

МИНИСТЕРСТВО СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНБАССКАЯ АГРАРНАЯ АКАДЕМИЯ»

КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ



ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине

Клиническая психология и психиатрия

(наименование дисциплины)

Направление подготовки/специальность 37.03.01 Психология

(код и наименование направления подготовки/специальности)

Направленность (профиль)

(наименование профиля/специализации подготовки, при наличии)

Квалификация выпускника: бакалавр

(квалификация выпускника)

Год начала подготовки: 2023

Макеевка – 2025

Фонд оценочных средств по дисциплине является частью ОПОП ВО по направлению подготовки 37.03.01 Психология и предназначен для оценивания уровня сформированности компетенций обучающихся.

Разработчик(и)


(подпись)

Л.С.Бондарь
(ИОФ)

(подпись)

(ИОФ)

(подпись)

(ИОФ)

Фонд оценочных средств обсужден на заседании ПМК кафедры психологии, протокол № 9 от 16 апреля 2025 года.

Председатель ПМК


(подпись)

Л.С. Бондарь
(ИОФ)

Фонд оценочных средств утвержден на заседании кафедры психологии, протокол № 9 от 16 апреля 2025 года.

Заведующий кафедрой


(подпись)

Е.Н. Рядинская
(ИОФ)

Раздел 1. ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине «Клиническая психология и психиатрия»

(наименование дисциплины)

1.1. Основные сведения о дисциплине

Укрупненная группа	37.00.00 Психологические науки		
Направление подготовки	37.03.01 Психология		
Направленность программы	Психология		
Образовательная программа	Бакалавриат		
Квалификация	бакалавр		
Дисциплина базовой / вариативной части образовательной программы	Обязательная часть		
Форма контроля	экзамен		
Показатели трудоемкости	Форма обучения		
	очная	очно-заочная	заочная
Год обучения	3	3	-
Семестр	5	5	-
Количество зачетных единиц	5	5	-
Общее количество часов	180	180	-
Количество часов, часы:			
- лекционных	36	6	-
- практических (семинарских)	36	4	-
- лабораторных	-	-	-
- курсовая работа (проект)	-	-	-
- контактной работы на промежуточную аттестацию	2,3	2,3	-
- контактной работы (консультации)	34	60	-
- самостоятельной работы	71,7	107,7	-

1.2. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной

Клиническая психология и психиатрия

Компетенция	Индикаторы компетенций	Результаты обучения
УК-9. Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах	УК-9.2. Применяет базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах с лицами, имеющими физические и (или) психические нарушения	Знать: дефектологическую терминологию. Основные виды и психологические механизмы нарушений психической деятельности личности при психических и соматических заболеваниях. Уметь: определять необходимость применения дефектологических знаний в социальной и профессиональной сферах с лицами, имеющими физические и (или) психические нарушения. Владеть: навыками применения дефектологических знаний в социальной и профессиональной сферах с лицами, имеющими физические и (или) психические нарушения. Основными приемами диагностики, профилактики, экспертизы, коррекции психологических свойств и состояний, характеристик психических процессов, различных видов деятельности индивидов и групп.

1.3. Перечень тем дисциплины

Шифр темы	Название темы	Кол-во часов
Т 1	Предмет, цели, задачи, отрасли клинической психологии. Виды практической деятельности клинического психолога. Правовые основы деятельности клинического психолога.	8
Т 2	Формирование отношения личности к текущему соматическому заболеванию. ВКБ. Соматозогнозии. Типы личностных реакций на болезнь. Психологическая характеристика этапов соматического заболевания.	8
Т 3	Психогенные, психосоматические, соматоформные расстройства. Астенический, психоорганический синдром, синдром хронической усталости. Концепции психосоматических расстройств.	8
Т 4	Возрастные аспекты клинической психологии. Психологические особенности пациентов, страдающих заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта	8
Т 5	Психологические особенности пациентов, страдающих заболеваниями	8

	эндокринной системы, гинекологической сферы; пациентов с почечными и печеночными заболеваниями, пациентов с нарушениями пищевого поведения.	
T 6	Психологические особенности пациентов, страдающих заболеваниями кожи, дыхательной системы; пациентов с хирургической ионкопатологией.	8
T 7	Деонтологические аспекты клинической психологии. Психологические требования к личности врача. Модели построения взаимоотношений врач-больной. Психологические аспекты комплаентности	8
T 8	Психиатрия, предмет, задачи. Эпидемиология психических заболеваний.	8
T 9	Норма и патология, психическое здоровье и психическая болезнь.	8
T 10	Методология психиатрического диагноза. Клинический метод и клинко-психопатологический методы. Классификация психических заболеваний.	8
T 11	Психопатологические особенности детского и подросткового периодов.	8
T12	Шизофрения. Этиология, патогенез, клиника.	10
T13	Аффективные психические заболевания.	8
T14	Эпилепсия. Эпилептические синдромы.	8
T15	Дисморфомания. Нервная анорексия. Булимия.	10
T16	Экзогенные психические расстройства. Классификация и клиника.	10
T17	Акцентуации характера по А.Е. Личко и акцентуации личности по К. Леонгарду. Психопатии и социопатии.	8
T18	Неврозы. Классификация. Клиника и диагностика.	8
T19	Общая психотерапия психических расстройств.	10
T20	Общая наркология. Классификация наркологических заболеваний.	8
T21	Суицидология. Основные понятия и систематика.	8
T22	Другие виды контактной работы	2,3
Всего		180

1.4. Матрица соответствия тем дисциплины

<i>Шифр компетенции по ФГОС ВО</i>	<i>Шифр темы</i>																
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14	T15	T16	T17
ОПК-5.1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

1.5. Соответствие тем дисциплины и контрольно-измерительных материалов

№ ТЕМЫ	ФОРМЫ КОНТРОЛЯ, КАТЕГОРИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ЦЕЛЕЙ, ВИДЫ ЗАДАНИЙ					
	<i>Тестовые задания по теоретическому материалу</i>	<i>Вопросы для устного опроса</i>	<i>Типовые задания практического характера</i>	<i>Задания для контрольной работы</i>	<i>Тематика рефератов, докладов, сообщений</i>	<i>Групповое творческое задание</i>
	Блок А		Блок Б			
	Контроль знаний		Контроль умений, навыков			
Тема 1	+	+	+	+	+	+
Тема 2	+	+	+	+	+	+
Тема 3	+	+	+	+	+	+
Тема 4	+	+	+	+	+	+
Тема 5	+	+	+	+	+	+
Тема 6	+	+	+	+	+	+
Тема 7	+	+	+	+	+	+
Тема 8	+	+	+	+	+	+
Тема 9	+	+	+	+	+	+
Тема 10	+	+	+	+	+	+
Тема 11	+	+	+	+	+	+
Тема 12	+	+	+	+	+	+
Тема 13	+	+	+	+	+	+
Тема 14	+	+	+	+	+	+

№ темы	ФОРМЫ КОНТРОЛЯ, КАТЕГОРИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ЦЕЛЕЙ, ВИДЫ ЗАДАНИЙ					
	<i>Тестовые задания по теоретическому материалу</i>	<i>Вопросы для устного опроса</i>	<i>Типовые задания практического характера</i>	<i>Задания для контрольной работы</i>	<i>Тематика рефератов, докладов, сообщений</i>	<i>Групповое творческо е задание</i>
Тема 15	+	+	+	+	+	+

1.6. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования

Результат обучения по дисциплине	Критерии и показатели оценивания результатов обучения				
	неудовлетворительно		удовлетворительно	хорошо	отлично
I этап	Отсутствие знаний	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные и систематические знания
II этап	Отсутствие знаний	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные и систематические знания
III этап	Отсутствие знаний	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные и систематические знания

Раздел 2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Блок А

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Фонд тестовых заданий по дисциплине

Тема 1-7

1. Кому принадлежит термин «клиническая психология»?

- a. Кречмеру;
- b. Жанэ;
- c. Уитмеру;**
- d. Фрейду.

2. Кто первым открыл экспериментально-психологическую лабораторию в России?

- a. Чиж;
- b. Бехтерев;**
- c. Корсаков;
- d. Россолимо.

3. Кого можно считать родоначальником нейропсихологии?

- a. Прибрама;
- b. Лейбница;
- c. Коха;
- d. Галля.**

4. Назовите основателя научной психологии:

- a. Вундт;**
- b. Рибо;
- c. Крепелин;
- d. Лазурский.

5. Укажите психолога, внесшего наибольший вклад в развитие патопсихологии в России:

- a. Мясищев;
- b. Лебединский;
- c. Зейгарник;**
- d. Рубинштейн.

6. Основателем нейропсихологической школы в России является:

- a. Трауготт;
- b. Корнилов;
- c. Павлов;
- d. Лурия.**

7. Кто является основоположником бихевиоризма?

- a. Перлс;
- b. Адлер;
- c. Уотсон;**
- d. Вертхаймер.

8. Назовите основателя глубинной психологии:

- a. Бинсвангер;
- b. Фрейд;**
- c. Скиннер;
- d. Эллис.

9. Кто разработал психологию отношений?

- a. Леонтьев;
- b. Узнадзе;

с. Мясищев;

d. Бодалев.

10. Кому принадлежит разработка психологии деятельности?

a. Басову;

b. Нечаеву;

с. Леонтьеву;

d. Бернштейну.

11. Клиническая психология оказывает значительное влияние на развитие следующих отраслей медицины, кроме:

a. психиатрии;

b. травматологии;

c. неврологии;

d. нейрохирургии.

12. Теоретические и практические проблемы какой специальности не могут разрабатываться без клинической психологии:

a. фитотерапии;

b. физиотерапии;

с. психотерапии;

13. Клиническая психология оказывает значительное влияние на развитие следующих общетеоретических вопросов психологии, кроме:

a. анализа компонентов, входящих в состав психических процессов;

b. изучения соотношения развития и распада психики;

с. разработки философско-психологических проблем;

d. установления роли личностного компонента в структуре различных форм психической деятельности.

14. Какая этическая модель в клинической психологии получила наибольшее развитие в последней четверти XX в.?

a. модель Гиппократов;

b. биоэтика;

c. деонтологическая модель;

d. модель Парацельса.

15. Какой принцип в клинической психологии может конкретизироваться как этиология и патогенез психопатологических расстройств?

a. принцип единства сознания и деятельности;

b. принцип развития;

c. принцип личностного подхода;

d. принцип структурности.

16. Кто ввел в обращение термин «деонтология»?

a. Декарт;

b. Спиноза;

с. Бентам;

d. Бубер.

17. К числу первых попыток локализовать ВПФ в коре головного мозга относятся работы:

a. Галена;

b. Галля;

c. Клейста;

d. Лурия

18. Основным предметом реабилитационной нейропсихологии является:

a. установление причинно-следственных отношений между поврежденным мозгом и изменениями со стороны психики;

b. разработка методов инструментального исследования больных с локальными поражениями мозга;

с. восстановление утраченных из-за травмы или болезни высших психических функций;

d. совершенствование представлений о нейропсихологических симптомах и синдромах.

19. Автором культурно-исторической теории развития ВПФ является:

- a. Сеченов;
- b. Бехтерев;
- c. Выготский;**
- d. все трое.

20. Зона ближайшего развития — это:

- a. ближайший к текущей дате возрастной период;
- b. то, что может ребенок с помощью взрослого;**
- c. уровень достигнутого интеллектуального развития;
- d. критерий учебной успеваемости.

21. Системообразующим фактором для всех типов функциональных объединений в соответствии с концепцией Анохина является:

- a. наличие связи между элементами системы;
- b. многочисленность элементов системы;
- c. наличие нескольких уровней в системе;
- d. цель.**

22. Термин «гетерохронность» в нейропсихологии обозначает:

- a. трудности формирования гностических функций;
- b. неодновременность развития функций;**
- c. патологию со стороны двигательного аппарата;
- d. различия в результатах нейропсихологического тестирования.

23. Изменчивость мозговой организации функций является отражением:

- a. принципа системной локализации функций;
- b. принципа динамической локализации функций;**
- c. принципа иерархической соподчиненности функций;
- d. всех трех принципов.

24. Жесткость организации мозговых функций обусловлена:

- a. меньшей подверженностью травмам;
- b. их реализацией в макросистемах головного мозга;
- c. более ранним периодом формирования;
- d. последними двумя обстоятельствами.**

25. Основным тезисом эквипотенциализма является:

- a. многоуровневость организации ВПФ;
- b. функциональная равноценность левого и правого полушарий;
- c. принципиальная схожесть протекания психических функций у всех людей;
- d. равноценность роли всех зон мозга в реализации психической деятельности.**

26. Медиобазальные отделы головного мозга по классификации Лурия относятся:

- a. к энергетическому неспецифическому блоку;**
- b. к блоку переработки экстероцептивной информации;
- c. к блоку программирования, регуляции и контроля;
- d. ни к одному из них.

27. Инструментом выделения нейропсихологического фактора является:

- a. совокупность физиологических исследований;
- b. клиническая беседа с больным или испытуемым;
- c. синдромный анализ;**
- d. математическая процедура.

28. Отличие асинхронии от гетерохронии в развитии психики ребенка заключается:

- a. в том, что гетерохрония является естественным фактором развития;**
- b. в масштабности охвата психических функций;
- c. в том, что асинхрония касается лишь одного аспекта работы мозга;
- d. различий нет, это синонимы.

29. Нарушение контроля за исполнением собственного поведения в основном связано с:

- a. патологией лобных долей;**

- b. повреждением глубоких структур мозга;
- c. нарушением работы теменно-затылочных отделов;
- d. височной патологией.

30. К числу задач, решаемых с помощью методов нейропсихологической диагностики, не относится:

- a. постановка топического диагноза;
- b. оценка динамики психических функций;
- c. определение причин аномального психического функционирования;
- d. выбор форм нейрохирургического вмешательства.**

31. Расстройства различных видов ощущений называются:

- a. агнозиями;
- b. галлюцинациями;
- c. сенсорными расстройствами;**
- d. иллюзиями.

32. Общим признаком зрительных агнозий являются:

- a. неспособность увидеть что-либо;
- b. изменения полей зрения;
- c. нарушение мыслительных процессов;
- d. потеря способности узнавания.**

33. Неспособность опознать плоский предмет наощупь с закрытыми глазами называется:

- a. аутоагнозией;
- b. тактильной агнозией;**
- c. дермолексией;
- d. соматоагнозией.

34. Аутоагнозия — признак:

- a. нижнетеменного поражения;
- b. верхнетеменного поражения;**
- c. среднетеменного поражения;
- d. поражения вторичных отделов зрительного анализатора.

