

Рабочая программа дисциплины

Основы психопатологии

<i>Направление подготовки</i>	Психология
<i>Код</i>	37.03.01
<i>Направленность (профиль)</i>	Психологическое консультирование
<i>Квалификация выпускника</i>	бакалавр

1. Перечень кодов компетенций, формируемых дисциплиной в процессе освоения образовательной программы

Группа компетенций	Категория компетенций	Код
Универсальные	Системное и критическое мышление	УК-1
	Инклюзивная компетентность	УК-9
Профессиональные		ПК-2

2. Компетенции и индикаторы их достижения

Код компетенции	Формулировка компетенции	Индикаторы достижения компетенции
УК-1	Способен осуществлять поиск, критический анализ и синтез информации, применять системный подход для решения поставленных задач	УК-1.2 Выбирает ресурсы для поиска информации необходимой для решения поставленной задачи УК-1.4 Выявляет системные связи и отношения между изучаемыми явлениями, процессами и/или объектами на основе принятой парадигмы
УК-9	Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах	УК-9.1 Владеет упорядоченной системой знаний об особенностях развития лиц с ограниченными возможностями здоровья УК-9.2 Свободно строит диалог в социальной и профессиональной сфере с лицом с ОВЗ
ПК-2	Способен к прогнозированию изменений и динамики уровня развития сенсорных систем в организме человека, функциональных состояний, поддержании и сохранении психического и физического здоровья с целью гармонизации психического функционирования человека и выявления механизмов нарушения функционирования центральной нервной системы, высшей нервной деятельности	ПК-2.2. Реализовывает индивидуально-ориентированные меры по выявлению механизмов нарушения функционирования центральной нервной системы, высшей нервной деятельности ПК-2.3. Выявляет особенности и возможные причины дезадаптации с целью гармонизации психического функционирования человека и определения направлений оказания психологической помощи.

3. Описание планируемых результатов обучения по дисциплине

Планируемые результаты обучения по дисциплине представлены дескрипторами (знания, умения, навыки).

Дескрипторы по дисциплине	Знать	Уметь	Владеть
Код компетенций	УК-1		
	- алгоритм системного анализа актуальной проблемы и методы ее структурной декомпозиции, - методологию диверсификации проблемы на составные элементы для формулирования стратегии ее решения в рамках действующего законодательства.	- критически оценивать надежность источников информации, работать с противоречивой информацией из разных источников, - разрабатывать и содержательно аргументировать стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов.	- логико-методологическим инструментарием для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области, - навыками критического анализа проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий.
Код компетенций	УК-9		
	- психофизические особенности развития детей с психическими и (или) физическими недостатками, закономерностей их обучения и воспитания, особенности применения базовых дефектологических знаний в социальной и профессиональной сферах.	- планировать и осуществлять профессиональную деятельность на основе применения базовых дефектологических знаний с различным контингентом.	- навыками взаимодействия в социальной и профессиональной сферах с лицами, имеющими различные психофизические особенности, психические и (или) физические недостатки, на основе применения базовых дефектологических знаний.
Код компетенций	ПК-2		
	- этиологию, патогенез психических расстройств, роль критических периодов развития в	- проводить психологическое обследование с целью определения уровня психического развития, соответствия возрастным	- методами комплексной клинико-психологической оценки состояния здоровья лиц с

	этиологии, течения и исходах психических расстройств; - клинические проявления психических расстройств и механизмы их компенсации.	нормам; - проводить дифференциальную диагностику для определения типа нарушений в развитии; - использовать знания в области психопатологии при разработке индивидуальных коррекционно-развивающих программ.	различными нарушениями психики; - навыками учета медицинских рекомендаций при разработке программы психолого-педагогической работы с лицами с нарушениями психики; - методами психологической коррекции нервно-психических расстройств у детей и подростков.
--	---	---	--

4. Место дисциплины (модуля) в структуре образовательной программы

Дисциплина относится к части, формируемой участниками образовательных отношений учебного плана ОПОП.

