ:
140. шизофрении;
141. ишемии;
142. панкреатите;
143. бронхите;
144. нет верного ответа.
145. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ КОРСАКОВСКОГО СИНДРОМА***:***

1. прогрессирующая амнезия;

2. антероретроградная амнезия;

3. фиксационная амнезия;

4. верны ответы 1, 2;

5. верны ответы 2, 3.

1. ГИПОМНЕЗИЯ – ЭТО:
2. особые состояния, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами;
3. нарушения слухоречевой памяти при акустико-мнестической афазии;
4. кратковременное усиление, обострение памяти, резкое увеличение объема и прочности запоминания материала по сравнению со средними нормальными показателями;
5. ослабление, снижение памяти или отдельных ее компонентов, недостаточность побуждения к действиям, может иметь различное происхождение.
6. нет верного ответа.
7. ПСЕВДОРЕМИНИСЦЕНЦИИ – ЭТО:
8. провалы памяти, заполняемые информацией, источник которой больной забывает;
9. особые состояния, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами;
10. это замещение провалов памяти информацией и реальными фактами из жизни больного, но значительно смещенными во времени;
11. выпадение памяти на разные сведения, навыки либо на тот или иной промежуток времени;
12. нет верного ответа.
13. ПРОБА НА АССОЦИАТИВНУЮ ПАМЯТЬ ПОЗВОЛЯЕТ:
14. судить о большей или меньшей сохранности механической и логической памяти;
15. сравнить показатели непосредственного и опосредованного запоминания;
16. верны ответы 1 и 2;
17. выявить объем запоминания;
18. нет верного ответа.
19. ЗАТОРМОЖЕНИЕ ПРОЦЕССА МЫШЛЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ:
20. замедления возникновения ассоциаций, уменьшения количества ассоциаций;
21. однообразия мыслей и представлений, трудности их образования;
22. трудности отделения главного от второстепенного;
23. жалоб на утрату способности к мышлению;
24. все ответы верны.
25. ДЛЯ РАЗОРВАННОСТИ МЫШЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНО***:***

1. нарушение грамматической структуры речи;

2. отсутствие логической связи между понятиями в высказываниях;

3. наличие длительных пауз между высказываниями;

4. все варианты верны;

5. нет верного варианта ответа.

1. БЕСПЛОДНОЕ, БЕСЦЕЛЬНОЕ, ОСНОВАННОЕ НА НАРУШЕНИИ МЫШЛЕНИЯ МУДРСТВОВАНИЕ НАЗЫВАЕТСЯ:
2. демагогией
3. амбивалентностью
4. мутизмом
5. резонерством
6. нет верного ответа
7. НЕСПОСОБНОСТЬ РАЗДЕЛЕНИЯ ГЛАВНОГО И ВТОРОСТЕПЕННОГО С ЗАСТРЕВАНИЕМ НА НЕСУЩЕСТВЕННЫХ ДЕТАЛЯХ НАЗЫВАЕТСЯ:
8. олигофазией;
9. тугоподвижностью;
10. разорванностью;
11. обстоятельностью;
12. нет верного ответа.
13. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ОБОБЩЕНИЙ И ИСКАЖЕНИЕ ПРОЦЕССА ОБОБЩЕНИЯ ОТНОСЯТ К:
14. нарушениям динамики мыслительных процессов;
15. нарушениям операциональной стороны мышления;
16. нарушениям личностного компонента мышления;
17. нарушениям процесса внешней опосредованности познавательной деятельности;
18. нарушениям процесса саморегуляции познавательной деятельности.
19. НАПРАВЛЕННОСТЬ МЕТОДИКИ «ИСКЛЮЧЕНИЕ»:
20. исследование уровня и характера протекания процесса обобщения и отвлечения;
21. изучение интеллектуального уровня;
22. изучение целенаправленности и критичности мышления;
23. все ответы верны;
24. нет верного ответа.
25. МЕТОДИКА НАПРАВЛЕННАЯ НА ИЗУЧЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО УРОВНЯ, РАСКРЫВАЕТ ХОД РАССУЖДЕНИЙ ОБСЛЕДУЕМОГО И ДАЕТ БОЛЕЕ ПОЛНУЮ ОЦЕНКУ ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМА ОСМЫСЛЕНИЯ В ДИНАМИКЕ.
26. Определение и сравнение понятий;
27. Понимание переносного смысла пословиц и метафор;
28. Понимание сюжетных картин;
29. Формирование искусственных понятий;
30. все ответы верны;
31. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЕРНО ОПИСЫВАЕТ ШКАЛУ ТРЕ­ВОГИ М. ГАМИЛЬТОНА:
32. личностный опросник, направленный на выяв¬ление конституциональной тревожности и си-туационной тревоги;
33. клинико-диагностический опросник, диффе¬ренцирующий невротическую и психотическую тревогу;
34. стандартизованный опросник для выявления соматических эквивалентов тревоги;
35. нестандартизованное интервью, используемое в работе с подростками;
36. верны ответы «2» и «3».

**Модуль 4. Роль нейропсихологии индивидуальных различий человека в медицинской психологии**

**Тема 1.** *Роль нейропсихологии индивидуальных различий человека в медицинской психологии*

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

* Устный опрос
* Тестирование
* Письменный опрос *(рубежный контроль по модулю)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Нейропсихология индивидуальных различий.

2. Дефицитарность некоторых психических функций как индивидуально-психологическая характеристика.

3. Природа индивидуально-психологических различий. Нейропсихологический подход к изучению биологических основ психики.

4. Значение нейропсихологических исследований индивидуальных различий для изучения проблемы типологии нормы.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. С ПРАВЫМ (НЕДОМИНАНТНЫМ) ПОЛУШАРИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА СВЯЗАНЫ:
2. Счетные способности и логическое мышление;
3. Логическое мышление и восприятие образа тела;
4. Восприятие образа тела и зрительно-простран­ственная организация;
5. Зрительно-пространственная организация и счет­ные способности;
6. Верно «1» и «2».
7. ПРОЦЕСС ПОЗНАНИЯ ОТ ОБЩЕГО К ЧАСТНОМУ БОЛЕЕ ПРЕДСТАВЛЕН:
8. в левом полушарии;
9. в правом полушарии;
10. одинаково в обоих полушариях;
11. в зависимости от стимульного материала;
12. у мужчин, чем у женщин.
13. ЛЕВШЕСТВО — ЭТО:
14. преобладание размера левой руки над правой;
15. совместное преобладание леворасположенных парных органов над правыми;
16. преобладание левой руки и левой ноги над правыми;
17. различия в чувствительности правой и левой половины тела;
18. отклонение в развитии, развивающееся при воздействии вредных факторов на плод в период от начала беременности до 8-9 недели.
19. КАКАЯ ИЗ УКАЗАННЫХ ЗОН МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ ЧУВСТВА УДОВОЛЬСТВИЯ:
20. Перегородка;
21. Хвостатое ядро;
22. Миндалина;
23. Кора;
24. Ядра мозжечка.
25. ПОЛОВАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПРОИСХОДИТ
26. в 7-11;
27. в 11-15;
28. в 14-17лет;
29. в 18 лет;
30. в 20 лет.

**Модуль 5. Междисциплинарные связи нейропсихологии: нейронауки, информатика, лингвистика**

**Тема 1.** *Междисциплинарные связи нейропсихологии: нейронауки, информатика, лингвистика*

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

* Устный опрос
* Тестирование
* Письменный опрос *(рубежный контроль по модулю)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Возникновение и развитие нейропсихологии как самостоятельной дисциплины на стыке психологии, медицины (неврологии, нейрохирургии) и физиологии.

2. Связь нейропсихологии и информатики, лингвистики.

3. Возникновение и развитие нейропсихологии как самостоятельной дисциплины на стыке психологии, медицины (неврологии, нейрохирургии) и физиологии.

4. Связь нейропсихологии и информатики, лингвистики.

5. Клиническая психология в психиатрии, наркологии, психотерапии.

6. Клиническая психология в неврологии.

7. Клиническая психология в клинике внутренних болезней.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. ОСНОВАТЕЛЕМ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
2. Хомская;
3. Корнилов;
4. Павлов;
5. Лурия;
6. Бехтерев.
7. КТО ПЕРВЫМ ОТКРЫЛ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ЛАБОРАТОРИЮ В РОССИИ?
8. Чиж;
9. Бехтерев;
10. Корсаков;
11. Россолимо;
12. Павлов.
13. КОГО МОЖНО СЧИТАТЬ РОДОНАЧАЛЬНИКОМ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ?
14. Прибрама;
15. Лейбница;
16. Коха;
17. Галля;
18. Локка.
19. НАЗОВИТЕ ОСНОВАТЕЛЯ НАУЧНОЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ:
20. Московичуте;
21. Рибо;
22. Крепелин;
23. Лазурский;
24. Бехтерев.
25. УКАЖИТЕ ПСИХОЛОГА, ВНЕСШЕГО НАИБОЛЬШИЙ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ В РОССИИ:
26. Мясищев;
27. Лебединский;
28. Цветкова;
29. Ухтомский;
30. Бехтерев.
31. С КАКИМИ СМЕЖНЫМИ НАУКАМИ СВЯЗАНА НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ:
32. с возрастной психологией;
33. со специальной психологией;
34. с детской психиатрией;
35. с инженерной психологией;
36. верно «1», «2» и «3».
37. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КАКОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ НЕ МОГУТ РАЗРАБАТЫВАТЬСЯ БЕЗ КЛИНИЧЕСКОЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ:
	1. фитотерапии;
	2. физиотерапии;
	3. рефлексотерапии;
	4. неврологии;
	5. хирургии.

**Модуль 6. Психологические проблемы телесности**

**Тема 1.** *Психологические проблемы телесности*

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

* Устный опрос
* Тестирование
* Письменный опрос *(рубежный контроль по модулю)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Основные понятия: тело человека, природное и социальное тело.

2. Биологические и социокультурные детерминанты телесности человека.

3. Естественнонаучное и этнокультурологическое понимание развития телесности человека.

4. Основные понятия: тело человека, природное и социальное тело.

5. Биологические и социокультурные детерминанты телесности человека.

6. Естественнонаучное и этнокультурологическое понимание развития телесности человека.

7. Психосоматические расстройства и «психосоматическая медицина».