35. Принцип сенсорных коррекций сложных движений был разработан:

- a. Бехтеревым;
- b. Сеченовым;
- c. Лурия;
- d. Бернштейном.**

36. Замена нужных движений на шаблонные является признаком:

- a. кинестетической апраксии;
- b. пространственной апраксии;
- c. кинетической апраксии;
- d. регуляторной апраксии.**

37. Приобретенное речевое расстройство вследствие поражения левого полушария называется:

- a. алалией;
- b. мутизмом;
- c. дизартрией;
- d. афазией.**

38. Поражение теменно-затылочной зоны левого полушария часто приводит к:

- a. эфферентной моторной афазии;
- b. сенсорной афазии;
- c. семантической афазии;**
- d. динамической афазии.

39. Основным дефектом при вербальной алексии является:

- a. слабое зрение;
- b. нарушения симультанного узнавания;**
- c. перепутывание букв;

d. первая и третья причины.

40. Аграфия — это:

- a. потеря способности к рисованию;
- b. потеря способности переноса навыков письма с правой руки на левую у правшей;
- c. навязчивые повторения отдельных букв при письме или штрихов при рисовании;
- d. нарушение способности правильно по форме и смыслу писать.**

41. Акалькулия часто сочетается с:

- a. семантической афазией;**
- b. кинестетической апраксией;
- c. соматоагнозией;
- d. эмоциональными расстройствами.

42. Неспецифические расстройства памяти преимущественно связаны с работой:

- a. первого блока мозга;**
- b. второго блока мозга;
- c. третьего блока мозга;
- d. всех трех блоков.

43. «Полевое поведение» является результатом поражения:

- a. лобных долей;**
- b. височных долей;
- c. затылочных долей;
- d. теменных долей.

44. Экспериментальным приемом обнаружения модально-специфических нарушений внимания является:

- a. корректурная проба;
- b. одновременное предъявление двух стимулов парным анализаторам;**
- c. управление движущимся объектом;
- d. узнавание стимульного материала.

45. Дефекты мышления, связанные с опосредованием речевых связей, вызываются:

- a. поражением конвекситальных отделов лобных долей;
- b. левовисочными поражениями;**
- c. теменно-затылочными поражениями;
- d. правовисочными поражениями.

46. «Круг Пейпеса» в основном описывает циркуляцию эмоциональных процессов:

- a. между теменной и височной корой;
- b. от зрительного анализатора к третичным полям;
- c. внутри лимбической системы;**
- d. между ретикулярной формацией и лобной корой.

47. Поражение конвекситальных отделов лобных долей мозга вероятнее приведет к такому эмоциональному состоянию, как:

- a. безразличное благодушие;**
- b. грусть;
- c. депрессия;
- d. тревога.

48. Процесс опознания от общего к частному более представлен:

- a. в левом полушарии;**
- b. в правом полушарии;
- c. одинаково в обоих полушариях;
- d. в зависимости от стимульного материала.

49. Левшество — это:

- a. преобладание размера левой руки над правой;
- b. совместное преобладание леворасположенных парных органов над правыми;**
- c. преобладание левой руки и левой ноги над правыми;
- d. различия в чувствительности правой и левой половины тела.

50. Особенностью очаговых поражений мозга у детей является:

- a. **слабая выраженность симптоматики;**
 - b. значительная выраженность симптоматики;
 - c. длительный период обратного развития симптомов;
 - d. высокая зависимость от латерализации очага поражения.
- 51. К основным принципам патопсихологического исследования по Зейгарник относятся все указанные, кроме:**
- a. построения эксперимента по типу функциональной пробы;
 - b. **стандартизации процедуры проведения эксперимента и анализа данных;**
 - c. качественного анализа хода и результатов исследования;
 - d. изучения закономерностей распада психической деятельности в сопоставлении с закономерностями формирования психических процессов в норме.
- 52. Существенными характеристиками внимания являются все указанные, кроме:**
- a. устойчивость;
 - b. **разноплановость;**
 - c. переключаемость;
 - d. концентрация.
- 53. Буквенную корректурную пробу для исследования внимания предложил:**
- a. Шульте;
 - b. Векслер;
 - c. **Бурдон;**
 - d. Бине.
- 54. Основателем отечественной школы патопсихологии является:**
- a. Лебединский;
 - b. Лазурский;
 - c. Ананьев;
 - d. **Зейгарник.**
- 55. К типичным нарушениям мышления при шизофрении относятся все указанные, кроме:**
- a. резонерства;
 - b. разноплановости;
 - c. соскальзывания;
 - d. **склонности к детализации.**
- 56. Для исследования мышления используются все указанные методики, кроме:**
- a. «классификации»;
 - b. «исключения предметов»;
 - c. методики Выготского-Сахарова;
 - d. **«10 слов».**
- 57. Память может характеризоваться всеми указанными видами, кроме:**
- a. оперативной;
 - b. **познавательной;**
 - c. кратковременной;
 - d. отсроченной.
- 58. Типичными нарушениями мышления при эпилепсии являются все указанные, кроме:**
- a. замедленности;
 - b. тугоподвижности;
 - c. **актуализации малозначимых «латентных» признаков;**
 - d. вязкости.
- 59. В классической психосоматике выделяют три группы расстройств, кроме:**
- a. конверсионных расстройств;
 - b. «органных неврозов»;
 - c. психосоматических заболеваний в узком смысле слова;
 - d. **вегетозов.**
- 60. Представителем антропологического направления в психосоматике является:**

- a. Поллок;
- b. Стоквис;
- c. Витковер;
- d. Вайзеккер.**

61. Термин «психосоматика» в медицину ввел:

- a. Гиппократ;
- b. Райх;
- c. Хайнрот;**
- d. Гроддек.

62. Создателем кортико-висцеральной патологии, как одного из направлений психосоматики, является:

- a. Павлов;
- b. Анохин;
- c. Быков;**
- d. Симонов.

63. Современная биопсихосоциальная модель болезни разработана:

- a. Карасу;
- b. Экскюлем;
- c. Энгелем;**
- d. Любаном-Плоцца.

64. Автором концепции «профиля личности» в психосоматической медицине является:

- a. Александер;
- b. Витковер;
- c. Данбар;**
- d. Поллак;

65. Поведенческий тип А «является фактором риска»:

- a. желудочно-кишечных заболеваний;
- b. злокачественных новообразований;
- c. нарушений дыхательной системы;
- d. сердечно-сосудистых заболеваний.**

66. Конверсионные расстройства, положившие начало психоаналитическому направлению в психосоматике, были описаны:

- a. Александером;
- b. Джеллиффе;
- c. Фрейдом;**
- d. Адлером.

67. Термин «алекситимия» ввел:

- a. Эллис;
- b. Карасу;
- c. Сифнеос;**
- d. Розенман.

68. Концепцию «органных неврозов» разработал:

- a. Витковер;
- b. Энгель;
- c. Френч;
- d. Дойч.**

69. Вид психического дизонтогенеза, при котором наблюдается возврат функции на более ранний возрастной уровень, как временного, так и стойкого характера:

- a. ретардация;
- b. регрессия;**
- c. распад;
- d. асинхрония.

70. Вид психического дизонтогенеза, при котором наблюдается грубая дезорганизация либо выпадение функции:

- a. распад;
- b. регрессия;
- c. асинхрония;
- d. ретардация.

71. Вид психического дизонтогенеза, при котором отмечается запаздывание или приостановка психического развития:

- a. асинхрония;
- b. распад;
- c. ретардация;**
- d. регрессия.

72. 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:

- a. асинхрония;**
- b. регрессия;
- c. распад;
- d. ретардация.

73. Социально обусловленный вид непатологических отклонений в психическом развитии:

- a. социальная депривация;
- b. патохарактерологическое формирование личности;
- c. педагогическая запущенность;**
- d. краевая психопатия.

74. К социально обусловленным видам патологических нарушений онтогенеза относится:

- a. педагогическая запущенность;
- b. патохарактерологическое формирование личности;**
- c. акцентуация характера;
- d. краевая психопатия.

75. Общее психическое недоразвитие, это:

- a. психопатия;
- b. олигофрения;**
- c. акцентуация характера;
- d. педагогическая запущенность.

76. Отличительная черта мышления умственно отсталых:

- a. искажение процесса обобщения;
- b. не критичность;**
- c. амбивалентность;
- d. амбигуальность.

77. Эмоции умственно отсталых:

- a. недифференцированы;**
- b. амбивалентны;
- c. ригидны;
- d. лабильны.

78. Тотальность поражения психических функций характерна для:

- a. олигофрении;**
- b. педагогической запущенности;
- c. задержки психического развития;
- d. психопатии.

79. Синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций обозначаются термином:

- a. педагогическая запущенность;
- b. психопатия;
- c. задержка психического развития;**

d. олигофрения.

80. Аномалия характера, неправильное, патологическое развитие, характеризующееся дисгармонией в эмоциональной и волевой сферах, это:

a. задержка психического развития;

b. олигофрения;

c. психопатия;

d. акцентуация характера.

81. Реактивные состояния, которые проявляются преимущественно нарушением поведения и ведут к социально-психологической дезадаптации, называются:

a. патохарактерологические реакции;

b. характерологические реакции;

c. адаптивные реакции;

d. невротические реакции.

82. Непатологические нарушения поведения, которые проявляются только лишь в определенных ситуациях, не ведут к дезадаптации личности и не сопровождаются соматовегетативными нарушениями, называются:

a. адаптивные реакции;

b. характерологические реакции;

c. патохарактерологические реакции;

d. невротические реакции.

83. Становление незрелой личности у детей и подростков в патологическом, аномальном направлении под влиянием хронических патогенных воздействий отрицательных социально-психологических факторов, это:

a. психопатия;

b. патохарактерологическая реакция;

c. психогенное патологическое формирование личности;

d. акцентуация характера.

84. Патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада личности, тотальностью и выраженностью расстройств, препятствующие полноценной социальной адаптации субъекта, это:

a. патохарактерологические реакции;

b. психопатии;

c. психогенные патологические формирования личности;

d. акцентуация характера.

85. Нарушения поведения, которые квалифицируются на основе правовых норм, обозначаются как:

a. саморазрушающее поведение;

b. делинквентное поведение;

c. криминальное поведение;

d. аддиктивное поведение.

86. Нарушения поведения, которые квалифицируются на основе морально-этических норм, обозначаются как:

a. делинквентное поведение;

b. криминальное поведение;

c. компульсивное поведение;

d. саморазрушающее поведение.

87. Форма отклоняющегося поведения, характеризующаяся стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или фиксации на определенных видах деятельности, это:

a. компульсивное поведение;

b. аддиктивное поведение;

c. делинквентное поведение;

d. саморазрушающее поведение.

88. В наименьшей степени сущность психотерапии в современном ее понимании

раскрывает понятие:

- a. психологическое вмешательство;
- b. психологическая коррекция;
- c. внушение;**
- d. клинико-психологическая интервенция.

89. Если невроз понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием, то психотерапия будет направлена на:

- a. переучивание;
- b. осознание;**
- c. интеграцию опыта;
- d. распознавание ошибочных стереотипов мышления.

90. Что не может рассматриваться в качестве теории, оказавшей влияние на развитие гуманистической психологии и психотерапии?

- a. экзистенциальная философия;
- b. феноменологический подход;
- c. восточная философия;
- d. теории научения.**

91. Психологической основой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является:

- a. теория деятельности;
- b. теория отношений;**
- c. теория установки;
- d. теория поля.

92. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия — это:

- a. психотерапевтическое воздействие, учитывающее личностные особенности пациента;**
- b. психотерапевтическое направление, основанное на психологии отношений;
- c. вариант клиент-центрированной психотерапии;
- d. вариант когнитивной психотерапии.

93. 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»?

- a. психодинамической;
- b. гуманистической;**
- c. когнитивной;
- d. поведенческой.

94. Поведенческая психотерапия представляет собой практическое применение:

- a. теории деятельности;
- b. теорий научения;**
- c. концепции отношений;
- d. психологии установки.

95. Когнитивная психотерапия возникла как одно из направлений:

- a. рациональной психотерапии;
- b. гуманистической психотерапии;
- c. поведенческой психотерапии;**
- d. психодинамической психотерапии.

96. Психологической основой психодинамического направления является:

- a. бихевиоризм;
- b. психоанализ;**
- c. гуманистическая психология;
- d. когнитивная психология.

97. Психотерапией, центрированной на переносе, может быть названа такая психотерапевтическая система, как:

- a. когнитивная психотерапия;

- b. разговорная психотерапия;
- c. экзистенциальная психотерапия;
- d. психоанализ.**

98. Термин «перенос» обозначает:

- a. эмоционально теплые отношения между пациентом и психотерапевтом;
- b. доверие и открытость пациента по отношению к психотерапевту;
- c. специфические отношения между пациентом и психотерапевтом, основанные на проекции;**
- d. партнерские отношения между пациентом и психотерапевтом.

99. Наиболее характерной для психотерапевта-психоаналитика является роль:

- a. фасилитатора;
- b. инструктора;
- c. интерпретатора;**
- d. эксперта.

100. Основной процедурой психоанализа является:

- a. интерпретация;**
- b. прояснение;
- c. фокусировка;
- d. преодоление.

Тема 8-22

1. В уголовном праве деяние, совершённое в невменяемом состоянии,

- a) не считается преступлением, а лицо, его совершившее, — преступником.**
- б) считается преступлением, а лицо, его совершившее, — преступником.
- в) не считается преступлением, но лицо, его совершившее, считается преступником.
- г) считается преступлением, но лицо, его совершившее, не считается преступником.

2. Как можно по другому назвать гериатрическую психиатрию?

- a) детская психиатрия,
- б) биологическая психиатрия,
- в) психиатрия позднего возраста,**
- г) социальная психиатрия.

3. Предметом судебной психиатрии является:

- a) состояние психического здоровья участников уголовного или гражданского процессов, их психические нарушения и психическая деятельность во время совершения деликта, при проведении экспертизы.**
- б) содействие правоохранительным органам в их деятельности, поскольку, по закону общественно опасные деяния, совершенные психически больными в состоянии невменяемости, не считаются преступлениями, а лица, их совершившие, не могут считаться преступниками.
- в) помощь следствию и суду в ответе на вопрос — кто совершил правонарушение, преступник или психически больной человек.
- г) психически больные люди.

4. Началом развития психиатрической помощи в России считают ... в., когда вместе с основанием Киево-Печерского монастыря было выстроено первое больничное учреждение, оказывающее помощь психически больным.