Данная дисциплина взаимосвязана с другими дисциплинами, такими как «Физиология ВВД», «Основы нейропсихологии», «Специальная психология», «Этнопсихология», «Социально-психологический тренинг», «Психоконсультирование», «Психология труда», «Основы патопсихологии», «Психокоррекция», «Практикум по психокоррекции», «Психотерапия с практикумом», «Психология гендерных отношений», «Психология социального пола», «Теория и практика тренинга», «Методы активного социально-психологического обучения» и др.

В рамках освоения программы бакалавриата выпускники готовятся к решению задач профессиональной деятельности следующих типов: консультационный, научно-исследовательский.

Профиль (направленность) программы установлена путем ее ориентации на сферу профессиональной деятельности выпускников: Психологическое консультирование.

5. Объем дисциплины

<i>Виды учебной работы</i>	<i>Формы обучения</i>		
	<i>Очная</i>	<i>Очно-заочная</i>	<i>Очно-заочная с применением ДОТ</i>
Общая трудоемкость: зачетные единицы/часы	2/72	2/72	2/72
Контактная работа:			
Занятия лекционного типа	-	4	4
Занятия семинарского типа	36	28	28
Промежуточная аттестация: зачет	0,1	0,1	0,1
Самостоятельная работа (СРС)	35,9	39,9	39,9

6. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам / разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов учебных занятий

6.1. Распределение часов по разделам/темам и видам работы

6.1.1. Очная форма обучения

№ п/п	Раздел/тема	Виды учебной работы (в часах)						Самост оятельн ая работа
		Контактная работа						
		Занятия лекционного типа		Занятия семинарского типа				
		Лекции	Иные учебные занятия	Практи ческие занятия	Семи нары	Лабора торные работы	Иные	
1.	Психопатология как наука. История развития данной области знаний.				8			7
2.	Этиология и патогенез психических расстройств.				8			8
3.	Симптомы психических расстройств. Психопатологические синдромы.				8			8
4.	Психические расстройства при соматических заболеваниях, нейроинфекциях, интоксикации, травмах черепа. Психические болезни. Социальная реабилитация психически больных.				8			12,9
	Промежуточная аттестация							
	Итого				36			35,9

6.1.2. Очно-заочная форма обучения

№ п/п	Раздел/тема	Виды учебной работы (в часах)						Самост оятельн ая работа
		Контактная работа						
		Занятия лекционного типа		Занятия семинарского типа				
		Лекции	Иные учебные занятия	Практи ческие занятия	Семи нары	Лабора торные работы	Иные	
1.	Психопатология как наука. История развития данной области знаний.	1			7			10

2.	Этиология и патогенез психических расстройств.	1			7			9
3.	Симптомы психических расстройств. Психопатологические синдромы.	1			7			9
4.	Психические расстройства при соматических заболеваниях, нейроинфекциях, интоксикации, травмах черепа. Психические болезни. Социальная реабилитация психически больных.	1			7			11,9
	Промежуточная аттестация	0,1						
	Итого	4			28			39,9

6.1.3. Очно-заочная форма обучения с применением ДОТ

№ п/п	Раздел/тема	Виды учебной работы (в часах)						Самостоятельная работа
		Контактная работа						
		Занятия лекционного типа		Занятия семинарского типа				
		Лекции	Иные учебные занятия	Практические занятия	Семинары	Лабораторные работы	Иные занятия	
1.	Психопатология как наука. История развития данной области знаний.	1			7			10
2.	Этиология и патогенез психических расстройств.	1			7			9
3.	Симптомы психических расстройств. Психопатологические синдромы.	1			7			9
4.	Психические расстройства при соматических заболеваниях, нейроинфекциях, интоксикации, травмах черепа. Психические болезни. Социальная	1			7			11,9

	реабилитация психически больных.							
		0,1						
	Итого	4			28			39,9

6.2. Программа дисциплины, структурированная по темам / разделам

6.2.1. Содержание лекционного курса

№ п/п	Наименование темы (раздела) дисциплины	Содержание лекционного занятия
1.	Психопатология как наука. История развития данной области знаний.	История развития психопатологии как науки. Предмет и задачи психопатологии. Методы исследования патологии психики. Связь психопатологии с другими дисциплинами медико-биологического и психолого-педагогического цикла.