8.Современная биопсихосоциальная модель развития соматических и психосоматических расстройств.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. ИЗУЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ ПСИХИКИ К ЕЕ ТЕЛЕСНОМУ СУБСТРАТУ ОТРАЖАЕТ СУТЬ ТАКОЙ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИИ, КАК
2. психофизиологическая;
3. психосоциальная;
4. психопраксическая;
5. психогностическая;
6. анатомическая.
7. ПОД ПАТОГЕННЫМ ВЛИЯНИЕМ СОМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ПСИХИКУ ЧЕЛОВЕКА ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ:
8. нарушения психической деятельности в условиях соматической болезни;
9. нарушения психической деятельности и функций внутренних органов в условиях соматического заболевания;
10. влияние на психику человека соматогенным путем;
11. патологические изменения в рецепторах коры головного мозга;
12. верно «1» и «3».
13. Ф.АЛЕКСАНДЕР ОСОБОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СИМПТОМА ПРИДАВАЛ:
14. символическому значению конверсионных расстройств;
15. темпераменту;
16. личностной предрасположенности;
17. психодинамическому конфликту;
18. алекситимии.
19. КТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ УЧЕНЫХ, ПОДЧЕРКИВАЯ МОЗГОВОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ДУШЕВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ, ВЫДВИНУЛ ИДЕЮ ИХ СОЦИАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ: «ЕСТЬ ЕЩЕ ОДНА ПРИЧИ­НА ДУШЕВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ, А ИМЕННО — ОБЩЕСТВЕННАЯ ОБСТАНОВКА, ПРИ КОТОРОЙ ЖИВЕТ И РАБОТАЕТ ЧЕЛОВЕЧЕС­КИЙ МОЗГ. КОГДА СОЦИАЛЬНАЯ ЖИЗНЬ ПОСТРОЕНА УРОДЛИВО И ЖЕСТОКО, МОЗГОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЧАЩЕ УКЛОНЯЕТСЯ ОТ ПРАВИЛЬНОГО ПУТИ»:
20. У. Тьюк;
21. Ф. Пинель;
22. П.-Ж. Кабанис;
23. Э. Крепелин;
24. В. Вундт.
25. СОГЛАСНО РАЙХУ, СУЩЕСТВЕННОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
26. чувство общности;
27. ориентация на внешний или внутренний мир;
28. организмический процесс оценки;
29. защитный «характерный» панцирь;
30. все перечисленное.
31. СТОРОННИКИ ТЕОРИИ НЕСПЕЦИФИЧНОСТИ СЧИТАЮТ, ЧТО:
32. психосоматические заболевания имеют общие проявления;
33. за локализацию заболевания отвечает локальная уязвимость пораженного органа;
34. отсутствует специфическая связь между характером эмоционального стресса и его соматическими последствиями;
35. определенная эмоция может содействовать возникновению определенного соматического симптома;
36. верно «1» и «3».
37. К КЛАССИЧЕСКИМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:
38. ишемической болезни сердца;
39. сахарного диабета;
40. ревматоидного артрита;
41. язвенной болезни;
42. бронхиальной астмы.

**Модуль 7. Генезис, структура и функции психосоматических явлений в процессе онтогенетического развития, а также при различных формах телесной и душевной патологии**

**Тема 1.** *Генезис, структура и функции психосоматических явлений в процессе онтогенетического развития, а также при различных формах телесной и душевной патологии*

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

* Устный опрос
* Тестирование
* Письменный опрос *(рубежный контроль по модулю)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Многофакторный (включая психогении) способ рассмотрения патогенеза заболеваний.

2. Психофизиологические (условнорефлекторные) связи в возникновении соматических заболеваний.

3. Этапы переживания болезни во времени.

4. Возрастные особенности внутренней картины болезни. Расхождения между субъективной оценкой болезни и ее объективными проявлениями.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ ДЕЙСТВИЯ СТРЕССА ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ЧЕЛОВЕКА -....
2. предприимчивость;
3. активность;
4. чувство беспомощности;
5. энергичность;
6. сензитивность.
7. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАЗВИВАЮТСЯ, КАК ПРАВИЛО, ВСЛЕДСТВИЕ
8. острых психических травм;
9. хронических психических травм;
10. неожиданных психических травм;
11. внутриличностного конфликта;
12. межличностного конфликта.
13. ТИПИЧНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ НА СООБЩЕНИЕ О НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
14. предоперационная депрессия;
15. предоперационный стресс;
16. предоперационная фрустрация;
17. предоперационная тревога;
18. предоперационная истерия.
19. В КАКОМ ИЗ ПРИВОДИМЫХ СЛУЧАЕВ ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНК­ЦИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖЕТ БЫТЬ ОСОБЕННО ПОЛЕЗ­НЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:
20. стойкие нарушения сна;
21. расстройства адаптации;
22. фобические расстройства;
23. депрессии;
24. шизофрении.
25. ТИП «А», ОПИСАННЫЙ АМЕРИКАНСКИМИ УЧЕНЫМИ М.ФРИДМАНОМ И Р.РОЗЕНМАНОМ, ПОДРАЗУМЕВАЕТ:
26. совокупность факторов риска у индивидуума,увеличивающая вероятность возникновения у него психосоматического расстройства;
27. поведенческие черты личности, увеличивающие вероятность возникновения ишемической болезни сердца;
28. расстройство нейроэндокринной регуляции у индивидуума на фоне эмоционального напряжения, увеличивающее вероятность возникновения гипертонической болезни;
29. поведенческие черты личности, увеличивающие вероятность возникновения язвенной болезни;
30. тип личности, которому свойственна преувеличенная тенденция к зависимости, характерная для больных бронхиальной астмой.
31. ИЗБЕГАНИЕ ОБРЕМЕНИТЕЛЬНОЙ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА ОТВЕТСТВЕННОСТИ В СИЛУ БОЛЕЗНИ НАЗЫВАЕТСЯ:
32. позитивное подкрепление;
33. первичная выгода;
34. вторичная выгода;
35. негативное подкрепление;
36. третичная выгода.
37. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ВТОРИЧНОЙ ВЫГОДОЙ ПРИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ:
38. получение льгот и денег в связи с болезнью;
39. избегание обременительной ответственности;
40. внимание и сочувствие со стороны других людей;
41. частичная амнезия причины конфликта;
42. все названное.
43. КАКИЕ РАССТРОЙСТВА ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ ПЕРЕВОД ПОДАВЛЕННЫХ ПОБУЖДЕНИЙ И ВНУТРЕННИХ КОНФЛИКТОВ В СОМАТОВЕГЕТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ:
44. вегетодистонические;
45. ипохондрические;
46. психалгические;
47. конверсионные;
48. все названные.
49. КАКОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ФАКТОРОВ НЕ ВХОДИТ В ЧИСЛО ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА:
50. гипернормативность;
51. курение;
52. неудовлетворенность работой;
53. низкая социальная активность;
54. высокий уровень холестерина в крови.
55. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ЗАВИСИТ ОТ ВЛИЯНИЯ РЯДА ФАКТОРОВ:
56. характера болезни (острая, хроническая и т.д.);
57. состояния здоровья и возраста родственников больного;
58. субъективного мнения врача и результатов объективного обследования;
59. анатомо-морфологических особенностей;
60. все ответы верны.
61. СТРУКТУРА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПО НИКОЛАЕВОЙ В.В. ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:
62. интеллектуальный;
63. эмоциональный;
64. мотивационный уровень
65. чувственный;
66. все ответы верны.
67. К ЛИЧНОСТНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОТНОСЯТСЯ (ПО В. ОСЛЕРУ):
68. невротичность и сенситивность;
69. тягостное чувство неполноценности;
70. честолюбие, энергичность с уверенностью в своих силах;
71. правильно «1» и «2»;
72. все перечисленное.
73. ЯЗВЕННЫЙ ПРОЦЕСС МОЖЕТ БЫТЬ НЕРЕДКО ВЫЗВАН (ПО ГУБАЧЕВУ И СТАБРОВСКОМУ):
74. травмой головы;
75. вживленными электродами;
76. упорным онанизмом;
77. длительной молочно-растительной диетой;
78. ничем из перечисленного.
79. ТИПИЧНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ПО Ф. АЛЕКСАНДЕРУ) ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:
80. тщеславия;
81. агрессивности;
82. ранимости;
83. робости;
84. впечатлительности.

**Модуль 8. Закономерности нарушений психической деятельности в онтогенезе**

**Тема 1.** *Закономерности нарушений психической деятельности в онтогенезе*

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

* Устный опрос
* Тестирование
* Письменный опрос *(рубежный контроль по модулю)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Закономерности психических заболеваний у детей.

2. Влияние возрастного фактора на происхождение и структуру психических нарушений в детском возрасте.

3. Закономерности дизонтогенеза у детей.

4. Биологические и средовые факторы риска нарушений психического развития и отклоняющегося поведения.