- a) X в.;
- б) XI в.;**
- в) XII в.;
- г) XIII в.

5. В каком году появляется первый в России закон о психически больных?

- a) 1663 г.
- б) 1694 г.
- в) 1771 г.
- г) 1677 г.**

6. Первый в России закон о психически больных ...

- а) запрещал помещать умалишенных в монастыри и постановлял построить для них специальный дом;
- б) лишал их права распоряжаться наследством;**
- в) запрещал принимать на работу душевнобольных;
- г) разрешал умалишенным иметь отдельное жилье, где те могли находиться во время припадков.

7. Право назначения психиатрической экспертизы по УПК РФ принадлежит:

- а) следственно-судебным органам;**
- б) прокурору и защитнику;
- в) обвиняемому;
- г) потерпевшему.

8. Согласно Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации (ст. 195), следователь, признав необходимым назначение судебной экспертизы, выносит об этом постановление, а в случаях, предусмотренных п. 3 ч. 2 ст. 29 настоящего Кодекса, возбуждает перед судом ходатайство. Что не нужно указывать в ходатайстве?

- а) основания назначения судебной экспертизы;
- б) фамилия, имя и отчество эксперта или наименование экспертного учреждения, в котором должна быть произведена судебная экспертиза;
- в) фамилия, имя и отчество родителей потерпевшего;**
- г) материалы, предоставляемые в распоряжение эксперта.

9. Что не является поводом для назначения СПЭ?

- а) сомнения в психической полноценности обвиняемого.
- б) особенности поведения обвиняемого или подозреваемого во время следствия или правонарушения.
- в) антипатия к обвиняемому или подозреваемому.**
- г) характер криминала, его кажущаяся безмотивность, противоречие между совершенным действием и личностью обвиняемого, последовательности его поступков, иногда необычная жестокость.

10. По уголовным делам, где в качестве меры наказания предусмотрена смертная казнь, проведение судебно-психиатрической экспертизы является:

- а) желательным;
- б) обязательным;**
- в) на усмотрение суда;
- г) не нужным.

11. Согласно Уголовно-процессуального кодекса РФ (ст. 57), эксперт вправе:

- а) без ведома следователя и суда вести переговоры с участниками уголовного судопроизводства по вопросам, связанным с производством судебной экспертизы;
- б) самостоятельно собирать материалы для экспертного исследования;
- в) знакомиться с материалами уголовного дела, относящимися к предмету судебной экспертизы;**
- г) давать заведомо ложное заключение;

12. Согласно Уголовно-процессуального кодекса РФ (ст. 57), эксперт не вправе:

- а) разглашать данные предварительного расследования, ставшие известными ему в связи с участием в уголовном деле в качестве эксперта, если он был об этом заранее предупрежден в порядке, установленном ст. 161 настоящего Кодекса;**
- б) приносить жалобы на действия (бездействие) и решения дознавателя, следователя, прокурора и суда, ограничивающие его права;
- в) ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения, либо привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов;
- г) отказаться от дачи заключения по вопросам, выходящим за пределы специальных знаний, а также в случаях, если представленные ему материалы недостаточны для дачи заключения.

13. Согласно Федеральному закону от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» эксперт обязан:

- а) принимать поручения о производстве судебной экспертизы непосредственно от каких-либо органов или лиц, за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения;
- б) осуществлять судебно-экспертную деятельность в качестве негосударственного эксперта;
- в) принять к производству порученную ему руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения судебную экспертизу;**
- г) уничтожать объекты исследований либо существенно изменять их свойства без разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу.

14. Эксперт не вправе:

- а) сообщать кому-либо о результатах судебной экспертизы, за исключением органа или лица, ее назначивших;**
- б) ходатайствовать перед руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения о привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов, если это необходимо для проведения исследований и дачи заключения;
- в) делать подлежащие занесению в протокол следственного действия или судебного заседания заявления по поводу неправильного истолкования участниками процесса его заключения или показаний;
- г) обжаловать в установленном законом порядке действия органа или лица, назначивших судебную экспертизу, если они нарушают права эксперта.

15. За дачу заведомо ложного заключения эксперт несет ответственность в соответствии со ст. ... Уголовного кодекса Российской Федерации.

- а) 310
- б) 309
- в) 307**
- г) 308

16. За разглашение данных предварительного расследования эксперт несет ответственность в соответствии со ст. ... Уголовного кодекса Российской Федерации.

- а) 310**
- б) 309
- в) 307
- г) 308

17. Срок стационарной экспертизы не должен превышать:

- а) трех дней;
- б) 10 дней;
- в) 15 дней;
- г) 30 дней.**

18. Статья 204 УПК РФ предусматривает, что в заключении эксперта должны быть указаны (найдите лишнее):

- а) дата, время и место производства судебной экспертизы;
- б) должностное лицо, назначившее судебную экспертизу;
- в) полные сведения о лицах подвергающихся судебной экспертизе от их рождения до момента экспертизы;**
- г) сведения об экспертном учреждении, а также фамилия, имя и отчество эксперта, его образование, специальность, стаж работы, ученая степень и (или) ученое звание, занимаемая должность.

19. Во введении Акта судебно-психиатрической экспертизы:

- а) приводятся формальные данные об экспертах, месте, времени и виде экспертизы; об органе, назначившем экспертизу, и вопросах, поставленных на ее разрешение; о существе уголовного или гражданского дела и личности испытуемого (подэкспертного).**
- б) излагается анамнез жизни и психического расстройства (если оно имеется) с приведением в основном данных, имеющих значение для формулирования выводов.
- в) посвящается результатам исследований, полученным при проведении экспертизы.
- г) даются выводы или ответы на поставленные вопросы и их обосновании со ссылкой на фактические данные, приведенные в предшествующих частях акта.

20. На разрешение эксперта не должны ставиться:

а) болен ли данный субъект в настоящее время каким-либо психическим заболеванием;

б) вопросы общего характера;

в) был ли болен этот субъект в момент совершения общественно опасного деяния;

г) если обвиняемый страдал психическим заболеванием в период правонарушения, то способен ли он был осознавать фактический характер своих действий или руководить ими.

21. На разрешение эксперта не должны ставиться:

а) не страдает ли обвиняемый заболеванием, возникшим после совершения им общественно-опасного деяния, а если страдает, то лишает ли его заболевание способности осознавать характер своих действий или руководить ими;

б) если обвиняемый страдает психическим заболеванием, то нуждается ли он в применении к нему мер медицинского характера;

в) вопрос о достоверности (правильности) показаний;

г) болен ли данный субъект в настоящее время каким-либо психическим заболеванием.

22. К временному расстройству психики относятся

а) психические заболевания, которые быстро развиваются, длятся непродолжительное время и заканчиваются полным выздоровлением.

б) группа заболеваний, носящих длительный характер, трудно поддающихся излечению, протекающих непрерывно или приступообразно, имеющих тенденцию к прогрессированию.

в) болезненное состояние психики, которое характеризуется неполноценностью умственной деятельности.

г) наиболее тяжелые формы психопатии, аномалии психики у глухонемых, последствия черепно-мозговой травмы (травматическая энцефалопатия) и др.

23. Понятием хронического психического расстройства охватывается:

а) психические заболевания, которые быстро развиваются, длятся непродолжительное время и заканчиваются полным выздоровлением.

б) группа заболеваний, носящих длительный характер, трудно поддающихся излечению, протекающих непрерывно или приступообразно, имеющих тенденцию к прогрессированию.

в) болезненное состояние психики, которое характеризуется неполноценностью умственной деятельности.

г) наиболее тяжелые формы психопатии, аномалии психики у глухонемых, последствия черепно-мозговой травмы (травматическая энцефалопатия) и др.

24. Как называется легкая форма олигофрении?

а) слабоумие;

б) дебильность;

в) имбецильность;

г) идиотия.

25. Как называется приобретенное слабоумие?**а) деменция;**

б) дебильность;

в) имбецильность;

г) идиотия.

26. Наличие каких критериев необходимо для установления невменяемости субъекта?

а) достаточно медицинского;

б) достаточно юридического;

в) либо медицинского, либо юридического;

г) медицинского и юридического;

27. Законодательство предусматривает, что «Лицо, совершившее преступление в состоянии алкогольного опьянения, вызванном употреблением алкоголя, наркотических веществ, ...»(ст. 23 УК РФ).

а) подлежит уголовной ответственности

б) не подлежит уголовной ответственности

- в) приравнивается к невменяемому
- г) зависит от обстоятельств.

28. Пенитенциарная психиатрия — отрасль судебной психиатрии, целью которой является оказание необходимой помощи ...

- а) потерпевшим, с целью восстановить их душевный покой;
- б) подозреваемым, с целью выявления критерия невменяемости;
- в) лицам с психическими расстройствами в местах лишения свободы;**
- г) лицам, приговоренным к смертной казни.

29. Гражданская дееспособность в полном объеме возникает:

- а) по достижении 14 лет;
- б) по достижении 16 лет;
- в) по достижении 18 лет;**
- г) по достижении 21 года.

30. Лицо страдающее психическим расстройством может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до вынесения постановления суда по решению врача-психиатра, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает (выберете лишнее):

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих;
- б) его беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи;
- г) субъект не достиг 15-летнего возраста.**

31. Гиперестезия — это ...

- а) неприятные, тягостные неопределенные ощущения, исходящие из различных частей тела — жжение, щекоотание, стягивание, давление, не имеющие под собой реальных причин;
- б) изменение восприятия величины и формы предметов и пространства, например, потолок в комнате кажется наклоненным, либо улица выглядит бесконечно длинной, также могут изменяться размеры частей своего тела;
- в) повышение восприимчивости к внешним раздражениям, нейтрально воспринимаемым человеком в нормальном состоянии;**
- г) сложный по природе симптом, заключающийся в чувстве призрачности окружающего, когда мир видится «словно через сетку», «словно во сне», чувство действительности утрачивается; к этому состоянию близки понятия «уже виденного» и «никогда не виденного», когда впервые увиденный объект кажется до боли знакомым, либо наоборот;

32. Олицетворенное осознание — это ...

- а) чувство, будто в помещении, где больной находится один, кто-то присутствует, с одновременным ощущением ошибочности этого чувства;**
- б) расстройство осознания времени (ускорение, замедление, полное отсутствие);
- в) невозможность устанавливать связи между явлениями и понимать смысл происходящего.
- г) расстройство осознания собственной личности, ощущение чуждости своих мыслей, чувств, поступков вплоть до ощущения их «сделанности», искусственного привнесения извне, в качестве продукта чьей-то воли и вплоть до утраты самосознания.

33. Метаморфопсия – это ...

- а) неприятные, тягостные неопределенные ощущения, исходящие из различных частей тела — жжение, щекоотание, стягивание, давление, не имеющие под собой реальных причин;
- б) изменение восприятия величины и формы предметов и пространства, например, потолок в комнате кажется наклоненным, либо улица выглядит бесконечно длинной, также могут изменяться размеры частей своего тела;**
- в) повышение восприимчивости к внешним раздражениям, нейтрально воспринимаемым человеком в нормальном состоянии;
- г) сложный по природе симптом, заключающийся в чувстве призрачности окружающего, когда мир видится «словно через сетку», «словно во сне», чувство действительности утрачивается; к

этому состоянию близки понятия «уже виденного» и «никогда не виденного», когда впервые увиденный объект кажется до боли знакомым, либо наоборот.

34. Дерезализация – это ...

- а) неприятные, тягостные неопределенные ощущения, исходящие из различных частей тела — жжение, щекотание, стягивание, давление, не имеющие под собой реальных причин;
- б) изменение восприятия величины и формы предметов и пространства, например, потолок в комнате кажется наклоненным, либо улица выглядит бесконечно длинной, также могут изменяться размеры частей своего тела;
- в) повышение восприимчивости к внешним раздражениям, нейтрально воспринимаемым человеком в нормальном состоянии;
- г) **сложный по природе симптом, заключающийся в чувстве призрачности окружающего, когда мир видится «словно через сетку», «словно во сне», чувство действительности утрачивается; к этому состоянию близки понятия «уже виденного» и «никогда не виденного», когда впервые увиденный объект кажется до боли знакомым, либо наоборот.**

35. При тактильной галлюцинации:

- а) больной слышит слова, относящиеся к его действиям, мыслям.
- б) возникают очень яркие зрительные галлюцинации.
- в) **неприятные ощущения, возникающие в коже или под кожей (щекотание, ползание, давление), соотносимое с определенными неодушевленными предметами (кристаллы, кусочки инородных тел), или живыми существами (насекомые, мелкие животные и т. п.), внешние признаки которых точно описываются больными (твердые, маленькие с длинными ножками и т. д.)**
- г) больные могут ощущать воздействие отравляющих газов, отвратительные, будто специально пущенные в комнату запахи.

36. Псевдогаллюцинации — это ...

- а) **непроизвольные, обычно с ощущением сделанности или насильственности, восприятия, возникающие без наличия реального объекта, воспринимаемые как реально существующие, но все-таки «особые» образы, привнесенные с точки зрения больного «воздействием на него извне» чьей-то воли, как правило, локализованные вне доступности для органов чувств, например, зрительный образ за спиной, внутри головы.**
- б) видения или слуховые обманы, возникающие при закрытых глазах перед засыпанием или в дремотном состоянии.
- в) видения, реже слуховые обманы, возникающие в период пробуждения.
- г) психический процесс накопления, хранения и использования информации, воспринятой человеком в различные периоды жизни.

37. Эмоциональная память ...

- а) выражающаяся в запоминании различного рода движений;
- б) характеризующихся запечатлением образов предметов и явлений, воспринимаемых через различные органы чувств;
- в) **в виде запоминания чувств, вдохновения, радости, печали, ужаса;**
- г) в виде запечатления и сохранения мысли, обозначенной словами.

38. Гипермнезия — это ...

- а) **усиление памяти по сравнению с нормой.**
- б) ослабление памяти.
- в) отсутствие воспоминаний, пробелы в памяти, когда из нее полностью выпадают события, относящиеся к определенному периоду времени.
- г) потеря способности запоминать, фиксировать текущие события.

39. Конфабуляция – это ...

- а) бывшие в действительности события, перенесенные в другие периоды времени.
- б) **измышления, выдумки, заполняющие грубые провалы памяти у больных при амнезии.**
- в) потеря различия между реально происходившими с больным событиями, о которых он слышал или читал.
- г) наиболее легкий путь самозащиты, к которому испытуемые нередко прибегают.