5. Первичные и вторичные нарушения.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. ОСНОВНЫЕ ПАРАМЕТРЫ НАРУШЕННОГО РАЗВИТИЯ ОПИСАЛ
2. В. И. Лубовский;
3. В. В. Лебединский;
4. Л. С. Выготский;
5. С. Я. Рубинштейн;
6. В. В. Ковалев.
7. ПО ВРЕМЕНИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НАРУШЕНИЯ КЛАССИФИЦИРУЮТ
8. врожденные;
9. социальные;
10. биологические;
11. приобретенные;
12. верно 1 и 4.
13. СОГЛАСНО ТЕОРИИ Л. С. ВЫГОТСКОГО, ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНК­ЦИИ ИМЕЮТ СВОЙСТВА
14. прижизненность формирования;
15. врожденный характер;
16. осознанность;
17. произвольность;
18. верно 1, 3 и 4.
19. ТЕОРИЮ СИСТЕМНОГО СТРОЕНИЯ ДЕФЕКТА ВЫДВИНУЛ
20. В. И. Лубовский;
21. В. В. Лебединский;
22. Л. С. Выготский;
23. С. Я. Рубинштейн;
24. Г.Е. Сухарева.
25. В ПАРАМЕТРЫ НАРУШЕННОГО РАЗВИТИЯ НЕ ВХОДЯТ
26. хроногенность;
27. функциональная локализация нарушений;
28. обратимость;
29. структура нарушенного развития;
30. время поражения.
31. ВИД ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ПРИ КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ВОЗВРАТ ФУНКЦИИ НА БОЛЕЕ РАННИЙ ВОЗРАСТНОЙ УРОВЕНЬ, КАК ВРЕМЕННОГО, ТАК И СТОЙКОГО ХАРАКТЕРА:
	* 1. ретардация;
		2. регрессия;
		3. распад;
		4. асинхрония;
		5. гетерохрония.
32. ВИД ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ПРИ КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ГРУБАЯ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ ЛИБО ВЫПАДЕНИЕ ФУНКЦИИ:
	1. распад;
	2. регрессия;
	3. асинхрония;
	4. ретардация;
	5. гетерохрония.
33. ВИД ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ПРИ КОТОРОМ ОТМЕЧАЕТСЯ ЗАПАЗДЫВАНИЕ ИЛИ ПРИОСТАНОВКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ:
	* 1. асинхрония;
		2. распад;
		3. ретардация;
		4. регрессия;
		5. гетерохрония.
34. ФОРМА ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ПРИ КОТОРОМ ОТМЕЧАЕТСЯ ВЫРАЖЕННОЕ ОПЕРЕЖЕНИЕ РАЗВИТИЯ ОДНИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ И СВОЙСТВ ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ ЛИЧНОСТИ И ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ОТСТАВАНИЕ ТЕМПА И СРОКОВ СОЗРЕВАНИЯ ДРУГИХ ФУНКЦИЙ И СВОЙСТВ:
	1. асинхрония;
	2. регрессия;
	3. распад;
	4. ретардация;
	5. гетерохрония.
35. СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВИД НЕПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ:
	* 1. социальная депривация;
		2. патохарактерологическое формирование личности;
		3. педагогическая запущенность;
		4. краевая психопатия;
		5. психический инфантилизм.
36. К СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫМ ВИДАМ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ОНТОГЕНЕЗА ОТНОСИТСЯ:
	1. педагогическая запущенность;
	2. патохарактерологическое формирование личности;
	3. акцентуация характера;
	4. краевая психопатия;
	5. психический инфантилизм.
37. ОБЩЕЕ ПСИХИЧЕСКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ, ЭТО:
	* 1. психопатия;
		2. олигофрения;
		3. акцентуация характера;
		4. педагогическая запущенность;
		5. личностный инфантилизм.
38. ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ЧЕРТА МЫШЛЕНИЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ:
	1. искажение процесса обобщения;
	2. некритичность;
	3. амбивалентность;
	4. амбитендентность;
	5. нелогичность.
39. ЭМОЦИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ:
	* 1. недифференцированы;
		2. амбивалентны;
		3. ригидны;
		4. лабильны;
		5. неадекватны ситуации.
40. ТОТАЛЬНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:
	1. олигофрении;
	2. педагогической запущенности;
	3. задержки психического развития;
	4. психопатии;
	5. психического инфантилизма.
41. СИНДРОМЫ ВРЕМЕННОГО ОТСТАВАНИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ В ЦЕЛОМ ИЛИ ОТДЕЛЬНЫХ ЕЕ ФУНКЦИЙ ОБОЗНАЧАЮТСЯ ТЕРМИНОМ:
	* 1. педагогическая запущенность;
		2. психопатия;
		3. задержка психического развития;
		4. олигофрения;
		5. психический инфантилизм.
42. АНОМАЛИЯ ХАРАКТЕРА, НЕПРАВИЛЬНОЕ, ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ДИСГАРМОНИЕЙ В ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И ВОЛЕВОЙ СФЕРАХ, ЭТО:
43. задержка психического развития;
44. олигофрения;
45. психопатия;
46. акцентуация характера;
47. деменция.
48. ГЕТЕРОХРОННОСТЬ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСЯТ К ЗАКОНОМЕР­НОСТЯМ
49. общим;
50. межсистемным;
51. модально-неспецифическим;
52. модально-специфическим;
53. индивидуальным.
54. ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ НАРУШЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ДИЗОНТОГЕНЕЗА
55. к динамике формирования межфункциональных связей;
56. к времени появления нарушений;
57. к функциональной локализации нарушений;
58. к структуре нарушенного развития;
59. нет верного варианта ответа.
60. ТРЕТИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НАЗЫВАЮТ:
61. биологически обусловленные функции;
62. нарушения в работе функций, непосредственно не свя­занных с поврежденной функцией;
63. нарушения в работе функций, непосредственно связан­ных с поврежденной функцией;
64. прижизненно формирующиеся функции;
65. верно 1 и 2.
66. Любое отклонение от нормального психического онтогенетического развития – это:
67. онтогенез
68. дизонтогенез
69. синдромогенез
70. патогенез
71. асинхрония
72. Предмет детской клинической психологии – это:
73. поведение как психологическая категория и как свойство индивида
74. изучение мозговых механизмов психической деятельности
75. изменение психической деятельности при патологических состояниях мозга в сопоставлении с нормой
76. закономерности психического дизонтогенеза
77. расстройства (нарушения) психики и поведения
78. Разделом детской клинической психологии является:
79. организационная психология
80. педагогическая психология
81. детская нейропсихология
82. учение об общих закономерностях нарушенного развития (дизонтогенеза)
83. психология отклоняющегося поведения
84. Разделом детской клинической психологии является:
85. психосоматические проблемы детей и подростков
86. конфликтология
87. учение об общих закономерностях нарушенного развития (дизонтогенеза)
88. социальная психология
89. судебно-психиатрическая экспертиза
90. Разделом детской клинической психологии является:
91. детская патопсихология
92. возрастная психология
93. психология стресса
94. психосоматическая медицина
95. психотерапия и психокоррекция при нарушенном развитии
96. Детская клиническая психология занимается изучением следующих теоретических проблем:
97. проблемы психосоматических и соматопсихических соотношений
98. норма и патология развития
99. психологические особенности больного человека
100. формулирование специфических законов, механизмов формирования нарушений психики
101. этические аспекты оказания психологической помощи
102. Детская клиническая психология занимается изучением следующих теоретических проблем:
103. выявление и описание структуры дефекта и механизмов его формирования
104. мозговая локализация высших психических функций
105. анализ роли биологических и социальных факторов в развитии
106. личностные и поведенческие особенности людей, страдающих различными, заболеваниями
107. феномен взаимодействия между людьми, в частности, феномен общения
108. К видам деятельности детского клинической психолога относится:
109. профилактика и разрешение конфликтов между сотрудниками организации
110. квалификация типа дизонтогенеза; выделение нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности
111. психотерапия и психокоррекция; абилитация и реабилитация
112. формирование благоприятного психологического климата в коллективе
113. экспертная работа по социальному запросу
114. К видам деятельности детского клинической психолога относится:
115. прогноз развития ребенка с отклонениями
116. работа с семьей и окружением ребенка с нарушениями психического развития
117. отбор и оценка персонала при приеме на работу
118. профилактика эмоционального выгорания и стрессов среди работников
119. диагностика (дифференциальная клиническая диагностика, участие в нозологической диагностике, психологическая диагностика нарушений)
120. В настоящее время под дизонтогениями понимают отклонения от нормального психического развития, возникшие вследствие воздействия патогенного фактора на этом этапе онтогенеза:
121. пренатальный (внутриутробный)
122. перинатальный (околородовый)
123. младенчество
124. раннее детство
125. юношеский возраст
126. зрелость
127. Изучением проблем дизонтогенеза в отечественной клинической психологии и детской психиатрии занимался(-лась):
128. Г.Е. Сухарева
129. Г.К. Ушаков
130. В.В. Лебединский
131. С. Минухин
132. С.Я. Рубинштейн
133. Изучением проблем дизонтогенеза в отечественной клинической психологии и детской психиатрии занимался:
134. В.В. Ковалев
135. И.П. Павлов
136. Л.С. Выготский
137. В.Н. Мясищев
138. А.Е. Личко
139. Наиболее корректным по отношению к детям, имеющим те или иные недостатки психического развития, является термин:
140. аномальные дети
141. дефектные дети
142. дети группы риска
143. плохо адаптирующиеся дети
144. дети с ограниченными возможностями здоровья
145. Дизонтогенез может быть вызван:
146. органической патологией
147. психическими расстройствами
148. соматическими и неврологическими заболеваниями
149. дисгармоничными стилями семейного воспитания
150. гармоничным стилем семейного воспитания
151. К биологическим факторам дизонтогенеза относятся(-ится):
152. разного рода стрессогенные факторы
153. ранние заболевания с поражением центральной нервной системы
154. внутриутробные нарушения
155. генетические факторы
156. неблагоприятные условия воспитания
157. патология родов
158. К социальным факторам дизонтогенеза относятся(-ится):
159. разного рода стрессогенные факторы
160. ранние заболевания с поражением центральной нервной системы
161. внутриутробные нарушения
162. генетические факторы
163. неблагоприятные условия воспитания
164. патология родов
165. Проявления патологического воздействия на незрелый мозг зависят от:
166. степени распространённости патологического процесса (объем поврежденных участков мозга)
167. мозговой локализации патологического процесса
168. социальных условий, в которых находится больной ребенок
169. времени возникновения патогенного фактора (возраст ребенка)
170. длительности воздействия патогенного фактора
171. Более грубые отклонения в психическом развитии преимущественно возникают при:
172. раннем воздействии патогенного фактора, чем при позднем
173. воздействии повреждающих вредностей на ранних этапах эмбриогенеза, чем в постнатальный период
174. локальных поражениях головного мозга, чем при диффузных поражениях
175. диффузных органических поражениях головного мозга, чем при локальных поражениях
176. отторжении ребенка социумом, чем при наличии полноценных социальных контактов
177. Учении о сложной структуре дефекта при нарушенном развитии разработал:
178. Виктор Васильевич Лебединский
179. Лев Семенович Выготский
180. Андрей Евгеньевич Личко
181. Геннадий Константинович Ушаков
182. Владимир Викторович Ковалев
183. Первичный дефект обусловлен:
184. повреждающим биологическим фактором
185. анатомическим нарушением того или иного органа
186. социальной депривацией вследствие поражения органов чувств
187. постоянным ощущением неуспеха
188. вторичным дефектом
189. Фактором, обуславливающим вторичное недоразвитие психических функций, является:
190. близость к первично нарушенной функции
191. нахождение функции в сензитивном периоде на момент действия повреждающего фактора
192. социальная депривация
193. наличие социальной поддержки
194. оказание ранней коррекционно-развивающей помощи
195. Первичным дефектом при умственной отсталости является:
196. примитивность психологических реакций
197. интеллектуальная недостаточность
198. неадекватно завышенная самооценка
199. несформированность волевых качеств
200. негативизм
201. При глухоте, возникшей до овладения речью, первичным дефектом является:
202. заниженность самооценки
203. неспособность говорить (немота)
204. замкнутость и отгороженность от внешнего мира
205. нарушение слухового восприятия
206. депрессивные реакции
207. Наиболее уязвимой к вторичному недоразвитию при воздействии повреждающих факторов в дошкольный период являются эта психическая функция:
208. зрительное восприятие
209. слуховое восприятие
210. произвольная моторика
211. кратковременная память
212. речь
213. Основным объектом психодиагностики и психолого-педагогического коррекционного воздействия с позиции учения Л.С. Выготского о сложной структуре дефекта являются:
214. первичные нарушения
215. вторичные нарушения
216. локальные поражения определенных корковых зон
217. сенсорные и гностические расстройства, обусловленные дефектами анализаторных систем