40. Патологически ускоренное мышление (скачка мыслей) предполагает:

- а) при этом расстройстве мышления имеется резкое замедление темпа течения мыслей;
- б) пустое рассуждательство, т. е. глубокомысленное на вид, но крайне бессодержательное и бедное суждениями мышление.
- в) при этом больной быстро переходит от одной мысли к другой, не успевая высказать одно суждение, перескакивает ко второму, затем к третьему и т. д.**
- г) обстоятельность, чрезмерное детализирование, вязкость и витиеватость, с приведением массы несущественных подробностей, неумение кратко формулировать свою мысль является характерной особенностью этого вида мышления.

Критерии и шкалы оценивания тестов

Критерии оценивания при текущем контроле
процент правильных ответов менее 40 (по 5 бальной системе контроля – оценка «неудовлетворительно»);
процент правильных ответов 40 – 59 (по 5 бальной системе контроля – оценка «удовлетворительно»)
процент правильных ответов 60 – 79 (по 5 бальной системе контроля – оценка «хорошо»)
процент правильных ответов 80-100 (по 5 бальной системе контроля – оценка «отлично»)

Вопросы для устного опроса

1. Предмет и задачи клинической психологии, взаимосвязь с другими науками. Основные разделы.
2. Основные этапы развития клинической психологии в России.
3. Роль отечественных исследователей (В.М. Бехтерев, С.С. Корсаков, Л.С. Выготский, Б.В.Зейгарник) в становлении клинической психологии как науки.
4. Содержание деятельности клинического психолога.
5. Методы исследования в клинической психологии.
6. Классификация психодиагностических методик. Требования предъявляемые к психодиагностическим методикам.
7. Патопсихология. Основные направления в работе патопсихолога.
8. Патопсихологическое исследование. Возможные цели, характеристика основных этапов.
9. Структура патопсихологического заключения.
10. Исследование перцептивной деятельности, её нарушения (гностического, мотивационного, эмоционального компонентов).
11. Исследование внимания и сенсомоторных реакций, их нарушения.
12. Нарушения памяти. Исследования памяти.
13. Исследование процессов мышления. Классификация нарушений мышления.
14. Понятие интеллект. Виды интеллектуальных нарушений. Виды интеллектуальных нарушений.
15. Использование методики пиктограмм в психологических исследованиях.
16. Исследование эмоциональной сферы. Нарушения эмоциональной сферы.
17. Исследование воли. Виды волевых нарушений.
18. Нарушения мотивационно-потребностной сферы. Исследования мотивационно-потребностной сферы.
19. Понятие о патопсихологических симптомокомплексах. Классификация патопсихологических симптомокомплексов.
20. Понятие личности. Личностные нарушения при основных психических заболеваниях и расстройствах, их исследование. Построение профиля личности.
21. Классификация психических расстройств. Понятие нормы и патологии. Определение здоровья по ВОЗ.
22. Органические заболевания головного мозга. Диагностика когнитивных и личностных изменений при органических заболеваниях мозга.

23. Алкоголизм. Изменения личности при алкоголизме. Диагностика когнитивных и личностных изменений при алкоголизме.
24. Олигофрения: клинические проявления. Дифференциальная патопсихологическая диагностика.
25. Шизофрения: основные клинические проявления, варианты течения. Понятие о шизофреническом симптомокомплексе. Психологические особенности больного шизофренией.
26. Основные задачи патопсихологического исследования при шизофрении.
27. Аффективные психозы: основные клинические проявления МДП, циклотимии. Основные задачи патопсихологического исследования при аффективных психозах.
28. Эпилепсия: основные клинические проявления, изменения личности. Диагностика когнитивных и личностных изменений при эпилепсии.
29. Психическая дезадаптация и пограничные нервно – психические расстройства.
30. Понятие о неврозах: основные симптомы и синдромы. Понятие о невротическом конфликте.
31. Акцентуации характера. Особенности психологии и поведения.
32. Расстройства личности: возбудимые варианты. Особенности познавательной сферы.
33. Расстройства личности тормозимого круга: особенности познавательной сферы.
34. Психосоматические расстройства: причины, классификация.
35. Психосоматические расстройства и личность больного. Переживания больного и поведение во времени болезни.
36. Основные виды психологического воздействия. Психокоррекция и психотерапия.
37. Формы проведения психокоррекционной работы в клинике.
38. Возможности психотерапии при работе с неврозами и психосоматическими заболеваниями.
39. Отношение больного к болезни: уровни, этапы, типы реакции на болезнь.
40. Проблема внутренней картины болезни. Типы отношения к болезни.

Критерии и шкалы оценивания устного опроса

Критерии оценки при текущем контроле	Оценка
Студент отсутствовал на занятии или не принимал участия. Неверные и ошибочные ответы по вопросам, разбираемым на семинаре	«неудовлетворительно»
Студент принимает участие в обсуждении некоторых проблем, даёт расплывчатые ответы на вопросы. Описывая тему, путается и теряет суть вопроса. Верность суждений, полнота и правильность ответов – 40-59 %	«удовлетворительно»
Студент принимает участие в обсуждении некоторых проблем, даёт ответы на некоторые вопросы, то есть не проявляет достаточно высокой активности. Верность суждений студента, полнота и правильность ответов 60-79%	«хорошо»
Студент демонстрирует знание материала по разделу, основанные на знакомстве с обязательной литературой и современными публикациями; даёт логичные, аргументированные ответы на поставленные вопросы. Высока активность студента при ответах на вопросы преподавателя, активное участие в проводимых дискуссиях. Правильность ответов и полнота их раскрытия должны составлять более 80%	«отлично»

Блок Б

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УМЕНИЙ, НАВЫКОВ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Типовые задания для практических занятий

Тема 1-7

Составление интервью для пациента с соматическим заболеванием.

1. Структура интервью. Логика построения вопросов интервью. Соответствие цели интервью и вопросов, используемых в интервью.
2. Интервьюирование пациента, страдающего соматическим заболеванием.
3. Обсуждение результатов интервьюирования.

Сбор данных жизненного анамнеза в работе с пациентами, страдающими соматическими заболеваниями.

1. Построение диагностической беседы.
2. Структура беседы. Цели, соответствие поставленных вопросов целям беседы.
3. Обсуждение результатов.

Психологическое обследование пациента, страдающего соматическим заболеванием.

1. Построение программы обследования. Цель обследования. Обоснованность выбора тех или иных методов диагностики.
2. Психологическое обследование соматического больного.
3. Написание заключения по результатам обследования.
4. Обсуждение и оценка результатов.

Построение психокоррекционной программы для пациента, страдающего соматическим заболеванием.

1. Построение программы. Обоснованность выбора тех или иных психокоррекционных технологий.
2. Обсуждение и оценка результатов.

Тема 8-22

Проанализировать ситуационные задачи с точки зрения судебной психиатрии; сформулировать вопросы для СПЭ; дать заключение; указать, какие правовые последствия могут наступить. Ответы аргументировать.

Задача 1.

Гр-н И., 43 лет, обвиняемый в умышленном причинении тяжкого вреда здоровью потерпевшего, повлекшего его смерть, проходил стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. В процессе экспертизы установлено, что И. рос и развивался нормально. По характеру был спокойным, уравновешенным, никогда ни с кем не ссорился. Женат, имеет двоих детей. Работал лесотехником. Психическими заболеваниями не страдал. Перенес травму головы, после чего некоторое время испытывал головные боли. Алкоголем не злоупотреблял, хотя в последние годы стал хуже переносить спиртное – пьянел от малых доз выпитого. В последнее время у него вновь начались головные боли, появилась общая слабость, ухудшилась память. В день совершения инкриминируемого ему деяния компания из восьми человек, среди которых находился И., распивала с утра 200 г водки, затем 0,5 литра вина и еще 0,5 литра водки. Впечатления пьяного человека И. не производил, спокойно беседовал с гр-ном Н. Вскоре после этого бывшие неподалеку люди услышали громкий крик И.: «враги, враги!» и увидели его с ножом в руке рядом с раненым в шею Н. По показаниям свидетелей, вид у И. был страшный, он громко кричал, замахивался на окружающих ножом, называл их врагами. Будучи связанным, И. молчал, только «дико вращал глазами». Когда его развязали, он пнул

ногой одного из освобождавших и ушел. Вечером жена обнаружила И. стонущим на крыльце своего дома. На вопросы он не отвечал, кричал, что кругом враги. В доме лежал на полу и диване, «вид у него был страшный». Издавал при этом странные звуки, но на вопросы не реагировал. Часа через 2–3 пришел в себя, ничего не помня с момента, когда выпивал в компании. В период экспертного исследования у И. не было выявлено признаков психического заболевания.

Задача 2.

Гр-н А., 20 лет, обвинявшийся в хулиганстве, был направлен на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. В ходе экспертного исследования установлено следующее. Отец и брат испытуемого страдают шизофренией. Ему самому в детстве рекомендовалась консультация психиатра. А. формировался подвижным, общительным. За ним замечались повышенная обидчивость и плаксивость. Учился удовлетворительно. По окончании 8-го класса поступил в техникум. Во время обучения нарушал дисциплину, пропускал занятия, конфликтовал с преподавателями, из-за чего учебу в техникуме оставил. Позже по направлению военкомата учился на курсах шоферов. С 14 – 16 лет А. периодически испытывал непреодолимое желание «в одиночестве бродить по лесу». Часто уходил из дома, бродяжничал. По характеру резко изменился, став раздражительным и легко возбудимым. Без видимой причины испытывал чувство усталости. С 17 лет начал «слышать голоса», нецензурно бранящие его. Систематически употреблял спиртные напитки. В состоянии опьянения становился злобным и агрессивным, угрожал матери. Хотя сам он утверждал, что алкоголь делает его более оживленным и жизнерадостным. После того как рассказал матери о «голосах», был госпитализирован в психиатрическую больницу. В приобщенной к делу медицинской документации отмечалось, что А. при поступлении в больницу жаловался на «голоса, которые его ругали». В отделении был «эмоционально холоден, крайне формален» «держался обособленно». Плохо спал, затыкал уши, заявлял, что слышит голоса. Дома оставался замкнутым, молчаливым, быстро утомляемым, днем спал. Устраивался слесарем, столяром, водителем. Однако периодически не выходил на работу, днями лежал на диване, ничем не занимался. В армии не служил в связи с привлечением к уголовной ответственности. При поступлении на экспертизу А. формально доступен контакту, правильно ориентирован в месте и времени. Выглядит тоскливым, несколько настороженным. Мимика неадекватна и немного однообразна. Иногда он улыбается, гримасничает, порой застывает в одной позе, неподвижно глядя в одну точку. К обследованию относится противоречиво: просит «побеседовать с ним, однако на вопросы отвечает неохотно, порывается встать и уйти. Склонен к нецеленаправленному, порой многословному рассуждательству. Жалуется на «голоса». В целом испытуемый эмоционально однообразен, безынициативен, противоречив. Вместе с тем категорически отрицает свою вину в содеянном.

Задача 3

Гр-н Г., обвинявшийся в превышении власти и получении взяток, был направлен судом на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу.

После привлечения его к уголовной ответственности Г. давал последовательные показания, активно защищался, вину свою признавал частично (отрицал получение взяток). Но по окончании предварительного следствия отказался ознакомиться с материалами уголовного дела, жалуясь на «шум в голове, невозможность сосредоточиться, что-либо запомнить». В судебном заседании был недоступен контакту, на обращенные к нему вопросы не реагировал.

Находясь в экспертном отделении, испытуемый в окружающем и собственной личности ориентировался не полностью – не мог назвать текущих дат, свое местонахождение. Передвигался шаркающей походкой, движения его были замедленными. Наблюдалось слюнотечение из постоянно полуоткрытого рта. Выражение лица растерянное, на глазах слезы. В контакт с экспертами вступал с трудом. В начале беседы отвечал на вопросы тихим, еле слышным, голосом, после долгих пауз. Жаловался на головную боль, головокружение, на «внутреннюю тревогу, страх». При этом становился взволнованным, заявлял, что чувствует, как «окружающие косятся на него», просил помощи у врачей. Начиная рыдать, успокоить его

не удавалось. Сквозь слезы просил «дать ему таблеток, чтобы умереть», высказывал суицидальные мысли. С теплотой отзывался о детях, при воспоминании о них всегда плакал. На вопросы, относящиеся к инкриминируемым ему преступлениям, не отвечал. В отделении постоянно находился в постели, накрывшись одеялом с головой. При экспертном обследовании были выявлены общая заторможенность со снижением способности к запоминанию и затруднением концентрации внимания, а также резко сниженный фон настроения в сочетании с тревожностью.

Задача 4.

Ч., 15 лет, потерпевшая по делу об изнасиловании. Из материалов уголовного дела, из медицинской документации и со слов испытуемой известно следующее. Отец злоупотреблял алкоголем, давно оставил семью. Испытуемая родилась от беременности, протекавшей с желтухой, в срок. Согласно данным амбулаторной карты, в возрасте одного года она перенесла левостороннюю очаговую пневмонию и ряд вирусных инфекций, ей устанавливался диагноз: «Детский церебральный паралич, нижний парапарез, рахит, задержка моторного развития». С 6.05.96 по 1.08.96 г. она обследовалась в психоневрологической больнице для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата, выставлен диагноз: «Последствия врожденной энцефалопатии. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Миопатический синдром. Задержка моторного и психоречевого развития». С этого же времени она состоит на учете у психиатра, первоначально с диагнозом: «Изменения познавательной способности вследствие органического заболевания головного мозга», а с 2000 г. – «Олигофрения в степени дебильности». В период с августа 1999 г. по август 2000 г. она дважды лечилась в детском санатории, решением медико-педагогической комиссии испытуемая была направлена на обучение во вспомогательную школу-интернат. С программой не справлялась, дублировала 1-й класс. На занятиях была пассивной, отвлекаемой, невнимательной, занималась посторонними делами, иногда вела себя неадекватно: беспричинно смеялась, жевала бумагу. В связи с неправильным поведением и трудностями в обучении, она находилась на лечении в детской психиатрической больнице. В ее психическом состоянии в то время отмечалось, что она охотно беседовала с врачами, говорила односложно, после пауз. Не отрицала, что в последнее время она «долго» готовила уроки, быстро все забывала, ей было трудно сосредоточиться. Сообщала, что часто без видимых причин становится «сердитой», предпочитает общество малышей. Запас сведений и знаний снижен. Интеллект низкий. В отделении большую часть времени находилась в игровой комнате, была подчиняемой. Выписана из больницы с диагнозом: «Олигофрения в степени имбецильности» и признана инвалидом детства. Закончила 4 класса вспомогательной школы. В дальнейшем школу не посещала. Согласно справке из диспансера, испытуемая по характеру спокойная, уравновешенная, медлительная, необщительная. Целыми днями может находиться дома, играет, рисует. Друзей не имеет. Как видно из материалов уголовного дела, 09.10.06 г. С., находясь в состоянии алкогольного опьянения, совершил изнасилование Ч. По заключению судебно-медицинской экспертизы от 12.10.06 г., целость девственной плевы у Ч. нарушена, срок ее нарушения может соответствовать 9.10.06 г. Телесные повреждения при освидетельствовании не обнаружены. При дополнительном судебно-медицинском исследовании установлено, что обнаруженные у нее повреждения не могли образоваться при раздвигании половых губ пальцами рук вследствие значительной растяжимости половых губ. В ходе следствия испытуемая показала, что 9.10.06 г. она рисовала у себя в комнате. Сообщила, что к ней подошел «дядя Саша» и, ничего не говоря, ударил ее по голове. Она закричала, но он зажал ей рот рукой. Затем «аккуратно» снял с нее одежду, толкнул на кровать, спустил с себя брюки и трусы, лег на нее и ввел половой член ей во влагалище. Испытуемая показала, что ей было больно, она закричала, спустя некоторое время услышала голос «т. Светы», после чего «д. Саша» встал и оделся. После этого испытуемая, не одеваясь, вышла из комнаты и сказала «т. Свете», что «д. Саша» мешает ей рисовать, затем она оделась и стала смотреть фильм по телевизору. В своих показаниях также сообщила, что она не помнит, о чем ее спрашивали после случившегося «т. Света» и сестра. Привлеченный в качестве обвиняемого С. свою вину в совершенном им правонарушении признал частично.