218. инвалидизирующие соматические заболевания
219. Возрастные уровни нервно-психического реагирования детей и подростков на различные патогенные воздействия (Ковалев В.В., 1979) включают:
220. психомоторный
221. сенсомоторный
222. аффективный
223. сомато-вегетативный
224. эмоционально-идеаторный
225. Типичным вариантом нервно-психического реагирования на патогенное воздействие для ребенка в возрасте от 0 до 3 лет является(-ются):
226. негативизм
227. патологическое фантазирование
228. общая и вегетативная возбудимость
229. психомоторная возбудимость
230. Типичным вариантом нервно-психического реагирования на патогенное воздействие для ребенка в возрасте от 4 до 7 лет является(-ются):
231. тики
232. сверхценные увлечения
233. повышение температуры тела
234. агрессия
235. Типичным вариантом нервно-психического реагирования на патогенное воздействие для ребенка в возрасте от 7 до 12 лет является(-ются):
236. заикание
237. сверхценные ипохондрические идеи, такие, как идеи мнимого уродства
238. нарушение сна и аппетита
239. страхи
240. Типичным вариантом нервно-психического реагирования на патогенное воздействие для подростка в возрасте от 12 до 16 лет является(-ются):
241. желудочно-кишечные расстройства
242. психогенные реакции протеста, оппозиции, эмансипации
243. страхи
244. заикание
245. Г.К. Ушаков и В.В. Ковалев предложили следующую классификацию типов дизонтогенеза:
246. регрессия (регресс) – распад – ретардация – асинхрония
247. дети с сенсорной неполноценностью – дети с задержкой психического развития – дети с психопатоподобными (психопатическими) формами поведения – умственно отсталые дети – дети с начальными проявлениями психических заболеваний (шизофрения, эпилепсия)
248. общее психическое недоразвитие – задержанное психическое развитие – поврежденное психическое развитие – дефицитарное психическое развитие – искаженное психическое развитие – дисгармоническое психическое развитие
249. задержанное развитие – поврежденное развитие – искаженное развитие
250. дети с отклонениями развития в связи с органическими нарушениями (умственная отсталость) – дети с отклонениями в развитии в связи с функциональной незрелостью (неврозы и психосоматические заболевания) – дети с отклонениями в развитии на почве психических (эмоциональной, сенсорной, когнитивной) деприваций (госпитализм)
251. Классификация психического дизонтогенеза, предложенная В.В. Лебединским, включает следующие виды:
252. регрессия (регресс) – распад – ретардация – асинхрония
253. дети с сенсорной неполноценностью – дети с задержкой психического развития – дети с психопатоподобными (психопатическими) формами поведения – умственно отсталые дети – дети с начальными проявлениями психических заболеваний (шизофрения, эпилепсия)
254. общее психическое недоразвитие – задержанное психическое развитие – поврежденное психическое развитие – дефицитарное психическое развитие – искаженное психическое развитие – дисгармоническое психическое развитие
255. задержанное развитие – поврежденное развитие – искаженное развитие
256. дети с отклонениями развития в связи с органическими нарушениями (умственная отсталость) – дети с отклонениями в развитии в связи с функциональной незрелостью (неврозы и психосоматические заболевания) – дети с отклонениями в развитии на почве психических (эмоциональной, сенсорной, когнитивной) деприваций (госпитализм)
257. Грубая дезорганизация либо выпадение функции вследствие поражения нервной системы – это (Ушаков Г.К., Ковалев В.В.):
258. регрессия (регресс)
259. распад
260. ретардация
261. асинхрония
262. Тип нарушенного психического развития (по Г.К. Ушакову и В.В. Ковалеву), который характеризуется выраженным опережением развития одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительным отставанием темпа и сроков созревания других функций и свойств, что становится основой дисгармонической структуры личности и психики в целом – это:
263. регрессия (регресс)
264. распад
265. ретардация
266. асинхрония
267. Возврат функций на более ранний возрастной уровень – это (Ушаков Г.К., Ковалев В.В.):
268. регрессия (регресс)
269. распад
270. ретардация
271. асинхрония
272. Клинический тип дизонтогенеза (по Г.К. Ушакову и В.В. Ковалеву), при котором наблюдается запаздывание или приостановка психического развития – это:
273. регрессия (регресс)
274. распад
275. ретардация
276. асинхрония
277. Асинхрония отличается от гетерохронии тем, что:
278. характеризуется разновременностью формирования различных функций с опережающим развитием одной по отношению к другим
279. имеет место при нормальном психическом развитии
280. наблюдается при патологии психического развития
281. психическое развитие соответствует возрастным нормативам
282. психическое развитие не соответствует возрастным нормативам
283. Вариант психического дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому), при котором имеет место сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящие в ряду качественно новых патологических образований – это:
284. общее психическое недоразвитие
285. задержанное психическое развитие
286. поврежденное психическое развитие
287. дефицитарное психическое развитие
288. искаженное психическое развитие
289. дисгармоническое психическое развитие
290. Замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с фиксацией на более ранних возрастных этапах – это (Лебединский В.В.):
291. общее психическое недоразвитие
292. задержанное психическое развитие
293. поврежденное психическое развитие
294. дефицитарное психическое развитие
295. искаженное психическое развитие
296. дисгармоническое психическое развитие
297. Общая стойкая задержка психического развития при наиболее ранних поражениях мозга, что обуславливает первичность и тотальность недоразвития мозговых систем – это (Лебединский В.В.):
298. общее психическое недоразвитие
299. задержанное психическое развитие
300. поврежденное психическое развитие
301. дефицитарное психическое развитие
302. искаженное психическое развитие
303. дисгармоническое психическое развитие
304. Вид психического дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому), основой которого является врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики, преимущественно в эмоционально-волевой сфере – это:
305. общее психическое недоразвитие
306. задержанное психическое развитие
307. поврежденное психическое развитие
308. дефицитарное психическое развитие
309. искаженное психическое развитие
310. дисгармоническое психическое развитие
311. Типичной моделью общего психического недоразвития является(-ются):
312. задержка психического развития
313. ранний детский аутизм
314. олигофрения (умственная отсталость)
315. психопатии
316. органическая деменция
317. патологические формирования личности
318. Характерной моделью поврежденного психического развития является(-ются):
319. задержка психического развития
320. ранний детский аутизм
321. олигофрения (умственная отсталость)
322. психопатии
323. органическая деменция
324. патологические формирования личности
325. Дефицитарное психическое развитие связано с этим заболеванием:
326. заболевания органов зрения и слуха
327. детский церебральный паралич
328. тяжелые пороки сердца
329. бронхиальная астма
330. шизофрения
331. Искаженное развитие наблюдается:
332. задержке психического развития
333. раннем детском аутизме
334. олигофрении (умственной отсталости)
335. психопатиях
336. органической деменции
337. патологических формированиях личности
338. Моделью дисгармонического развития является(-ются):
339. задержка психического развития
340. ранний детский аутизм
341. олигофрения (умственная отсталость)
342. психопатии
343. органическая деменция
344. патологические формирования личности
345. В наибольшей степени при общем психическом недоразвитии нарушается:
346. речь
347. память
348. интеллект
349. моторика
350. восприятие
351. Наиболее легкая степень общего психического недоразвития, при которой дети способны освоить программу вспомогательной школы и пройти профессиональную подготовку по несложным видам трудовой деятельности – это:
352. идиотия
353. имбецильность
354. дебильность
355. деменция
356. ранний детский аутизм
357. В отличие от детей с умственной отсталостью дети с задержкой психического развития:
358. имеют лучший прогноз в плане обучения и воспитания
359. нуждаются преимущественно в социальной опеке
360. могут обучаться в вспомогательной школе
361. при адекватном индивидуальном подходе способны удовлетворительно осваивать программу обучения массовой школы
362. Задержка психического развития (ЗПР) выражается в:
363. недостаточности общего запаса знаний
364. ограниченности представлений
365. незрелости мышления
366. преобладании учебных интересов над игровыми
367. быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности
368. зрелости эмоций
369. Органическая деменция в отличие от олигофрении:
370. возникает либо начинает грубо прогрессировать в возрасте после 2—3 лет
371. возникает при наиболее ранних поражениях мозга (генетических, внутриутробных, родовых, ранних постнатальных)
372. связана с перенесенными инфекциями, интоксикациями, травмами нервной системы
373. бывает обусловлена наследственными дегенеративными, обменными заболеваниями мозга
374. Для дифференциальной диагностики органической деменции и олигофрении имеет принципиальное значение:
375. уровень IQ не превышает 79 баллов
376. указание на первоначально правильное и своевременное развитие ребенка
377. хронологическая связь психического снижения с перенесенной вредностью
378. значительно меньшая массивность поражения нервной системы
379. В соответствии с классификацией Г.Е. Сухаревой при органической деменции первого типа у детей преобладает(-ют):
380. грубые нейродинамические расстройства (замедленность и ригидность мыслительных процессов, тяжелая психическая истощаемость)
381. нарушения критики и целенаправленности мышления
382. низкий уровень обобщения
383. недостаточность побуждений к деятельности
384. В соответствии с классификацией Г.Е. Сухаревой при органической деменции второго типа у детей преобладает(-ют):
385. грубые нейродинамические расстройства (замедленность и ригидность мыслительных процессов, тяжелая психическая истощаемость)
386. нарушения критики и целенаправленности мышления
387. низкий уровень обобщения
388. недостаточность побуждений к деятельности
389. В соответствии с классификацией Г.Е. Сухаревой при органической деменции третьего типа у детей преобладает(-ют):
390. грубые нейродинамические расстройства (замедленность и ригидность мыслительных процессов, тяжелая психическая истощаемость)
391. нарушения критики и целенаправленности мышления
392. низкий уровень обобщения
393. недостаточность побуждений к деятельности
394. В соответствии с классификацией Г.Е. Сухаревой при органической деменции четвертого типа у детей преобладает(-ют):
395. грубые нейродинамические расстройства (замедленность и ригидность мыслительных процессов, тяжелая психическая истощаемость)
396. нарушения критики и целенаправленности мышления
397. низкий уровень обобщения
398. недостаточность побуждений к деятельности
399. Своеобразие развития и формирования личности ребенка с дефицитарным психическим развитием является следствием:
400. интеллектуального недоразвития, обусловленного органическим поражением головного мозга
401. основного дефекта, затрудняющего полноценные социальные контакты (социальной депривации)
402. неправильного воспитания
403. явлениями асинхронии с опережающим развитием одних функций по отношению к другим
404. Литературная, богатая неологизмами речь, неиспользуемая для диалога, общения и познания окружающего мира характерна для детей с этим психическим расстройством:
405. психопатия
406. органическая деменция
407. умственная отсталость
408. ранний детский аутизм
409. задержка психического развития
410. Примером асинхронии при раннем детском аутизме является:
411. преждевременное развитие речи значительно обгоняет формирование локомоторных (двигательных) функций
412. возврат к автономной речи вследствие потери потребностей в коммуникации
413. временная потеря навыков ходьбы, опрятности
414. развитие вербального интеллекта парадоксально опережает становление предметных навыков
415. Ребенка с ранним детским аутизмом характеризует:
416. сосредоточенность на своих переживаниях
417. отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия
418. активность и открытость в контактах со средой
419. выраженное стремление к новому, тяга к частой смене обстановки
420. медлительность и низкая координированность движений в сочетании с импульсивностью
421. Попытки разрушить стереотипные условия жизни ребенка с ранним детским аутизмом вызывают у него:
422. диффузную тревогу
423. выздоровление
424. агрессию либо самоагрессию
425. адаптацию