Показал, что 9.10.06 г. он вошел в квартиру Ч., в одной из комнат которой находилась потерпевшая. Он предложил ей совершить с ним половой акт, на что она ничего не ответила. После этого он пересадил Ч. на диван, раздел ее полностью, при этом она не сопротивлялась, он попытался ввести половой член ей во влагалище, но потерпевшая закричала, что ей больно, вскочила и убежала из комнаты. Свидетель Д., отметила, что когда она прошла на кухню, то услышала какой-то шум из комнаты и тут же из нее выскочила совершенно голая потерпевшая, остановилась и стала молча смотреть на нее. Свидетель предложила испытуемой одеться, после чего та «впала в истерику» и сказала, что «д. Саша» ее изнасиловал. Мать испытуемой в своих показаниях сообщила, что девочка никогда не проявляла интереса к проблемам, связанным с половыми отношениями, по характеру она очень замкнутая, ни с кем не общается, в основном сидит дома, рисует, шьет. При обследовании испытуемой в центре установлено следующее. Соматическое состояние: выглядит моложе своего паспортного возраста, астенического телосложения, пониженного питания. Внутренние органы без видимой патологии. Неврологическое состояние: череп гидроцефальной формы, менингеальных симптомов нет, асимметрия лицевой иннервации, координаторные пробы выполняет неуверенно. Психическое состояние: ориентирована формально, пространственно-временные понятия сформированы не полностью, путает время года, месяц. Цель проводимой ей экспертизы не понимает. Испытуемая беспечно-благодушна, несколько эйфорична, неуместно улыбается. Во время беседы вертится, оглядывается по сторонам, отвлекается на происходящие вокруг события. Не сразу понимает смысл задаваемых вопросов, сложные вопросы осмысливает с трудом. Сведения о себе сообщает непоследовательно, путанно. Дикция нечеткая, построение фраз не всегда грамматически правильное, словарный запас мал. Говорит короткими фразами, односложно, читает по слогам. Ей недоступен переносный смысл простых пословиц и поговорок. Суждения примитивные. Сбивчиво и путанно рассказывает о случившемся с нею, не может точно сказать, когда это произошло. Первоначально заявляет, что «д. Саша» ее не обижал, ничего плохого с ней не делал, но тут же говорит, что его нужно обязательно наказать, а за что – не знает. Сообщает, что «д. Саша» поступил плохо, ее «изнасиловал», однако смысл этого объяснить не может. В то же время после многочисленных побуждений сообщает, что он снял с нее одежду, приспустил свои брюки, положил ее на кровать и «сделал ей больно». В ходе экспериментально-психологического обследования выявляется достаточная способность к усвоению и удержанию элементарных инструкций, выполнению простейших мыслительных операций, осмыслению и установлению несложных причинно-следственных зависимостей при сугубо конкретном уровне мышления, невозможностью понимания условного смысла, пониженной способности к прогнозированию, объем запоминания снижен.

Задача 5.

Обследуемая Г., 74 лет (1930 г. рождения). Направлена на экспертизу в 2004 г. в связи с иском сына о признании недействительным ее брака с гр. К. и договора об обмене жилой площади.

По специальности фельдшер, с 55 лет на пенсии, проживала в отдельной однокомнатной квартире. Была замужем, муж умер в 1988 г., имеет от брака сына. Проживала в отдельной однокомнатной квартире. С 1990 г. состояние здоровья Г. ухудшилось. У нее отмечалось повышение артериального давления, жаловалась на головные боли, шум в голове, снижение памяти. Стала раздражительной, гневливой, подозрительной. Считала, что в ее отсутствие кто-то проникает в ее квартиру, «обкрадывает». В последующем поведение стало неправильным. Она уходила из дома, не могла найти обратную дорогу, обитала на вокзалах. В июле 1999 г. по инициативе сына была направлена психиатром в областной ПНД, где был установлен диагноз: «Атеросклеротическое слабоумие».

В сентябре 1999 г. познакомилась на вокзале с гр. К. (1947 г. рождения), по инициативе которого стала с ним совместно проживать, а в мае 2002 г. с ним был зарегистрирован брак. По словам свидетелей, К не работал, пропивал ее пенсию. Она по-прежнему вела себя неправильно, уходила из дома, бродяжничала. Согласно материалам гражданского дела, сразу же после регистрации брака К. произвел ряд сложных квартирных обменов. При этом

обследуемая при обмене квартиры дала согласие на выписку одного ордера на имя К., который в конечном итоге получил квартиру и садовый участок, а она лишилась своего права на квартиру.

Согласно меддокументации в связи с тем, что Г. находилась в беспомощном состоянии, обитала на вокзалах, была неухоженной, санитарно запущенной, исхудавшей, ее сын госпитализировал ее во Владимирскую психиатрическую больницу.

В отделении больницы она была дезориентирована, добродушна, называла только свою фамилию, но не знала своего возраста, домашнего адреса, возраста сына, полностью забывала события последних лет; не помнила, что вышла замуж, что обменяли ее квартиру.

Выписана с диагнозом: «Атеросклеротическое слабоумие».

В дальнейшем сын обратился в суд с заявлением о признании его матери недееспособной. Стационарная судебно-психиатрическая экспертная комиссия пришла к заключению, что как страдающая атеросклеротическим слабоумием Г. не может понимать значение своих действий и руководить ими, нуждается в установлении опеки, не может участвовать в судебном заседании. Решением суда она была признана недееспособной, ее опекуном был назначен сын.

В последующем он обратился в суд с иском о признании брака его матери с гр. К. недействительным, а также о признании недействительными ряда сделок по обмену жилплощади, совершенных по ее доверенности гр. К., в результате которых она лишилась жилплощади.

При освидетельствовании в ГНЦ. Заключение терапевта: ишемическая болезнь сердца, атеросклероз венечных артерий, аорты. Гипертония. Заключение невропатолога: «Церебральный атеросклероз».

Психическое состояние: обследуемая дезориентирована в окружающем, не знает текущего года, месяца, места нахождения, не понимает цели ее пребывания в Центре. Ничего не может сообщить о своем замужестве. На вопросы о К. пояснила, что это «мужчина», а кто он – не знает. Утверждает, что у нее маленький ребенок, которого «надо кормить грудью». Во время беседы благодушна, доброжелательна, никаких жалоб не предъявляет. В отделении не может найти свою палату, часто ложится в чужую кровать, не может себя обслужить. Память, интеллект грубо нарушены. Критика отсутствует.

Задача 6.

Испытуемый А., 34 лет, обвиняется в совершении хулиганских действий.

Рос и развивался согласно возрастной норме. Перенес детские инфекции без осложнений. Окончил 8 классов общеобразовательной школы, курсы продавцов. Учился хорошо. По характеру формировался общительным, уравновешенным, любознательным. Работал продавцом, агентом по снабжению, заведующим складом. В работе проявлял находчивость и расторопность.

В возрасте 25 лет у А. без видимой причины появилось подавленное настроение, чувство тоски. Вскоре оно сменилось повышено-возбужденным настроением с излишней подвижностью, говорливостью. Считал себя одаренным человеком, говорил окружающим, что он узнает их мысли и что он должен быть направлен в разведшколу для подготовки к важному заданию. В тот период мало спал, все время находился в движении, разбрасывал личные вещи, ходил полураздетым и босым. Периодически испытывал страх, «слышал» выстрелы, говорил о готовящейся бомбардировке. При госпитализации в психиатрическую больницу оказал сопротивление. В больнице первое время сопротивлялся осмотру и лечебным процедурам, упорно отказывался от еды, в связи с чем его кормили через зонд. Был напряженным, злобным. Из отдельных высказываний удалось выяснить, что ему страшно, что кругом «идет игра», «его перевоспитывают с помощью специального психического воздействия». После проведенного лечения состояние улучшилось, был выписан. Несколько месяцев находился на инвалидности II группы, затем был переведен на III группу инвалидности. Устроился работать проводником поезда. Изредка употреблял спиртные напитки, вступал в случайные половые

связи. Решил продолжить учебу, поступил в техникум. Занятия давались ему тяжело, испытывал трудности сосредоточения, но периодически «голова работала интенсивно».

Из материалов уголовного дела известно, что А. пришел на дачный участок незнакомого ему гражданина К. и начал требовать, чтобы собака, принадлежащая К., перестала лаять. Когда его попросили уйти, А., нецензурно бранясь, избил К. и нанес ему ножевые ранения.

Во время прохождения судебно-психиатрической экспертизы А. отмечал, что мысли у него то отключаются, то их появляется очень много. Пребыванием в психиатрическом стационаре не тяготился, не проявлял беспокойства о своем будущем. Считал, что на экспертизу его поместили в связи со «сто процентным выявлением преступности», чтобы «умышленно осудить». На самом же деле он ни в чем не виноват. Говорил, что после лечения в психиатрической больнице у него появились «уравновешенность и самоконтроль», он стал «хорошо владеть собой, способен правильно оценивать других людей и вникать в смысл происходящих событий».

Задача 7.

Испытуемый В., 34 лет, обвиняется в хулиганских действиях.

Рос и развивался без особенностей, по характеру с детских лет был веселый, добрый, отзывчивый, но вспыльчивый. Отмечались немотивированные колебания настроения в сторону пониженного. В возрасте 22 лет без видимого внешнего повода в течение нескольких дней был подавленным, тоскливым, стремился к уединению, стал говорить, что плохо справляется с порученной работой, высказывал мысли о самоубийстве. Такое состояние длилось около месяца и сменилось повышенным настроением, когда стал хвастливым, громко смеялся, раздавал соседям свои вещи, делал в магазинах ненужные покупки, посещал рестораны, в которые раньше практически не ходил, стал строить гараж, не имея автомашины. К психиатрам не обращался. Постепенно психическое состояние нормализовалось, настроение выровнялось. Примерно через три года вновь развилось подавленное настроение с заторможенностью. Не было желания ходить на работу, общаться с окружающими. Стал избегать родных и друзей. Был помещен в психиатрическую больницу, где находился 3 месяца. После выписки продолжал работать. Спустя 3 года настроение стало приподнятым, почувствовал прилив «физических и душевных сил», решил «заработать много денег», уехал в соседнюю область, где устроился на работу в бригаду плотников. Однако уже через несколько дней, ничего не объяснив окружающим, бросил свои вещи и вернулся на место постоянного жительства. Отмечались повышенное настроение, многоречивость. Как видно из материалов уголовного дела, в состоянии алкогольного опьянения зашел к знакомым, стал предъявлять им непонятные претензии, нецензурно бранился, был агрессивен. При задержании работниками милиции был возбужден, громко пел, декламировал стихи.

При судебно-психиатрическом освидетельствовании патологии со стороны внутренних органов и нервной системы не обнаружено. Ориентирован правильно, охотно вступает в беседу. Говорить начинает сразу, без дополнительных вопросов. Многословен, легко отвлекается, перескакивает с одной мысли на другую, размашисто жестикулирует. Больным себя не считает. Жалоб на здоровье не предъявляет. Называет себя человеком настроения. Говорит, что жизнь ему кажется прекрасной, хочется петь, танцевать. В отделении подвижен, многоречив, вмешивается в разговоры и дела окружающих. При расспросах о правонарушении охотно рассказывает о случившемся, читает стихи, в которых в шутливой форме излагает свою жизнь. К сложившейся ситуации не критичен.

Задача 8.

Испытуемый Б., 32 лет, обвиняется в убийстве своей тетки. Со слов испытуемого, материалов уголовного дела и медицинской документации известно, что наследственность психическими заболеваниями неотягощена. В детстве перенес воспаление легких, рос и развивался правильно, в школу пошел с 7 лет, учился удовлетворительно. По характеру был спокойным, дисциплинированным, прилежным учеником. После окончания 7 классов работал в колхозе. В армии окончил курсы шоферов, был водителем танка, а после демобилизации

работал трактористом. В деле положительная служебная характеристика. Алкоголь употреблял умеренно. В 27 лет женился, имеет от брака двух детей. Вскоре после женитьбы жена заметила у испытуемого «приступы», во время которых он сжимал руки, стонал, глаза были неподвижны. Испытуемый этих состояний не помнил. Более развернутые приступы у него наблюдал брат. По описанию брата, он падал, «корчился», изо рта выделялась пена, затем встал, ходил, оставался безразличным ко всему, на обращения не реагировал. Сам испытуемый этих состояний также не помнил, но отмечал, что сознание его иногда становилось «мутным». Односельчане также отмечали, что видели Б. на улице лежащим в бессознательном состоянии, с ним «было плохо». Когда он работал на тракторе, по неизвестной причине стали возникать аварии, в связи с чем руководство колхоза отстранило его от обязанностей механизатора. С жалобами на периодические «приступы» с потерей сознания испытуемый обратился в районную поликлинику, где ему был поставлен диагноз: «Эпилепсия», лечение не было назначено. В дальнейшем он лечился в Ленинграде, Вильнюсе, Минске по поводу эпилепсии. Однако лекарства дома принимал нерегулярно, так как считал, что они не помогают. Обращался к знахарям. Позже у него появились развернутые эпилептические припадки, состояния внезапно наступающей ярости и подавленного настроения. Как сообщает жена испытуемого, в течение 3 месяцев, предшествующих правонарушению, у него не было припадков. Однако за последнюю неделю они возобновились и повторялись по несколько раз в день. Близкие решили отвести его к знахарю. По их свидетельству, в этот день он вел себя неправильно: пытался убежать, а потом вдруг широким шагом зашел в квартиру знахарки и сказал: «Вот как бьют, в армии били и тут бьют», вел себя буйно, кричал «убить», «зарезать». На обратном пути в машине у него был припадок. На следующее утро состояние Б. нормализовалось, он позавтракал, играл с детьми. Несколько позже видевшая его сестра отметила, что он очень бледен, «страшен». Не взял принесенное ему молоко, заявив «Корми им своих детей». Затем он принес к ней в дом радиолу, бросил ее на диван и со словами «на, бери» убежал, ничего не объяснив. По показаниям свидетелей, вечером того же дня Б. выгонял со двора телку. Его тетка говорила: «Пусть телка будет в сарае», на что он ответил: «Пусть будет» и нанес тетке удар колом по голове, а затем, когда она упала, еще раз три ее ударил. После совершенного убийства Б. оставался спокойным, вид у него был отрешенный, «глаза остановились». «Вот как надо воевать», – сказал он подошедшему брату и показал на труп. Затем испытуемый подошел к колодцу и стал в него смотреть. Сразу же был задержан. На следующий день при беседе со следователем он плохо отвечал на вопросы и допросить его было невозможно. В последующем он сообщил о себе сведения, был ориентирован, жаловался на тяжесть в голове, ничего не помнил о случившемся. При обследовании в Центре установлено: со стороны внутренних органов отклонений от нормы не отмечается. Нервная система: рассеянная неврологическая симптоматика. На рентгенограмме черепа изменений не выявлено. Глазное дно в норме. На электроэнцефалограмме выявляются нарушения биоэлектрической активности в виде наличия медленных волн и отдельных колебаний с острыми вершинами во всех отделах в сочетании с пароксизмальной активностью. Психическое состояние: сознание ясное, ориентировка всех видов сохранена. Беседует охотно, с излишней детализацией рассказывает о своей жизни. Трудно переключается с одной темы беседы на другую. Жалуется на головные боли, ухудшение памяти, судорожные припадки. Подчеркивает, что всегда был крепким человеком, ничем не болел, лекарства не принимал так как «лечился воздухом». О правонарушении сообщает, что накануне появился «туман в голове», от близких узнал, что участились припадки. Когда утром за ним пришел милиционер и велел собирать документы и вещи, очень удивился, в отделении милиции «недоумевал», за что могли «задержать». В камере случайно вспомнил, что надевали наручники. Когда сообщили об убийстве тетки перед глазами «как сон» стали возникать картины, «как берет палку и ударяет тетку». Однако последовательно описать картину происшедшего не может. Готов нести наказание, хотя указывает, что «этот случай совершенно непонятен». Отношения были хорошими, убивать ее никогда не намеревался, «никогда не убивал и убить не мог». В отделении поведение упорядоченное, наблюдалось три развернутых эпилептических припадков, после которых был оглушен.

Задача 9.

Испытуемая С., 30 лет, обвиняется в совершении хулиганских действий. Из материалов уголовного дела, медицинской документации и со слов испытуемой известно, что она родилась в двойне. В возрасте двух месяцев перенесла дифтерию, в 1,5 года болела полиомиелитом, с того времени отмечает слабость в правой руке. В психическом развитии от сверстников не отставала, в школе начала учиться с девяти лет, успевала удовлетворительно. По характеру была спокойной, общительной. С 10 лет у нее появились судорожные припадки с потерей сознания, непроизвольным мочеиспусканием, прикусами языка и губ, которые наблюдались ежедневно. В связи с припадками помещена в Харьковскую психиатрическую больницу, где ей установлен диагноз «генуинная эпилепсия». С 12 лет у нее резко снизилась успеваемость, она перестала усваивать школьный материал, изменилась по характеру, стала раздражительной, конфликтной, появились выраженные колебания настроения. Периодически становилась злобной, раздражительной, агрессивной, уходила из дома. Испытуемая оставила учебу в школе, имела инвалидность II группы, ежегодно находилась на лечении в психиатрических больницах. В 1999 г. С. приехала в Москву, где пыталась проникнуть в квартиру известной певицы так как считала, что обладает уникальными вокальными данными. Была через психоприемник отправлена в больницу по месту жительства. Как видно из амбулаторной карты, испытуемая была навязчива, слащава, вместе с тем возбудима, груба, злобна и конфликтна. Несмотря на проводимое противосудорожное лечение, у нее наблюдались развернутые судорожные припадки, которые иногда учащались до 4–5 раз в день. При последнем стационарировании в психиатрическую больницу ей устанавливался диагноз: «Эпилепсия, генерализованная с дисфориями и слабоумием». В течение нескольких месяцев была замужем, но брак был расторгнут. Дома продолжала вести себя неправильно: избивала родителей, била стекла в окнах, бродяжничала, занималась мелким воровством, ночевала в подъездах, однажды напала на отца и разбила ему очки. В 2008 г. С. опять уехала в Москву. В поезде попрошайничала, угрожала пассажирам, вырывала у них продукты. При попытке задержать ее напала на сотрудника милиции, бранилась, сквернословила, угрожала ему.

При обследовании в Центре установлено. Испытуемая диспластична. Внутренние органы без патологии. Нервная система: признаков очагового органического поражения центральной нервной системы не выявлено. При электроэнцефалографическом исследовании выявлены диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с эпилептиформными очагами в левой височно-тимпальной области и тенденцией к генерализованным параксизмальным проявлениям. Психическое состояние: контакт с испытуемой затруднен. Во время беседы она говорит медленно, непоследовательно, легко возбудима, плаксива, употребляет уменьшительные слова. Крайне навязчива, слащава, склонна к аффективным реакциям. В отделении за три дня у нее наблюдалось четыре развернутых судорожных припадков с потерей сознания, тоническими и клоническими судорогами и последующим сном. Испытуемая конфликтна, часто без причины ссорится с больными, при этом оскорбляет их, громко кричит, долго не может успокоиться. С врачом всегда лстива, жалуется на всех, требует к себе повышенного внимания. Без учета ситуации часто повторяет одно и то же. Восстановила против себя всех больных в отделении. По ночам не спит, расхаживает по отделению. Испытуемая неряшлива, неопрятна, не следит за своим видом. Целыми днями рисует, содержание рисунков примитивное, детское, однако считает себя хорошей художницей. Домой пишет нелепые письма. Мышление испытуемой по замедленному типу, вязкое, непродуктивное. Память значительно снижена, отмечают дисфорические расстройства настроения. Критическая оценка своего состояния и сложившейся ситуации недостаточная.

Задача 10.

Испытуемая А., 19 лет, является свидетелем в деле по обвинению ее матери в убийстве. Из материалов уголовного дела, медицинской документации и со слов испытуемой известно, что отец страдал алкоголизмом, в состоянии опьянения был конфликтным, злобным, избивал ее мать. С пятилетнего возраста у испытуемой появились судорожные припадки с потерей

сознания, и ей устанавливался диагноз: «Эпилепсия». В первые годы припадки повторялись 1–2 раза месяц, малые припадки 1–2 раза в день. Постоянно получала противосудорожную терапию, неоднократно стационарировалась в психиатрические больницы. Под влиянием лечения вначале прекратились малые припадки, а затем и большие. Однако при отмене терапии они возобновились. В школу пошла с восьми лет, училась удовлетворительно, со школьной программой справлялась. Окончила девять классов и поступила в агротехнический лицей, на кулинарное отделение, но обучение не окончила в связи с переездом семьи в другой город. В дальнейшем нигде не училась и не работала, так как на новом месте жительства не имела прописки. Как видно из материалов уголовного дела, 19 июня после ссоры с отцом мать испытуемой нанесла ему спящему удары по голове, а затем позвала испытуемую и попросила ее помочь спрятать труп в шкаф в коридоре. В своих первых показаниях испытуемая – единственный свидетель происшедшего – сообщила, что отец пьянствовал, нигде не работал, избивал ее и мать, угрожал им, и во время ссоры мать ударила отца топором по голове. В других показаниях она сообщила, что мать убила отца не во время ссоры, а на следующий день нанесла ему спящему удары по голове, а затем позвала испытуемую и попросила ей помочь спрятать труп в шкаф в коридоре. Затем А. опять изменила показания и сообщила, что не видела самого факта убийства, она якобы не заходила в комнату отца, не знает, что там делала мать и вообще ничего не помнит о случившемся.

При обследовании в Центре установлено. Со стороны внутренних органов без патологии. Нервная система: рассеянная неврологическая симптоматика, на электроэнцефалограмме выявлены умеренные изменения по органическому типу, в правой височно-теменной области эпилептоидная активность. Заключение консультанта-невропатолога: «Эпилепсия с редкими большими и малыми припадками и дисфориями». Психическое состояние: испытуемая в ясном сознании. Охотно беседует, иногда улыбается, правильно и последовательно сообщает о себе сведения, подробно описывает свое заболевание, частоту приступов, положительные результаты лечения, говорит, что в течение последних двух лет был один припадок. Жалуется на периодические головные боли, снижение памяти. Рассказывает, что иногда без видимой причины у нее отмечаются колебания настроения – «могу быть доброй или злой». Периоды раздражительности и злобности продолжаются несколько часов. А вообще по характеру она добрая, спокойная, любит порядок, «чтобы каждая вещь лежала на своем месте». Обиду помнит долго, при случае старается отомстить. Крайне неохотно рассказывает о правонарушении, при этом плачет, волнуется, жалеет мать, к которой очень тепло относится. Более подробно описать происшедшее отказывается, но говорит, что «все помнит». Мышление несколько обстоятельное, интеллектуальный уровень невысок. Мнестические процессы сохранены. Критика к своему состоянию и судебной-следственной ситуации сохранена.

Критерии и шкалы оценивания решения практических заданий

Критерии оценки при текущем контроле	Оценка
Задача не решена или решена неправильно	«неудовлетворительно»
Задание понято правильно; в логическом рассуждении нет существенных ошибок, но допущены существенные ошибки в выборе формул или в математических расчетах; задача решена не полностью или в общем виде	«удовлетворительно»
Составлен правильный алгоритм решения задачи; в логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок; правильно сделан выбор формул для решения; есть объяснение решения, но задача решена нерациональным способом или допущено не более двух несущественных ошибок, получен верный ответ	«хорошо»
Составлен правильный алгоритм решения задачи; в логическом рассуждении, в выборе формул и решении нет ошибок; получен верный ответ; задача решена рациональным способом	«отлично»

Задания для контрольной работы (заочная форма обучения)

- Вариант 1. Понятие и предмет судебной психиатрии
- Вариант 2. Процессуальные и организационные основы судебно-психиатрической экспертизы
- Вариант 3. Судебно-психиатрическая экспертиза обвиняемых, свидетелей, потерпевших и осужденных. Принудительные меры медицинского характера
- Вариант 4. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе
- Вариант 6. Понятие о психическом заболевании
- Вариант 7. Рецепторные расстройства, нарушения ориентировки, восприятия, памяти у психически больных
- Вариант 8. Расстройства интеллекта и мышления
- Вариант 9. Расстройства эмоций
- Вариант 10. Расстройства инстинктов
- Вариант 11. Расстройства волевой деятельности и сознания
- Вариант 12. Шизофрения
- Вариант 13. Маниакально-депрессивный психоз (МДП)
- Вариант 14. Эпилепсия
- Вариант 15. Психические расстройства при травмах мозга
- Вариант 16. Психические расстройства при инфекционных поражениях мозга
- Вариант 17. Инволюционные психические расстройства
- Вариант 18. Психические расстройства вследствие приема алкоголя
- Вариант 19. Нарушения психических функций при воздействии наркотических веществ различных групп
- Вариант 20. Олигофрении
- Вариант 21. Психопатии
- Вариант 22. Временные психические расстройства

Критерии и шкалы оценивания контрольной работы

Критерии оценивания	Оценка
Ответ не был дан или не соответствует минимальным критериям	«неудовлетворительно»
Ответ со значительным количеством неточностей, но соответствует минимальным критериям	«удовлетворительно»
Ответ был верным с незначительным количеством неточностей	«хорошо»
Ответ полный с незначительным количеством неточностей	«отлично»

Темы для подготовки реферата (доклада, сообщения, презентации)

Тема 1-7

1. Психологический аспект заболевания (понятия здоровья и болезни).
2. Какие задачи решают клинические психологи в области здравоохранения, охраны психического здоровья подрастающего поколения, в службах социальной занятости населения.
3. Перечень и краткое содержание дисциплин, изучаемых в рамках клинической психологии.
4. В чем состоит, чем подтверждается социальная значимость клинической психологии.
5. Виды психологических служб или где работают клинические психологи?
6. Различные подходы к содержанию и определению медицинской психологии.
7. Предмет медицинской психологии.
8. Психосоматические корреляции (психогенные реакции, психосоматические заболевания).
9. Понятие внутренней картины болезни.