**Модуль 9. Проблемы и методы психологической диагностики нарушений психического развития и отклоняющегося поведения**

**Тема 1.** *Проблемы и методы психологической диагностики нарушений психического развития и отклоняющегося поведения*

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

* Устный опрос
* Тестирование
* Письменный опрос *(рубежный контроль по модулю)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Психологические методы исследования аномального ребенка.

2. Методы исследования познавательных процессов.

3. Методы исследования личности ребенка.

4. Типы девиантного поведения: делинквентное, аддиктивное, патохарактерологическое, психопатологическое, на базе гиперспособностей.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. В КАКОМ ПУНКТЕ ВЕРНО ОПИСАНА ЦЕЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ РАБОТЕ:
2. Для выбора вида психотерапии;
3. Для выбора типа лекарственного препарата и его дозы;
4. Для построения прогноза;
5. Для диагностических целей;
6. Для исследования интеллекта.
7. Может ли обследование ребенка проводиться в течении нескольких дней и недель
8. да;
9. нет;
10. только в случаях интеллектуальной недостаточности;
11. при нарушениях речевого развития;
12. верны ответы 3 и 4.
13. По мнению И. Ю. Левченко, процедура обследования ребенка должна строиться в соответствии с
14. возрастом ребенка;
15. ведущей деятельности ребенка;
16. временем обследования;
17. верно 1 и 2;
18. верных ответов нет.
19. Какой стимульный материал для диагностики обследования внимания подойдет двухлетнему ребенку
20. юла;
21. игра-планшет;
22. лото «Парные картинки»;
23. таблицы Шульте;
24. верно все вышеперечисленное.
25. Какой стимульный материал для диагностики обследования мелкой моторики подойдет трехлетнему ребенку
26. мозаика;
27. пирамидки;
28. мяч;
29. мшахматы;
30. верных ответов нет.
31. В каком году была общепринята шкала Апгар для определения состояния ребенка при рождении
32. в 1959 году;
33. в 1953 году;
34. в 1945 году;
35. в 1970 году;
36. в 2000 году.
37. Диагностику развития детей 1-го года жизни проводят
38. ежедневно;
39. через 2 недели;
40. ежемесячно;
41. раз в квартал (через 3 мес);
42. раз в полугодие.
43. МИНИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ, НАЧИНАЯ С КОТОРОГО МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЦВЕТОВОЙ ТЕСТ ОТНОШЕНИЙ А.М. ЭТКИНДА:
44. 3—4 года;
45. 5—6 лет;
46. 7—8 лет;
47. 9 – 11 лет;
48. 12 – 13 лет.
49. В КАКОМ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ СЛУЧАЯХ ВЫСОКО ВАЛИДНА МО­ДИФИЦИРОВАННАЯ О. ГЕЛЬНИЦЕМ ШКАЛА РАЗВИТИЯ ПСИХО-МОТОРИКИ Н.И. ОЗЕРЕЦКОГО:
50. При старческом слабоумии;
51. При органических мозговых нарушениях у детей 4—16-ти лет;
52. Для оценки глубины шизофренического дефекта;
53. Для прогностической оценки развития детей до 3-х лет;
54. Все ответы верны.
55. КАКОЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЕРНО ОПИСЫВАЕТ ОТЛИЧИЯ ТЕСТА «РИСУНОК ЧЕЛОВЕКА» В МОДИФИКАЦИИ К. МАХОВЕР ОТ ОРИГИНАЛЬНОГО ТЕСТА Ф. ГУДЕНАФ:
56. В задание дополнительно вводится изображение человека другого пола;
57. Оценка строится на положении об идентифика­ции испытуемого с изображением;
58. Интерпретация опирается на психоаналитичес­кую теорию;
59. Все вышесказанное;
60. Существенных отличий нет.
61. В КАКОЙ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ОБЛАСТЕЙ ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУ­ЕТСЯ «ТЕСТ ДЕРЕВА» К. КОХА:
62. В нейропсихологии;
63. В работе с заключенными;
64. В работе с детьми;
65. В профориентации;
66. В психиатрической клинике.
67. ДЛЯ КАКОЙ ЦЕЛИ БЫЛ СОЗДАН ТЕСТ Ф. ГУДЕНАФ «РИСУ­НОК ЧЕЛОВЕКА»:
68. Для исследования интеллектуального развития детей;
69. Для прожективного исследования личности у детей;
70. Как способ выявления внутриличностных конф­ликтов у детей с алалией;
71. Для оценки эффективности психотерапии;
72. Исследования отношений внутри семьи.
73. ШКАЛА Р. ГРИФФИТСА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ, ОЦЕНИВАЮЩАЯ РЕЗУЛЬТАТЫ ПО СООТНОШЕНИЮ ВЫЯВ­ЛЕННОГО УРОВНЯ И ХРОНОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ДИФФЕРЕН­ЦИРУЕТ ВСЕ ВИДЫ СПОСОБНОСТЕЙ, КРОМЕ:
74. Локомоторные;
75. Личностно-социальные;
76. Слухо-речевые;
77. Невербальные;
78. Эмпатические.
79. ШКАЛА СТЕНФОРД—БИНЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ИН­ТЕЛЛЕКТА У ИСПЫТУЕМЫХ КАКОГО ВОЗРАСТА:
80. Детей до 5-ти лет;
81. Детей в возрасте 5—12-ти лет;
82. Подростков;
83. Взрослых;
84. Детей в возрасте 7 – 14-ти лет.
85. ВО ВЗРОСЛОМ И ДЕТСКОМ ВАРИАНТАХ ТЕСТА ВЕКСЛЕРА НАИ­БОЛЕЕ КУЛЬТУРНО-ЗАВИСИМЫ РЕЗУЛЬТАТЫ ПО СУБТЕСТУ:
86. Недостающие детали;
87. Арифметика;
88. Лабиринт;
89. Осведомленность;
90. Кубики Кооса.
91. ОЦЕНКА КОЭФФИЦИЕНТА ИНТЕЛЛЕКТА ОПИРАЕТСЯ НА СО­ПОСТАВЛЕНИЕ:
92. Паспортного возраста и уровня образования;
93. Умственного и эмоционального возраста;
94. Интеллектуального и паспортного возраста;
95. Максимальных и минимальных показателей;
96. Вербального и невербального интеллекта.
97. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ТОЧНЕЕ ВСЕГО ОПИСЫВАЕТ, ЧТО ТАКОЕ КОЭФФИЦИЕНТ ИНТЕЛЛЕКТА:
98. Характеристика имеющихся познавательных спо­собностей;
99. Характеристика врожденных способностей;
100. Мера приобретенных интеллектуальных навыков;
101. Характеристика зоны ближайшего развития;
102. Мера усвоения академических знаний.
103. КТО ИЗ АВТОРОВ РАЗРАБОТАЛ МЕТОДИКУ ИССЛЕДОВАНИЯ ГОТОВНОСТИ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ
104. Витцлак;
105. Занков;
106. Керн-Йерасек;
107. Божович;
108. Верно 1 и 3.
109. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ – ЭТО
110. желание учиться;
111. сформированность навыков письма, чтения, счета;
112. определенный уровень психического развития ребенка для освоения школьной программы;
113. все из перечисленного;
114. ничего из перечисленного.
115. КАКОЕ ЗАДАНИЕ В ТЕСТЕ «КЕРНА-ЙИРАСЕКА» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЛИЧНОСТНОЙ ЗРЕЛОСТИ
116. рисование фигуры человека;
117. срисовывание письменных букв;
118. срисовывание группы точек;
119. верно 1 и 2;
120. верно 1 и 3.
121. КАКОЕ ЗАДАНИЕ В ТЕСТЕ «КЕРНА-ЙЕРАСЕКА» ДАЕТ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О РАЗВИТИИ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ И ЗРИТЕЛЬНО-МОТОРНЫХ КООРДИНАЦИЙ
122. рисование фигуры человека;
123. срисовывание письменных букв;
124. срисовывание группы точек;
125. верно 1 и 2;
126. верно 1 и 3.
127. КАКОЕ ЗАДАНИЕ В ТЕСТЕ «КЕРНА-ЙЕРАСЕКА» ХАРАКТЕРИЗУЕТ СФОРМИРОВАННОСТЬ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННОГО ВОСПРИЯТИЯ, ЗРИТЕЛЬНОЙ ПАМЯТИ И ЗРИТЕЛЬНО-МОТОРНЫХ КООРДИНАЦИЙ
128. рисование фигуры человека;
129. срисовывание письменных букв;
130. срисовывание группы точек;
131. верно 1 и 2;
132. верно 1 и 3.
133. Характер психодиагностического обследования ребенка зависит от этого фактора:
134. возраст
135. пол
136. состояние здоровья (включая наличие или отсутствие речевых, двигательных или сенсорных нарушений)
137. уровень образования
138. этническая принадлежность
139. Продолжительность психодиагностического обследования ребенка младшего школьного возраста не должно превышать:
140. 15 – 20 минут
141. 25 минут
142. 30 – 45 минут
143. 1 часа
144. 1,5 часа
145. Продолжительность психодиагностического обследования подростка или взрослого составляет около:
146. 15 – 20 минут
147. 25 минут
148. 30 – 45 минут
149. 1 часа
150. 1,5 часа
151. При проведении психодиагностического обследования ребенка не рекомендуется:
152. отвлекаться на заполнение протокола исследования
153. оказывать помощь (если она не предусмотрена процедурой обследования)
154. усиленно хвалить ребенка
155. устанавливать с ребенком психологический контакт
156. критиковать ребенка
157. К умениям, необходимым психологу-диагносту, работающему с детьми (Кононова М.П., 1963), относится:
158. умение быстро и точно вести протокол исследования
159. умение оказать первую медицинскую помощь (при необходимости)
160. умение сохранять с ребенком эмоциональный контакт
161. умение распределять свое внимание между наблюдением за тем, как ребенок выполняет задание, и наблюдением за его поведением
162. К методам клинико-психологической диагностики, используемым для оценки психического развития детей, относится(-ятся):
163. наблюдение
164. проективные тесты
165. беседа
166. тесты интеллекта
167. тесты-опросники
168. С помощью метода наблюдения можно выявить и оценить такие особенности ребенка, как:
169. навязчивые или стереотипные действия
170. проявления тревожности
171. навыки самообслуживания, опрятность в одежде
172. коэффициент интеллекта
173. преобладающий фон настроения
174. особенности его двигательного развития
175. Родители и педагоги могут предоставить психологу следующую информацию о ребенке:
176. анамнестические данные
177. типичное для ребенка поведение, его отношение к родителям
178. нарушения ориентировки в пространстве и времени
179. интересы и склонности
180. проявления отклонений в развитии
181. собственное отношение родителей (педагогов) к проблемам ребенка
182. К методам экспериментально-психологического обследования, применяемым при работе с детьми и подростками с нарушенным развитием, относится(-ятся):
183. наблюдение
184. проективные тесты
185. беседа
186. тесты интеллекта
187. тесты-опросники
188. Задачи диагностического исследования ребенка с отклонениями в развитии включают
189. определение запаса знаний, умений и навыков у ребенка
190. оценка профессиональной направленности и профпригодности
191. выявление эмоционально-личностных особенностей ребенка,
192. определение уровня развития высших психических функций
193. выявление отношения ребенка к родителям и к социуму
194. Психодиагностика родителей ребенка с отклонениями в психическом развитии направлена на:
195. получение дополнительной информации о ребенке
196. исследование особенностей реагирования родителей на болезнь ребенка
197. исследование личностных особенностей родителей
198. изучение внутрисемейных и детско-родительских отношений
199. Для получения от родителей дополнительной информации о проблемах ребенка может быть использована эта методика:
200. методика «Уровень невротизации и психопатизации» (УНП)
201. методика обучающего эксперимента А.Я. Ивановой
202. методика «Личностная шкала проявлений тревоги» Дж. Тейлора
203. опросник «Оценка особенностей развития ребенка дошкольного возраста» М.М. Семаго