10. Влияние социально-конституциональных факторов на концепцию болезни (пол, возраст, профессия).
11. Влияние индивидуально-психологических факторов на концепцию болезни (темперамент, характер, личность).
12. Основания и классификация типов психического реагирования на заболевание.
13. Типы реагирования на болезнь без нарушения социальной адаптации.
14. Типы реагирования на болезнь с нарушением социальной адаптации по интрапсихическому варианту.
15. Типы реагирования на болезнь с нарушением социальной адаптации по интерпсихическому варианту.
16. Особенности и динамика реагирования больного на злокачественные новообразования.
17. Влияние этапа онкологического заболевания на психику больного.
18. Влияние характерологического преморбида на патогенез психических нарушений при онкологической патологии.
19. Влияние личности больного на вероятность возникновения и протекание онкологического процесса.
20. Специфика психологических феноменов при онкологических заболеваниях разной локализации.
21. Общая картина влияния на психику хронического соматического заболевания.
22. Психологические особенности больных с терапевтической патологией.
23. Соматопсихические расстройства при эндокринных заболеваниях.
24. Психология неврологических расстройств.
25. Психология пациента хирургической клиники.
26. Две стратегии выбора пациентом способа лечения.
27. Феноменология пред- и постоперационной тревоги.
28. Психологическая адаптация человека после пересадки органов и тканей.
29. Соматопсихические расстройства, связанные с дефектами тела, речи и органов чувств.
30. Особенности и динамика психического состояния женщин во время беременности.
31. Предменструальный синдром.
32. Психические нарушения при бесплодии.
33. Психология и психопатология климактерия.
34. История развития взглядов на предмет и методы патопсихологического исследования.
35. Особенности проведения и основные компоненты патопсихологического исследования.
36. Формы нарушения сознания (помраченное сознание, оглушенное состояние сознания).
37. Формы нарушения сознания (делириозное помрачение сознания, онейроидное состояние сознания).
38. Формы нарушения сознания (сумеречное состояние сознания, деперсонализация).
39. Агнозии и псевдоагнозии при деменции.
40. Галлюцинации и их виды, особенности галлюцинаторных образов, о природе обманов чувств.
41. Псевдогаллюцинации, синдром Кандинского-Клерамбо.
42. Нарушение мотивационного компонента восприятия.
43. Формы нарушений восприятия при различных заболеваниях.
44. Методы исследования восприятия.
45. Актуальность и основные направления исследования нарушений памяти.
46. Нарушение непосредственной памяти: корсаковский синдром и прогрессирующая амнезия.
47. Нарушение динамики мнестической деятельности.
48. Нарушение опосредованной памяти.
49. Нарушение мотивационного компонента памяти.
50. Нарушение памяти у больных разных нозологических групп.
51. Методики, используемые для исследования памяти.
52. Нарушение операциональной стороны мышления (снижение уровня обобщения, искажение процесса обобщения).

53. Нарушение динамики мыслительной деятельности (непоследовательность суждений, лабильность мышления, «откликаемость», инертность).
54. Нарушение мотивационного компонента мышления (разноплановость, резонерство).
55. Нарушение критичности мышления.
56. Методики для исследования нарушений мышления.
57. Нарушения эмоций и чувств при психических заболеваниях.
58. Депрессии и их виды (эндогенная и реактивная).
59. Маниакальные и гипоманиакальные состояния.
60. Нарушение опосредованности и иерархии мотивов. Нарушение смыслообразования. Нарушение критичности поведения.
61. Акцентуации характера и краевые психопатии.
62. Классификация психопатий по П.Б.Ганнушкину.
63. Расстройства личности по МКБ-10 (параноидное, шизоидное, диссоциальное, эмоционально неустойчивое, истерическое, обсессивно-компульсивное, тревожное, зависимое и др.).
64. Методы исследования расстройств личности (напр., проективные методы; оценка уровня притязаний; исследование самооценки и т.д.).
65. Роль биологического и социального в возникновении психических заболеваний в детском возрасте.
66. Понятие дизонтогений.
67. Формы психических расстройств в детском возрасте.
68. Психологические методы обследования ребенка.
69. Понятие нормального и отклоняющегося (девиантного) поведения.
70. Делинквентное и аддиктивное поведение.
71. Патохарактерологическое и девиантное поведение на базе гиперспособностей.
72. Агрессивное и аутоагрессивное поведение.
73. Злоупотребление веществами, вызывающими состояние измененной психической деятельности.
74. Нарушение пищевого поведения.
75. Сексуальные девиации и перверсии.
76. Сверхценные психопатологические увлечения. Коммуникативные девиации.
77. История зарождения, определение и задачи нейропсихологии.
78. Методы исследования в нейропсихологии.

Тема 8-22

1. Расстройства привычек и влечений. Пиромания, клептомания, дромомания, гемблинг и другие. Судебно-психиатрическое значение.
2. Расстройства восприятия. Иллюзии, галлюцинации, другие симптомы расстройства восприятия.
3. Расстройства настроения. Мания, депрессия, дисфория, эйфория и другие.
4. Расстройства памяти. Виды амнезий, их судебно-психиатрическое значение.
5. Расстройства мышления. Вязкость, резонерство, разорванность, ускоренность и замедленность. Паралогичное мышление. Значение для судебно-психиатрической диагностики.
6. Бредовые расстройства. Сверхценные и навязчивые идеи. Роль патологических идей в опасном поведении больных.
7. Виды слабоумия. Врожденное и приобретенное слабоумие. Значение для судебной психиатрии.

Критерии и шкалы оценивания рефератов (докладов)

Оценка	Профессиональные компетенции	Отчетность
«отлично»	Работа выполнена на высоком профессиональном уровне. Полностью соответствует поставленным в задании целям и задачам. Представленный материал в основном верен, допускаются мелкие неточности. Студент свободно отвечает на вопросы,	Письменно оформленный доклад (реферат) представлен в срок. Полностью

	связанные с докладом. Выражена способность к профессиональной адаптации, интерпретации знаний из междисциплинарных областей	оформлен в соответствии с требованиями
«хорошо»	Работа выполнена на достаточно высоком профессиональном уровне, допущены несколько существенных ошибок, не влияющих на результат. Студент отвечает на вопросы, связанные с докладом, но недостаточно полно. Уровень недостаточно высок. Допущены существенные ошибки, не существенно влияющие на конечное восприятие материала. Студент может ответить лишь на некоторые из заданных вопросов, связанных с докладом	Письменно оформленный доклад (реферат) представлен в срок, но с некоторыми недоработками
«удовлетворительно»	Уровень недостаточно высок. Допущены существенные ошибки, не существенно влияющие на конечное восприятие материала. Студент может ответить лишь на некоторые из заданных вопросов, связанных с докладом	Письменно оформленный доклад (реферат) представлен со значительным опозданием (более недели). Имеются отдельные недочеты в оформлении
«неудовлетворительно»	Работа выполнена на низком уровне. Допущены грубые ошибки. Ответы на связанные с докладом вопросы обнаруживают непонимание предмета и отсутствие ориентации в материале доклада	Письменно оформленный доклад (реферат) представлен со значительным опозданием (более недели). Имеются существенные недочеты в оформлении.

Критерии и шкалы оценивания презентации

Дескрипторы	Минимальный ответ «неудовлетворительно»	Изложенный, раскрытый ответ «удовлетворительно»	Законченный, полный ответ «хорошо»	Образцовый ответ «отлично»
Раскрытие проблемы	Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы.	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны и/или выводы не обоснованы.	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны и/или обоснованы.	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы обоснованы.
Представление	Представляемая информация логически не связана. Не использованы профессиональные термины.	Представляемая информация не систематизирована и/или не последовательна. Использован 1-2 профессиональных термина.	Представляемая информация систематизирована и последовательна. Использовано более 2 профессиональных терминов.	Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана. Использовано более 5 профессиональных терминов.
Оформление	Не использованы информационные технологии (PowerPoint). Больше 4 ошибок в представляемой информации.	Использованы информационные технологии (PowerPoint) частично. 3-4 ошибки в представляемой	Использованы информационные технологии (PowerPoint). Не более 2 ошибок в представляемой информации.	Широко использованы информационные технологии (PowerPoint). Отсутствуют ошибки в представляемой

		информации.		информации.
Ответы на вопросы	Нет ответов на вопросы.	Только ответы на элементарные вопросы.	Ответы на вопросы полные и/или частично полные.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров.

Индивидуальное творческое задание

Провести экспертную оценку по теме:

1. Психология бесплодия
2. Психосоматические аспекты ожирения.
3. Проблема тревожности в психосоматике.
4. Составить логическую схему анализа психического состояния больного шизофренией и возможные выводы судебно-психиатрической экспертизы.
5. Составить логическую схему анализа психического состояния человека, употребляющего психоактивные вещества и возможные выводы судебно-психиатрической экспертизы.

Критерии и шкалы оценивания индивидуального задания

Критерии оценивания	Оценка
Задание не выполнено или допущены существенные неточности	«неудовлетворительно»
Задание выполнено не в полном объеме или полученные результаты недостаточно аргументированы, нарушена логика и последовательность изложения результатов	«удовлетворительно»
Задание выполнено в полном объеме, полученные результаты логичны, последовательны, но аргументированы недостаточно четко	«хорошо»
Задание выполнено в полном объеме, полученные результаты аргументированы, логичны, последовательны	«отлично»

Блок В

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Перечень вопросов для подготовки к экзамену

Тема 1-7

1. Предмет и задачи клинической психологии.
2. Место клинической психологии в системе психологических знаний.
3. Современные подходы к пониманию причин психических расстройств.
4. Основные системы классификации для психических расстройств в целом, для частных групп расстройств.
5. Клиническое интервью (общая схема, базовые техники).
6. Диагностика, основанная на принципе мультимодальности, в клинической психологии.
7. Клинико-психологическая диагностика.
8. Многоосевая диагностика в клинической психологии.
9. Схема выдвижения многомерных гипотез в клинической психологии.
10. Психология больного.
11. Значение ощущений в диагностическом процессе. Патология ощущений.
12. Иллюзии. Дифференцирование иллюзий от галлюцинаций.
13. Галлюцинации, их виды.
14. Психосенсорные расстройства.
15. Патология памяти (амнезии, гипомнезия, гипермнезия, парамнезии).
16. Расстройства внимания.
17. Нарушение мышления по темпу и форме.
18. Навязчивые расстройства, их виды.
19. Бредовые идеи, их разновидности.
20. Сверхценные идеи, их виды.
21. Эмоции, настроение, аффект, страсть, самочувствие. Патология эмоций.
22. Патология влечений.
23. Патология волевой активности.
24. Состояния помраченного сознания.
25. Состояния выключенного сознания.
26. Клинические варианты умственной отсталости (олигофрении).
27. Деменция, ее варианты.
28. Психопатологические синдромы, определение понятия.
29. Астенические расстройства, клиническая картина.
30. Депрессивные расстройства, условия возникновения, основные и дополнительные симптомы.
31. Актуальные проблемы суицидологии.
32. Психологические особенности личности суицидента.
33. Психологические модели депрессии.
34. Особенности депрессивных расстройств у детей и подростков.
35. Соматоформные расстройства.
36. Диссоциативные (конверсионные) расстройства.
37. Обсессивно-фобические расстройства.
38. Этиология и патогенез неврозов.
39. Основные формы неврозов.
40. Клиника истерического невроза.
41. Клиника неврастенического невроза.
42. Клиника невроза навязчивых состояний.
43. Вегетативные расстройства при неврозах.
44. Клинические варианты нарушений поведения в детском и подростковом возрасте.

45. Посттравматическое стрессовое расстройство, основные симптомы, закономерности формирования.
46. Расстройства при переживании горя и утраты.
47. Катастрофы и теракты, психические расстройства в экстремальных ситуациях.
48. Психосоматические расстройства, общая характеристика.
49. Расстройства личности. Классификация. Основные клинические проявления.

Психопатизация личности.

50. Основные клинические формы расстройств личности.
51. Акцентуации характера.
52. Психическое старение в норме и патологии.
53. Внутренняя картина болезни, ее структура, типы отношения к болезни.
54. Определение и структура «качества жизни».
55. Понятие «совладания с болезнью».
56. Аддиктивное поведение, его виды.
57. Понятие «со-зависимости», ее характеристики.
58. Психогигиена, методы и организация.
59. Психогигиена детского и подросткового возраста.
60. Психопрофилактика (первичная, вторичная, третичная).
61. Психотерапия, определение понятия, основные виды.
62. Методы саморегуляции в практике клинического психолога.
63. Психологические аспекты реабилитации.

Тема 8-22

1. Судебная психиатрия как прикладная отрасль медицинской науки - психиатрии. Задачи судебной психиатрии.
2. Задачи судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе.
3. Задачи судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе.
4. Понятие о дееспособности и недееспособности. Правовые последствия признания гражданина недееспособным. Опекунство и его назначение.
5. Основания для назначения судебно - психиатрической экспертизы в уголовном процессе.
6. Понятие о невменяемости.
7. Права и обязанности психиатра - эксперта.
8. Понятие об «ограниченной вменяемости» - ст. 22 УК РФ. Медицинский (психиатрический) и юридический критерии «ограниченной вменяемости». Правовые последствия «ограниченной вменяемости».
9. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших и свидетелей.
10. Виды судебно - психиатрических экспертиз. Амбулаторная судебно - психиатрическая экспертиза.
11. Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза. Порядок ее назначения. Виды стационарных судебно-психиатрических отделений.
12. Заочная и посмертная судебно-психиатрическая экспертизы.
13. Меры медицинского характера в отношении лиц, признанных невменяемыми. Порядок назначения и отмены.
14. Принципы выбора вида принудительных мер медицинского характера в отношении невменяемых.
15. Виды мер медицинского характера в отношении невменяемых.
16. Принудительные меры медицинского характера при алкоголизме и наркомании (ст. 97 и ст. 99 УК РФ).
17. Медицинский критерий невменяемости (ст. 21 УК РФ).
18. Юридический (психологический) критерий невменяемости (ст. 21 УК РФ).

19. Понятие о пенитенциарной психиатрии.
20. Особенности назначения и экспертной оценки психических расстройств у осужденных.
21. Понятие о «беспомощном состоянии» потерпевшего. Судебно-психиатрическая оценка «беспомощного состояния».
22. Подготовка следователем материалов, которые необходимы для проведения судебно-психиатрической экспертизы.
23. Основные вопросы, которые могут ставиться следствием и (или) судом при назначении судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе.
24. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. Круг вопросов, решаемых этой экспертизой.
25. Комплексная сексолого - психиатрическая экспертиза. Вопросы, которые решает эта экспертиза.
26. Понятие о комплексных судебных экспертизах. Компетенция экспертов разных специальностей в комплексных экспертизах.
27. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Возможность проведения судебно-психиатрической экспертизы при правовых спорах, связанных с этим законом.
28. Судебно-психиатрическая экспертиза по признанию сделок недействительными в гражданском процессе.
29. Понятие опасности психических расстройств.
30. Особенности участия лица с психическими расстройствами в производстве по делу. «Уголовно-процессуальная дееспособность».
31. Судебно-психиатрическая оценка «завещательной дееспособности».
32. Основания для выбора вида судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе.
33. Оценка заключения (акта) судебно-психиатрической экспертизы судом. Определение суда о признании обвиняемого вменяемым или невменяемым и назначении мер медицинского характера в отношении невменяемого или «ограниченно вменяемого».
34. Повторные и дополнительные судебно-психиатрические экспертизы. Основания для их назначения. Особенности проведения таких экспертиз.
35. Расстройства привычек и влечений. Пиромания, kleптомания, дромомания, гемблинг и другие. Судебно-психиатрическое значение.
36. Расстройства восприятия. Иллюзии, галлюцинации, другие симптомы расстройства восприятия.
37. Расстройства настроения. Мания, депрессия, дисфория, эйфория и другие.
38. Расстройства памяти. Виды амнезий, их судебно-психиатрическое значение.
39. Расстройства мышления. Вязкость, резонерство, разорванность, ускоренность и замедленность. Паралогичное мышление. Значение для судебно-психиатрической диагностики.
40. Бредовые расстройства. Сверхценные и навязчивые идеи. Роль патологических идей в опасном поведении больных.
41. Виды слабоумия. Врожденное и приобретенное слабоумие. Значение для судебной психиатрии.
42. Понятие о психическом расстройстве. Классификация психических расстройств.
43. Расстройства волевой деятельности.

44. Формы течения шизофрении. Непрерывная, приступообразно-прогредиентная, рекуррентная. Шизотипическое расстройство (вялотекущая шизофрения). Понятие дефекта и ремиссии при шизофрении.
45. Алкоголизм. Стадии алкогольной болезни. Судебно-психиатрическая оценка.
46. Простое и патологическое алкогольное опьянение. Судебно-психиатрическая оценка.
47. Психические расстройства при злоупотреблении психоактивными веществами. Токсикомании и наркомании. Клинические варианты наркоманий. Гашишизм. Опиомания. Героинизм. Кокаинизм. Другие виды наркоманий. Значение наркоманий для судебной психиатрии.
48. Судебно-психиатрическое значение эпилепсии.
49. Психические расстройства при травмах головного мозга и их судебно-психиатрическая оценка.
50. Понятие о психоорганическом синдроме.
51. Психические расстройства сосудистого происхождения и их судебно-психиатрическое значение.
52. Судебно-психиатрическая оценка шизофрении.
53. Старческое слабоумие. Судебно-психиатрическая оценка.
54. Судебно-психиатрическое значение и оценка умственной отсталости.
55. Клинические проявления и классификация умственной отсталости. Судебно-психиатрическая оценка дебильности.
56. Клинические варианты расстройств личности (психопатий). Их судебно-психиатрическое значение.
57. Понятие о динамике расстройств личности (психопатий). Компенсация и декомпенсация психопатий. Судебно-психиатрическая оценка динамики психопатий.
58. Понятие о физиологическом и психологическом аффекте.
59. «Исключительные состояния» и их судебно-психиатрическая оценка.
60. Симуляция и диссимуляция. Методы распознавания симуляции и диссимуляции.
61. Психогенные (реактивные) состояния. Клинические проявления. Основные варианты истерических и эндоформных реактивных состояний. Экспертная оценка.
62. Маниакально-депрессивный психоз (биполярное психическое расстройство). Судебно-психиатрическое значение.
63. Особенности судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних. Понятие о патологическом пубертатном кризе.
64. Судебно-психиатрическое значение депрессивного синдрома. Понятие о «расширенном самоубийстве».
65. Алкогольные психозы. Судебно-психиатрическое значение и оценка.
66. Пароксизмальные синдромы. Эпилептический припадок, сумеречное расстройство сознания, абсанс, малый припадок. Их судебно-психиатрическое значение.
67. Расстройства сознания. Их судебно-психиатрическое значение.
68. Расстройства сексуального влечения. Садомазохизм, педофилия, эфебофилия, геронтофилия, эксгибиционизм, фетишизм и другие. Судебно-психиатрическое значение расстройств сексуального влечения.

Шкала оценивания

Экзамен	Критерии оценивания
«Отлично»	Сформированные и систематические знания; успешные и систематические умения; успешное и систематическое применение

	НАВЫКОВ
«Хорошо»	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания; в целом успешные, но содержащие пробелы умения; в целом успешное, но сопровождающееся отдельными ошибками применение навыка
«Удовлетворительно»	Неполные знания; в целом успешное, но несистематическое умение; в целом успешное, но несистематическое применение навыков
«Неудовлетворительно»	Фрагментарные знания, умения и навыки / отсутствуют знания, умения и навыки

Образец оформления экзаменационного билета

Министерство образования и науки Донецкой Народной Республики
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«ДОНБАССКАЯ АГРАРНАЯ АКАДЕМИЯ»

Факультет Экономико-правовой
Кафедра Психологии

Образовательная программа	бакалавриат
Направление подготовки/специальность	37.03.01 Психология
Направленность (профиль)	-
Курс	3
Семестр	5

Дисциплина «Клиническая психология и психиатрия»

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Специфика работы медицинского психолога.
2. Взаимодействие психолога с пациентами.
3. Клинико-психологическая характеристика шизофрении.

Утверждено на заседании кафедры психологии

Протокол № _____ от « _____ » _____ 20__ г.

Зав. кафедрой

Е.Н. Рядинская

Экзаменатор

К.Б. Богрова

ПОДПИСЬ

ПОДПИСЬ

Комплект итоговых оценочных материалов

ОПК 5 Способен выполнять организационную и техническую работу в реализации конкретных мероприятий профилактического, развивающего, коррекционного или реабилитационного характера			
ОПК-5.1 Знает и умеет организовывать мероприятия по оказанию психологической помощи			
ОПК-5.2 Владеет способами применения стандартных программ психологического сопровождения, развития и коррекции в основных областях деятельности психолога			
Б1.О.10.2 «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ»			
<i>Задания закрытого типа</i>			
1	<i>Прочитайте текст и выберите правильный вариант ответа:</i> Какие методы исследования используют в клинической психологии? 1) патопсихологическое исследование 2) нейропсихологическое исследование 3) клиническое интервью (клиническая беседа) 4) верно все перечисленное. <i>Правильный ответ: 4</i>		
2	<i>Прочитайте текст и выберите правильный вариант ответа:</i> Больная довольна, что заболела, утверждая: "Смогу уделить больше внимания детям, не буду водить их в детский садик, сделаю ремонт в квартире, немного почитаю, займусь любимым делом". Какой это тип реагирования на болезнь? 1) нозофильный 2) утилитарный 3) эйфорический 4) гармоничный <i>Правильный ответ: 1</i>		
3	<i>Прочитайте текст и выберите все правильные варианты ответа:</i> Генетические методы исследования психических больных используются: 1) для динамического контроля эффективности терапии 2) для определения степени риска психических заболеваний у потомства 3) для всего перечисленного 4) для уточнения диагноза <i>Правильный ответ: 2 4</i>		
4	<i>Прочитайте текст и установите последовательность:</i> Установите последовательность этапов психотерапевтического воздействия на пациента : (1 – определение психотерапевтических мишеней, определить функцию, 2 – установление контакта путем достижения комплайенса, 3 – прояснение проблемы, 4 – закрепление, 5 – окончание курса психотерапии, 6 – использование определенных методов и методик). 1) 2 – 3 – 1 – 6 – 4 – 5 2) 3 – 6 – 1 – 2 – 5 – 4 3) 5 – 4 – 2 – 6 – 1 – 3 4) 1 – 3 – 2 – 5 – 4 – 6 <i>Запишите соответствующую последовательность цифр слева направо</i> <i>Правильный ответ: 1</i>		
5	<i>Прочитайте текст и установите соответствие:</i> Имеется классификация аффективных расстройств. <i>К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:</i> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Код</td><td style="width: 50%; text-align: center;">Расшифровка</td></tr> </table>	Код	Расшифровка
Код	Расшифровка		

A	F30	1	Биполярное аффективное расстройство
Б	F31	2	Депрессивный эпизод
В	F32	3	Маниакальный эпизод

Запишите выбранные цифры под соответствующими буквами:

A	Б	В

Правильный ответ: 312

Задания открытого типа

6

Прочитайте текст и впишите недостающее слово в соответствующем контексту падеже. Под конверсионным психическим расстройством сегодня понимаются нарушения телесных _____ (двигательных или сенсорных) психогенного происхождения, имеющие тесную по времени связь с травматическими событиями, или неразрешимыми, невыносимыми проблемами, или нарушенными взаимоотношениями со значимыми людьми.

Правильный ответ: функций

7

Прочитайте текст и впишите недостающее слово в соответствующем контексту падеже. _____ аспект деятельности заключается в уточнении роли психологических и психосоциальных факторов в возникновении проблемного поведения ребенка в самых разнообразных сферах: в обучении, в межличностных отношениях и т. д.

Правильный ответ: Диагностический

8

Прочитайте текст и впишите недостающее слово в соответствующем контексту падеже. Психосоматика (греч. *psyche* - душа, *soma* - тело) - направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) _____ на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний.

Правильный ответ: факторов

9

Прочитайте текст и впишите недостающее слово в соответствующем контексту падеже. При _____ течении заболеваний отмечается нарастание дискомфорта, общая слабость с падением работоспособности, снижение фона настроения, чувство собственной неполноценности.

Правильный ответ: хроническом

10

Прочитайте текст и впишите недостающее слово в соответствующем контексту падеже. Социально-психологическое исследование общения больных, взаимоотношений в семьях и лечебных группах и их _____ в процессе психокоррекционной и психотерапевтической работы

Правильный ответ: динамики

11

Прочитайте текст и впишите недостающее слово в соответствующем контексту падеже. Целью диагностики является постановка индивидуального диагноза для выбора лечебной _____ и определения прогноза болезни.

Правильный ответ: тактики

12

Прочитайте текст и впишите недостающее слово в соответствующем контексту падеже. _____ – это легкая степень мании. Отмечается постоянный легкий подъем настроения (по крайней мере в течение нескольких дней), повышенная энергичность и активность, чувство благополучия и физической и психической продуктивности.

Правильный ответ: Гипомания

1

Прочитайте текст и впишите недостающее слово в соответствующем контексту падеже.

3	Предметом изучения возрастной клинической психологии выступают _____ процессы и состояния, анализ протекания возрастных кризисов, психосоматические взаимовлияния на различных этапах развития человека — от периода новорожденности до глубокой старости. <i>Правильный ответ: психические</i>
1 4	Дополните предложение словосочетанием из двух слов в соответствующем контексту надежде. _____ основана на том, что с позиций нейропсихологии все психические расстройства связаны с функциональным или морфологическим повреждением в системах трех функциональных блоков мозга. <i>Правильный ответ: Нейропсихологическая интерпретация</i>
1 5	Дополните предложение словосочетанием из двух слов в соответствующем контексту надежде. Одним из факторов, играющих важнейшую роль в этиологии психических расстройств в детском и подростковом возрасте, является — _____ <i>Правильный ответ: возрастной фактор.</i>
1 6	Дополните предложение словосочетанием из двух слов в соответствующем контексту надежде. _____ — отличаются конкретностью, простотой содержания, связаны с психотравмирующей ситуацией. Сопровождаются осознанием чуждости, болезненности, чувством внутренней несвободы и желанием их преодолеть. <i>Правильный ответ: навязчивые страхи</i>
1 7	Прочитайте приведенный ниже текст, в котором пропущен ряд слов. Выберите из предлагаемого списка слова, которые необходимо вставить на место пропусков. Эмоциональные нарушения начинаются с утраты _____ чувства привязанности и _____, а иногда это сопровождается неприязнью и _____. Список терминов: 1) сострадание к близким 2) злобность 3) морально-этические свойства Слова в списке даны в именительном падеже. Каждое слово (словосочетание) может быть использовано только один раз. В ответе запишите номера терминов в порядке их употребления в тексте. <i>Правильный ответ: 312</i>
1 8	Прочитайте текст, выберите правильный вариант ответа и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа Что вначале работы психотерапевта будет благоприятно влиять на лечение больного? 1) подобранные методики обследования 2) взаимоотношения врача и больного 3) разработанная коррекционная программа 4) выполнение рекомендаций больным <i>Правильный ответ: 2</i> <i>Обоснование: Отношения, складывающиеся между врачом и пациентом на протяжении всего периода их общения, включающего выслушивание жалоб и сбор анамнеза, обследование и постановку диагноза, рекомендации и сам процесс лечения, оказывают важнейшее влияние на формирование ВКБ. Врач должен помнить, что, излагая свои жалобы, пациент уже имеет представления о собственном заболевании и поэтому вместе с жалобами, «предлагает врачу симптомы» этого заболевания, которые могут совсем не совпадать с реальной картиной. При постановке диагноза врачу необходимо уметь соотнести жалобы и сведения, полученные от больного с данными объективного исследования.</i>
1 9	Дайте развернутый ответ на вопрос в свободной форме Какие психологические особенности пациентов, страдающих заболеваниями эндокринной системы? <i>Правильный ответ: У больных, страдающих эндокринными заболеваниями, наблюдаются</i>

	замедление мышления, затруднение в формулировании ответа, поэтому в беседе с ними требуется много времени и терпения. Эти больные часто отличаются повышенной аффективностью, у них легко возникают эмоциональные реакции, они требуют к себе особого внимания.
2 0	Прочитайте условие задачи, решите её и запишите ответ. Алексей был доставлен в отделение неотложной помощи после автомобильной аварии. Он был дезориентирован и не мог вспомнить свое имя, адрес или дату рождения. У него также наблюдались провалы в памяти и трудности с концентрацией внимания. Определите диагноз.
	<i>Правильный ответ: Посттравматическая парамнезия</i>

**Лист визирования фонда оценочных средств
на очередной учебный год**

Фонд оценочных средств по дисциплине «Клиническая психология и психиатрия» проанализирован и признан актуальным для использования на 2025_ - 2026 учебный год.

Протокол заседания кафедры психологии от «16» апреля 2025 г. № 9

Заведующий кафедрой психологии



Рядинская Е.Н.

«16» апреля 2025 г.

Лист дополнений и изменений в фонд оценочных средств

Дисциплина «Клиническая психология и психиатрия»

Направление подготовки: 37.03.01. Психология

На 2025/2026 учебный год

Вносятся следующие дополнения и изменения: (указываются составляющие ФОС дисциплины, в которые вносятся изменения и перечисляются вносимые в них изменения):

1. Блок В «Оценочные средства промежуточной аттестации» раздела 2 «Оценочные средства» добавлен пункт «Комплект итоговых оценочных материалов».
2. Структура и содержательная часть документа приведена в соответствие с индикаторами достижения компетенций.

Дополнения и изменения рассмотрены и одобрены на заседании кафедры психологии от «16» апреля 2025 г., протокол № 9

Заведующий кафедрой психологии


(подпись)

Рядинская Е.Н.

«16» апреля 2025 г.