204. методика изучения фрустрационнных реакций С. Розенцвейга
205. Отечественный психолог, разрабатывавшая проблемы патопсихологической диагностики, автор книги «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике» – это:
206. Блюма Вульфовна Зейгарник
207. Груня Ефимовна Сухарева
208. Алла Борисовна Холмогорова
209. Сусанна Яковлевна Рубинштейн
210. Валентина Васильевна Николаева
211. К методам изучения и оценки познавательной деятельности (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи), применяемым с детьми с нарушенным развитием, относится:
212. заучивание 10 слов
213. методика «Лесенка» (Т.В. Дембо – Т.Д. Марцинковская)
214. складывание пирамидки из 4, 6, 8 колец
215. методика изучения фрустрационных реакций (детский вариант) С. Розенцвейга
216. таблицы Шульте («Отыскивание чисел»)
217. методика «Установление последовательности событий» («Сюжетные картинки»)
218. Оценить уровень интеллектуального развития ребенка можно при помощи этой методики:
219. методика Рене Жиля
220. тест «Прогрессивные матрицы Равена»
221. методика изучения фрустрационных реакций (детский вариант) С. Розенцвейга
222. школьный тест умственного развития (ШТУР)
223. тест Векслера (детский вариант)
224. методика «Два дома» (в адаптации Т.Д. Марцинковской)
225. Для изучения эмоционально-личностной сферы ребенка используется:
226. методика «Исключение четвертого лишнего»
227. складывание разрезных картинок
228. анкета «Оценка эмоциональной и коммуникативно-поведенческой сферы детей с тяжелыми нарушениями развития» В.В.Ткачевой
229. методика «Классификация предметов»
230. тест «Рисунок несуществующего животного»
231. методика Кооса («Кубики Кооса»)
232. Об особенностях взаимоотношений ребенка с родителями и другими субъектами внешнего мира можно узнать при помощи этого теста:
233. тест Векслера (детский вариант)
234. методика Рене Жиля
235. тест на опосредствованное запоминание (по А.Н. Леонтьеву)
236. методика «Лесенка для ребенка», разработанная В.В.Ткачевой
237. рисуночный тест «Дом, дерево, человек»
238. методика «Доски Сегена»
239. Методика «Складывание разрезных картинок» позволяет оценить уровень целостного восприятия предметной картинки и уровень развития наглядно-образного мышления у ребенка начиная с этого возраста:
240. 2 года
241. 3 года
242. 5 лет
243. 9 месяцев
244. 1,5 года
245. Методика, направленная на оценку наглядно действенного мышления детей, для которой применяются доски с выемками разной геометрической формы и соответствующими им вкладышами – это:
246. методика Кооса
247. «Доски Сегена»
248. «Пиктограмма»
249. «Прогрессивные матрицы Равена»
250. Тест Векслера
251. Необходимым условием применения теста «Таблицы Шульте» является:
252. освоение программы начальной школы
253. знание ребенком чисел
254. возраст от 3 лет и старше
255. присутствие родителей
256. Для оценки интеллекта детей от 4,5 до 9 лет и испытуемых с аномальным развитием применяется этот вариант теста Равена:
257. «Стандартные прогрессивные матрицы»
258. «Продвинутые прогрессивные матрицы»
259. «Цветные прогрессивные матрицы»
260. «Сборка объекта» («Складывание фигур»)
261. Преимуществом методики обучающего эксперимента А.Я. Ивановой является то, что этот метод:
262. не требует наличия у ребенка школьных знаний
263. может применяться начиная с 2-х летнего возраста
264. позволяет выявить не только актуальные, но и потенциальные учебные возможности ребенка, его обучаемость
265. используется без получения согласия на обследование родителей или опекунов ребенка
266. Для изучения личностных особенностей родителей детей с отклонениями в психическом развитии используется:
267. опросник родительского отношения (ОРО) А.Я. Варги и В.В. Столина
268. 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла
269. методика «Уровень невротизации и психопатизации» (УНП)
270. анкета «Психологический тип родителя» В.В.Ткачевой
271. Для оценки психического здоровья родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, изучение отдельных психических и психопатологических состояний применяется:
272. методика «Социограмма: Моя семья» В.В. Ткачевой
273. тест СМИЛ
274. методика «Лесенка – для родителей» В.В. Ткачевой
275. методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Цунга
276. Характер взаимодействия родителей и ребенка с недостатками в психическом развитии позволяет оценить эта методика:
277. опросник Шмишека
278. методика РARI Е. Шеффер и Р. Белла
279. шкала тревоги Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина
280. тест «Личностный опросник Г. Айзенка»
281. Проективная методика, включающая шесть картин, изображающих детей с отклонениями в развитии (нарушениями интеллекта, сенсорной и двигательной сферы), где родителям предлагается описать каждую из картин, отвечая на поставленные вопросы – это:
282. «Тематический апперцептивный тест» (ТАТ) Г. Мюррея и К. Морган
283. тест М. Люшера
284. тест «Автопортрет» Р. Бернса
285. «Адаптированный Тематический апперцептивный тест» (АТАТ) В.В. Ткачевой
286. методика изучения фрустрационнных реакций С. Розенцвейга
287. Фактором, повышающим эффективность психокоррекционной работы с детьми, имеющими нарушения психического развития, является:
288. сотрудничество родителей с психологом
289. информирование родителей о психических особенностях детей с данным заболеванием
290. обучение родителей оптимальным методам взаимодействия с их ребенком
291. формирование адекватных родительских установок на отклонения в развитии ребенка
292. привлечение родителей в психокоррекционный процесс
293. К общим направлениям работы с детьми с отклонениями в психическом развитии относится:
294. формирование социального интереса
295. смягчение общего фона сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги и страхов
296. коррекция установок и мотивов с целью выработки нового стиля жизни
297. коррекция чувства неполноценности
298. Психологическая коррекция с детьми с задержкой психического развития направлена на:
299. эмоциональную стимуляцию ребенка и стабилизацию его внутренних аффективных процессов
300. развитие способности ребенка длительное время удерживать внимание на каком-либо занятии или предмете
301. стимуляцию познавательной активности ребенка
302. активизацию и совершенствование способов взаимодействия ребенка с окружающими
303. развитие произвольной регуляции поведения
304. выработку более адекватных и гибких форм реагирования ребенка на свое заболевание
305. Работа специалиста по психологической коррекции с детьми с дисгармоническим развитием (ранние дисгармонии) направлена на:
306. эмоциональную стимуляцию ребенка и стабилизацию его внутренних аффективных процессов
307. развитие способности ребенка длительное время удерживать внимание на каком-либо занятии или предмете
308. стимуляцию познавательной активности ребенка
309. активизацию и совершенствование способов взаимодействия ребенка с окружающими
310. развитие произвольной регуляции поведения
311. выработку более адекватных и гибких форм реагирования ребенка на свое заболевание
312. Организация психологической коррекции с детьми с расстройствами аутистического спектра направлена на:
313. эмоциональную стимуляцию ребенка и стабилизацию его внутренних аффективных процессов
314. развитие способности ребенка длительное время удерживать внимание на каком-либо занятии или предмете
315. стимуляцию познавательной активности ребенка
316. активизацию и совершенствование способов взаимодействия ребенка с окружающими
317. развитие произвольной регуляции поведения
318. выработку более адекватных и гибких форм реагирования ребенка на свое заболевание
319. Психологическая коррекция с соматически ослабленными детьми направлена на:
320. эмоциональную стимуляцию ребенка и стабилизацию его внутренних аффективных процессов
321. развитие способности ребенка длительное время удерживать внимание на каком-либо занятии или предмете
322. стимуляцию познавательной активности ребенка
323. активизацию и совершенствование способов взаимодействия ребенка с окружающими
324. развитие произвольной регуляции поведения
325. выработку более адекватных и гибких форм реагирования ребенка на свое заболевание
326. Психологическая коррекция с гиперактивными детьми направлена на:
327. эмоциональную стимуляцию ребенка и стабилизацию его внутренних аффективных процессов
328. развитие способности ребенка длительное время удерживать внимание на каком-либо занятии или предмете
329. стимуляцию познавательной активности ребенка
330. активизацию и совершенствование способов взаимодействия ребенка с окружающими
331. развитие произвольной регуляции поведения
332. выработку более адекватных и гибких форм реагирования ребенка на свое заболевание
333. Родителям гиперактивного ребенка рекомендуется:
334. обещания и поощрения ребенку предоставлять сразу
335. строго отчитывать ребенка за каждое проявление неусидчивости и невнимательности
336. организовать режим дня таким образом, чтобы не перегружать ребенка
337. убедить ребенка в том, что будут любить его только при условии его хорошего поведения
338. Психокоррекционная работа с семьями, воспитывающими детей с ОВЗ, включает:
339. коррекцию переживаний членов семьи по поводу рождения ребенка с недостатками развития (стресс, фрустрация, чувство вины)
340. формирование у родителей компетентности в отношении возрастных и индивидуальных особенностей ребенка
341. принятие родителями ребенка таким, какой он есть
342. рефлексию родителями собственной стратегии воспитания
343. обучение родителей методическим приемам работы с ребенком по формированию у него навыков адекватного поведения
344. коррекцию отношений между матерью и ребенком
345. коррекцию отношений между матерью и отцом ребенка

**Тема 2.** *Проблемы и методы психологической диагностики нарушений психического развития и отклоняющегося поведения (продолжение)*

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

* Проверка практических навыков*(КСР)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

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

На базе ГАУЗ ООКНД провести экспериментально-психологическое исследование ребенка с нарушениями психического развитияс использованием одной из следующих проективных методик:

* «Рисунок человека»
* «Несуществующее животное»
* «Рисунок семьи»
* «Дом-Дерево-Человек».

Подготовить заключение по данным экспериментально психологического исследования.

Требования к оформлению заключения по данным экспериментально-психологического исследования представлены в *Методических указаниях по самостоятельной работе обучающихся по данной дисциплине.*

**Модуль 10. Теоретико-методологические основы психологического вмешательства**

**Тема 1.** *Теоретико-методологические основы психологического вмешательства*

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

* Устный опрос
* Тестирование
* Письменный опрос *(рубежный контроль по модулю)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Понятие психологического консультирования.

2. Субъект консультирования.

3. Мишени психологического консультирования.

4. Понятие психологической коррекции.

5. Цели применения психокоррекции.

6. Теоретические и методологические основы психотерапии.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. В НАИМЕНЬШЕЙ СТЕПЕНИ СУЩНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ В СОВРЕМЕННОМ ЕЕ ПОНИМАНИИ РАСКРЫВАЕТ ПОНЯТИЕ:
	1. психологическое вмешательство;
	2. психологическая коррекция;
	3. внушение;
	4. клинико-психологическая интервенция;
	5. комплайенс.
2. ЕСЛИ НЕВРОЗ ПОНИМАЕТСЯ КАК СЛЕДСТВИЕ КОНФЛИКТА МЕЖДУ БЕССОЗНАТЕЛЬНЫМ И СОЗНАНИЕМ, ТО ПСИХОТЕРАПИЯ БУДЕТ НАПРАВЛЕНА НА:
	* 1. переучивание;
		2. осознание;
		3. интеграцию опыта;
		4. распознавание ошибочных стереотипов мышления;
		5. интерпретацию психологических защит.
3. ЧТО НЕ МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ В КАЧЕСТВЕ ТЕОРИИ, ОКАЗАВШЕЙ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ГУМАНИСТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ?
	* + 1. экзистенциальная философия;
			2. феноменологический подход;
			3. восточная философия;
			4. теории научения;
			5. гештальт-психология.
4. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ (РЕКОНСТРУКТИВНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
	* + - 1. теория деятельности;
				2. теория отношений;
				3. теория установки;
				4. теория поля;
				5. психоанализ.
5. ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ (РЕКОНСТРУКТИВНАЯ) ПСИХОТЕРАПИЯ — ЭТО:
6. психотерапевтическое воздействие, учитывающее личностные особенности пациента;
7. психотерапевтическое направление, основанное на психологии отношений;
8. вариант клиент-центрированной психотерапии;
9. вариант когнитивной психотерапии;
10. вариант поведенческой психотерапии.
11. В РАМКАХ КАКОЙ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ОРИЕНТАЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ ДАНО СЛЕДУЮЩЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ: «ПСИХОТЕРАПИЯ — ЭТО ПРОЦЕСС ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ДВУМЯ ИЛИ БОЛЕЕ ЛЮДЬМИ, ОДИН ИЗ КОТОРЫХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАЛСЯ В ОБЛАСТИ КОРРЕКЦИИ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ»?
12. психодинамической;
13. гуманистической;
14. когнитивной;
15. поведенческой;
16. телесно-ориентированной.
17. ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ:
18. теории деятельности;
19. теорий научения;
20. концепции отношений;
21. психологии установки;
22. психоанализа.
23. КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ВОЗНИКЛА КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ:
24. рациональной психотерапии;
25. гуманистической психотерапии;
26. поведенческой психотерапии;
27. психодинамической психотерапии;
28. телесно-ориентированной психотерапии.
29. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
30. бихевиоризм;
31. психоанализ;
32. гуманистическая психология;
33. когнитивная психология;
34. психосинтез.
35. ПСИХОТЕРАПИЕЙ, ЦЕНТРИРОВАННОЙ НА ПЕРЕНОСЕ, МОЖЕТ БЫТЬ НАЗВАНА ТАКАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА, КАК:
36. когнитивная психотерапия;
37. разговорная психотерапия;
38. экзистенциальная психотерапия;
39. психоанализ;
40. клиент-центрированная.
41. ТЕРМИН «ПЕРЕНОС» ОБОЗНАЧАЕТ:
	1. эмоционально теплые отношения между пациентом и психотерапевтом;
	2. доверие и открытость пациента по отношению к психотерапевту;
	3. специфические отношения между пациентом и психотерапевтом, основанные на проекции;
	4. партнерские отношения между пациентом и психотерапевтом;
	5. конструктивные отношения.
42. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА-ПСИХОАНАЛИТИКА ЯВЛЯЕТСЯ РОЛЬ:
43. фасилитатора;
44. инструктора;
45. интерпретатора;
46. эксперта;
47. диктатора.
48. ОСНОВНОЙ ПРОЦЕДУРОЙ ПСИХОАНАЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
49. интерпретация;
50. прояснение;
51. фокусировка;
52. преодоление;
53. рольфинг.
54. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРОЦЕДУР НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ?
55. конфронтация;
56. интерпретация;
57. реатрибуция;
58. прояснение;
59. толкование сновидений.
60. В ПРОЦЕССЕ ПСИХОАНАЛИЗА АНАЛИЗУ НЕ ПОДВЕРГАЮТСЯ:
61. свободные ассоциации;
62. сновидения;
63. автоматические мысли;
64. сопротивление.
65. оговорки.
66. В ПРОЦЕССЕ ПСИХОАНАЛИЗА АНАЛИЗУ ПОДВЕРГАЮТСЯ:
67. ошибочные действия;
68. автоматические мысли;
69. неадаптивные поведенческие стереотипы;
70. ошибочные когниции;
71. сверхценные мысли.
72. ТЕРМИН «НАУЧЕНИЕ» ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ:
73. опытной психотерапии;
74. гештальт-терапии;
75. психодрамы;
76. когнитивной психотерапии;
77. аналитической психотерапии.
78. МЕТОД СИСТЕМАТИЧЕСКОЙ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ ОСНОВАН НА:
79. оперантномобусловливании;
80. классическом обусловливании;
81. научении по моделям;
82. внушении;
83. психосинтезе.
84. ТАК НАЗЫВАЕМАЯ «ЖЕТОННАЯ СИСТЕМА» — ЭТО МЕТОД, ОСНОВАННЫЙ НА:
85. оперантномобусловливании;
86. классическом обусловливании;
87. научении по моделям;
88. внушении;
89. аутогенной тренировке.
90. КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ НЕ НАПРАВЛЕНА НА ВЫЯВЛЕНИЕ:
91. ошибочных действий;
92. иррациональных установок;
93. автоматических мыслей;
94. дисфункциональных убеждений;
95. решение психосоциальных проблем.
96. ПРОТИВОПОЛОЖНЫМ ПОНЯТИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ В РАМКАХ КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ РОДЖЕРСА ЯВЛЯЕТСЯ:
97. эмпатия;
98. принятие;
99. открытость опыту;
100. аутентичность;
101. конгруэнтность.
102. ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ — ЭТО:
	1. самостоятельное психотерапевтическое направление;
	2. метод, использующий в лечебных целях групповую динамику;
	3. метод, ориентированный исключительно на процесс «здесь-и-теперь»;
	4. метод, направленный на переработку межличностных конфликтов;
	5. метод, основанный на принципах личностно-ориентированной психотерапии.
103. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
	* 1. биографическая ориентация;
		2. тематическая ориентация;
		3. интеракционная ориентация;
		4. симптоматическая ориентация;
		5. патогенетическая ориентация.
104. В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО МЕХАНИЗМА ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ РАССМАТРИВАЕТСЯ:
105. межличностное научение;
106. имитационное поведение;
107. сообщение информации;
108. интерперсональное влияние;
109. индукция.
110. В КОНТЕКСТЕ ГРУППОВОЙ ДИНАМИКИ ПРОТИВОПОЛОЖНЫМ ПОНЯТИЮ «НАПРЯЖЕНИЕ» ЯВЛЯЕТСЯ ПОНЯТИЕ:
111. релаксация;
112. групповая сплоченность;
113. принятие;
114. безопасность;
115. конфронтация.
116. КАКАЯ ИХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РОЛЕЙ ГРУППОВОГО ПСИХОТЕРАПЕВТА ЯВЛЯЕТСЯ НАИМЕНЕЕ КОНСТРУКТИВНОЙ:
117. комментатор;
118. технический эксперт;
119. активный лидер;
120. опекун;
121. участник, устанавливающий модели поведения.
122. ПСИХОДРАМА — ЭТО МЕТОД, НАПРАВЛЕННЫЙ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, НА СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ:
123. диагностики неадекватных поведенческих стереотипов и их коррекции;
124. повышения коммуникативной компетентности;
125. спонтанного выражения эмоций, связанных со значимой проблематикой;
126. переработки межличностных конфликтов;
127. формирования более зрелых психологических защит.
128. КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА ПОВЫШАЕТСЯ С РАЗВИТИЕМ ТАКОГО КАЧЕСТВА, КАК:
129. ригидность;
130. агрессивность;
131. способность к эмпатии;
132. тревожность;
133. конфликтность.
134. АФФИЛИАЦИЯ — ЭТО:
	1. способность к сочувствию, сопереживанию;
	2. стремление человека быть в обществе других людей;
	3. потребность в достижениях;
	4. склонность испытывать эмоцию тревоги;
	5. склонность избегать конфликтных ситуаций.
135. ЭМПАТИЯ — ЭТО:
	1. способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию;
	2. склонность к повышенному настроению;
	3. склонность испытывать чувство вины;
	4. потребность в эмоциональной поддержке со стороны окружающих людей;
	5. потребность в позитивном подкреплении.
136. КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ВРАЧА СНИЖАЕТСЯ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ СЛЕДУЮЩИХ СВОЙСТВ:
	* 1. эмпатия;
		2. повышенная тревожность;
		3. уверенность поведения;
		4. сенситивность;
		5. конгруэнтность.
137. КОММУНИКАТИВНЫЙ БАРЬЕР ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАН С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ:
	1. сенситивности к отвержению;
	2. восприятия социальной поддержки;
	3. агрессивности;
	4. депрессивности;
	5. социального интеллекта.
138. ТРЕВОГА — ЭТО ЭМОЦИЯ:
139. связанная с переживанием текущих неприятностей и неудач;
140. направленная в будущее, связанная с предвосхищением возможных неудач;
141. связанная с переживанием прошлых обид и потерь;
142. сопровождающая переживание любого негативного события;
143. возникающая только при наличии объективно опасного объекта.
144. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СГОРАНИЯ — СЛЕДСТВИЕ:
	1. неуверенности в себе и повышенной ответственности;
	2. чрезмерной впечатлительности;
	3. профессиональной некомпетентности;
	4. критики со стороны старших;
	5. высокой нагрузки на работе.
145. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:
	* 1. отработке практических навыков;
		2. повышении уровня знаний;
		3. установлении эмоциональной дистанции с больными;
		4. совершенствовании профессионализма, установлении адекватной эмоциональной дистанции с больными, формировании индивидуального врачебного «имиджа»;
		5. установлении дружеских отношений с коллегами.
146. СОКРАЩЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИСТАНЦИИ С БОЛЬНЫМ ДОПУСТИМО:
	1. при длительном общении с пациентом;
	2. во взаимоотношениях с агрессивным пациентом;
	3. в ситуациях, когда возникает угроза жизни больного;
	4. при наличии взаимной симпатии между врачом и больным;
	5. при уверенности терапевта в своем профессионализме.
147. ПЕРВОЕ ВПЕЧАТЛЕНИЕ БОЛЬНОГО О ВРАЧЕ:
	* 1. складывается в первые 18 секунд знакомства;
		2. формируется в течение первой встречи врача и больного;
		3. складывается постепенно, по мере того, как они лучше узнают друг друга;
		4. неустойчиво и быстро корригируется под влиянием других впечатлений;
		5. не оказывает существенного влияния на установление терапевтических отношений.
148. ОЩУЩЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНТАКТА ДАЕТ ЭЛЕМЕНТ НЕВЕРБАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ:
	1. взгляд в глаза;
	2. жест приветствия;
	3. поворот корпуса тела и головы в сторону больного;
	4. кивок головой;
	5. сокращение физической дистанции.
149. В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ ВРАЧА С БОЛЬНЫМИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ ПОЗЫ:
	1. симметричные;
	2. естественные симметричные;
	3. естественные асимметричные закрытые;
	4. естественные асимметричные открытые;
	5. естественные симметричные, открытые.
150. ОСНОВНЫМИ ЦЕЛЯМИ АРТ-ТЕРАПИИ В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ:
151. активизация общения пациента;
152. более точного выражения своих проблем и переживаний;
153. развития у больного художественных навыков и способностей;
154. высвобождения скрытого в каждом пациенте потенциала; самореализации
155. верно «1» и «3».
156. В СИСТЕМЕ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИОБРЕТАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ:
157. суггестивная психотерапия;
158. православная и другие виды конфессиональной психотерапии;
159. нейролингвистическое программирование;
160. экзистенционально-гуманистическая психотерапия;
161. верно «2» и «4».

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **Тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70-79% правильных ответов. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов. |
| **Устный опрос** | Оценкой «ОТЛИЧНО» оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой «ХОРОШО» оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Решение проблемно-ситуационных задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан неправильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **Проверка заключения по данным экспериментально-психологического исследования** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если заключение по данным экспериментально-психологического исследования полное, последовательное, написано аккуратно. Структура заключения соответствует образцу. В заключении приведены результаты исследования по каждой шкале каждой психодиагностической методики (количество баллов по шкале + уровень), дана подробная интерпретация результатов по каждой методике в отдельности и общее заключение с кратким повторением основных результатов по всем использованным методикам. Приложены заполненные испытуемым бланки психодиагностических методик. Заключение сдано в установленный срок. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если заключение по данным экспериментально-психологического исследования полное, последовательное, составлено в соответствии с образцом. Имеют место несущественные стилистические ошибки, оформление аккуратное. В заключении приведены результаты исследования по каждой шкале каждой психодиагностической методики (количество баллов по шкале + уровень), дана подробная интерпретация результатов по каждой методике в отдельности и общее заключение с кратким повторением основных результатов по всем использованным методикам. Допущены незначительные ошибки в интерпретации результатов исследования. Приложены заполненные испытуемым бланки психодиагностических методик. Заключение сдано в установленный срок. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если заключение по данным экспериментально-психологического исследования неполное, оформлено неаккуратно, структура отличается от установленного образца. В заключении приведены результаты исследования по каждой шкале каждой психодиагностической методики (количество баллов по шкале + уровень), однако отсутствует подробная интерпретация результатов по каждой из методик, либо общее заключение. В интерпретации результатов исследования допущены ошибки. Приложены заполненные испытуемым бланки психодиагностических методик. Заключение сдано позже установленного срока. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если заключение по данным экспериментально-психологического исследования неполное, бессистемное, оформлено неаккуратно, без соблюдения установленной структуры. Отсутствуют данные (количество баллов по шкале + уровень) по некоторым методикам, допущены грубые ошибки в интерпретации результантов исследования. Заполненные испытуемым бланки психодиагностических методик не приложены. Заключение сдано позже установленного срока. |

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

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

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

*(Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:*

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет:*

***Рд = Ртс + Рз***

*Где:*

*Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;*

*Рз –зачетный рейтинг)*

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

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

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

*Баллы распределяются следующим образом:*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**1 балл** – 1-10% правильных ответов

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

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

*Баллы распределяются следующим образом:*

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

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Проблема нормы и патологии в клинической психологии.
2. Проблемы психической адаптации и компенсации. Понятия дезадаптации и декомпенсации в клинической психологии.
3. Научные направления клинической психологии: анатомо-конституциональное направление.
4. Научные направления клинической психологии: физиологическое направление.
5. Научные направления клинической психологии: структурно-психологическое направление.
6. Научные направления клинической психологии: функциональное направление.
7. Научные направления клинической психологии: глубинное направление.
8. Научные направления клинической психологии: холическое направление.
9. Научные направления клинической психологии: бихевиориальное направление.
10. Научные направления клинической психологии: когнитивное направление.
11. Научные направления клинической психологии: гуманистическое направление.
12. Научные направления клинической психологии: экзистенциальное направление.
13. Научные направления клинической психологии: трансактное направление.
14. Психические процессы, как предмет исследования в клинической психологии. Нарушения психических процессов.
15. Психические свойства, как предмет исследования в клинической психологии. Нарушения психических свойств.
16. Психические состояния, как предмет исследования в клинической психологии. Нарушения психических состояний.
17. Поведенческий профиль, как предмет исследования в клинической психологии. Нарушения поведенческого профиля.
18. Биопсихосоциальный подход к исследованиям в клинической психологии (психологические методы, социально-психологические методы, параклинические (биологические) методы).
19. Предмет, цели и задачи патопсихологии. Методы патопсихологии.
20. Понятие о патопсихологических синдромах (симптомокомплексах, регистр-синдромах).
21. Предмет, цели и задачи нейропсихологии. Основные нейропсихологические понятия (нейропсихологический фактор, нейропсихологический симптом, нейропсихологический синдром).
22. Теория системной динамической локализации высших психических функций (ВПФ).
23. Основные нейропсихологические понятия (нейропсихологический фактор, нейропсихологический симптом, нейропсихологический синдром). Основные нейропсихологические синдромы.
24. Методология нейропсихологического исследования по А.Р. Лурия.
25. Соматопсихические и психосоматические соотношения. Классификация психосоматических расстройств. Классификация соматопсихических расстройств.
26. Психологические методы исследования аномального ребёнка. Игра и рисование как диагностические методы.

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

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедрапсихиатрии и наркологии

направление подготовки (специальность)37.05.01 «Клиническая психология»

дисциплина «Методология исследования в клинической психологии»

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

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

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Нейропсихология индивидуальных различий.

2. Проблема нормы и патологии в клинической психологии.

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

20.05.2019 г.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ***ОК-7*** – готовностью к саморазвитию, самореализации, использованию творческого потенциала | Знать методологические основы своей профессиональной деятельности, знать алгоритмы патопсихологических исследований и технологию проведения соответствующих им методик | вопросы №12, 13, 25 |
| Уметь формулировать систему навыков наблюдения, выбора, участия и самостоятельно использовать новые методы исследования в клинической психологии; приобретать новые знания о научно-практических направлениях своей профессиональной деятельности и использовать их в своей личностной профессиональной направленности, адаптироваться к новым условиям профессиональной деятельности | вопросы №1, 14 |
| Владеть навыками наблюдения, адекватного выбора, участия и самостоятельного использования новых методов исследования в клинической психологии; способностью к адаптации в новых условиях профессиональной деятельности, навыками и умениями формирования новых межличностных социокультурных отношений | вопросы №11, 24, 26 |
| 2 | ***ПК-1*** – готовностью разрабатывать дизайн психологического исследования, формулировать проблемы и гипотезы, планировать и проводить эмпирические исследования, анализировать и обобщать полученные данные в виде научных статей и докладов | Знать алгоритм проведения психологических исследований в различных научных и научно-практических областях клинической психологии | вопросы №2, 23 |
| Уметь быть готовым проводить психологические исследования на основе применения общепрофессиональных знаний и умений в различных научных и научно-практических областях клинической психологии | вопросы №10, 15 |
| Владеть знаниями по проведению психологических исследований с использованием алгоритма патопсихологических и психопатологических исследований в различных научных и научно-практических областях клинической психологии | вопросы №3, 16 |
| 3 | ***ПК-3*** – способностью планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое обследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этико-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик | Знать теоретические основы диагностической работы, этапы диагностической работы, психопатологическую и патопсихологическую основу психодиагностики, методологию диагностического процесса | вопросы №9, 22 |
| Уметь самостоятельно проводить психодиагностическое исследование в соответствии с исследовательскими задачами и этико-деонтологическими нормами | вопросы №4, 21 |
| Владеть навыками и умениями планировать диагностическое исследование, методологически выдерживать психодиагностику | вопросы №8, 17 |
| 4 | ***ПК-4*** – способностью обрабатывать и анализировать данные психодиагностического обследования пациента, формулировать развернутое структурированное психологическое заключение, информировать пациента (клиента) и медицинский персонал (заказчика услуг) о результатах диагностики и предлагаемых рекомендациях | Знать правила оформления документации, психологических заключений | вопросы №5, 18 |
| Уметь самостоятельно проводить обработку и анализ полученных данных, интерпретировать результаты исследования, оформлять документацию в форме психологического заключения | вопросы №7, 20 |
| Владеть навыками и умениями выявлять и систематизировать патопсихологическую симптоматику и психологически квалифицировать; навыками написания психологического заключения по результатам клинико-психологического и экспериментально-психологического исследований | вопросы №6, 19 |

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

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

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

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

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

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

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

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

**ПАМЯТКА**

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

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

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

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

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