6.2.1. Содержание практических занятий

№ п/п	Наименование темы (раздела) дисциплины	Содержание практического занятия
1.	Психопатология как наука. История развития данной области знаний.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Предмет и задачи психопатологии. 2. Методы исследования патологии психики. 3. История развития психопатологии. 4. Психофизиологические основы детской психопатологии. 5. Связь психопатологии с другими дисциплинами медико-биологического и психолого-педагогического цикла.
2.	Этиология и патогенез психических расстройств.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Современные нозологические классификации психических расстройств. 2. Понятие об эндогенных психических заболеваниях, эндогенно-органических психических заболеваниях, экзогенных психических заболеваниях, психогенных психических заболеваниях и патологии психического развития. 3. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. 4. Общие вопросы этиологии и патогенеза психических заболеваний у детей и подростков. 5. Современные представления о роли наследственности и среды в развитии психических заболеваний. Взаимодействие эндогенных и экзогенных факторов в этиологии и патогенезе психических заболеваний. 6. Возрастной фактор и типы ВНД в этиопатогенезе психических расстройств.

		<p>7. Характеристика течения психических заболеваний и их исходы.</p> <p>8. Возрастные уровни нервно-психического реагирования в условиях патологии.</p> <p>9. Общие представления о психическом дизонтогенезе, его варианты. Дизонтогенез по типу задержки психического развития (редардационный вариант). Дизонтогенез по типу асинхронии развития. Дегрессивный вариант дизонтогенеза.</p>
3.	<p>Симптомы психических расстройств.</p> <p>Психопатологические синдромы.</p>	<p>1. Понятие о психопатологическом синдроме. Современные классификации симптомов и синдромов (позитивные и негативные, простые и сложные, большие и малые, типичные и атипичные синдромы).</p> <p>2. Основные депрессивные синдромы. Меланхолическая депрессия. Тревожно-ажитированная депрессия. Депрессия с навязчивостями. Депрессия с дереализацией и деперсонализацией. Ипохондрическая депрессия. Атипичные (маскированные, соматизированные) депрессии. Невротическая депрессия. Дистимические состояния. Дисфории. Апатия и апатико-абулические состояния.</p> <p>3. Гипо- и гиперестезия. Психосенсорные расстройства. Сенсопатии. Галлюцинации. Псевдогаллюцинации. Иллюзии. Визуализированные представления. Галлюцинации воображения. Возрастные особенности расстройств восприятия.</p> <p>4. Виды расстройств памяти. Амнезия (ретроградная и антероградная). Гипомнезия. Гипермнезия. Парамнезия. Патологические и компенсаторные механизмы памяти.</p> <p>5. Расстройства внимания. Отвлекаемость. Истощаемость. Застреваемость. Патологические механизмы расстройства внимания.</p> <p>6. Виды расстройств мышления. Расстройства темпа. Резонерство. Персеверации. Навязчивые мысли. Бред. Особенности бреда в детском и подростковом возрасте.</p> <p>7. Психопатологические синдромы, наблюдающиеся преимущественно в детском возрасте. Причины возникновения, формы проявления, динамика развития.</p> <p>8. Синдромы невропатии. Конституциональная невропатия. Органическая невропатия.</p>

		<p>9. Синдромы раннего детского аутизма. Синдром Каннера. Синдром Аспергера. Синдром органического аутизма. Синдром психогенного аутизма. Аутизм при шизофрении.</p> <p>10. Синдром двигательной расторможенности (гипердинамический или гиперкинетический синдром).</p> <p>11. Синдромы страхов. Страхи сверхценного содержания. Навязчивые страхи. Страхи бредоподобные. Психопатологические недифференцированные страхи. Ночные страхи. Пароксизмальные страхи.</p> <p>12. Синдром патологического фантазирования. Образное патологическое фантазирование. Патологическое фантазирование отвлеченного характера.</p> <p>13. Синдромы уходов и бродяжничества. Реактивные (ситуационные) уходы. Фиксированные уходы. Безмотивные, импульсивные уходы. Уходы как проявление неодолимых влечений (дромомания). Пароксизмальные уходы (фуги, трансы).</p> <p>14. Синдромы мутизма. Истерический мутизм. Логофобический мутизм. Мутизм как реакция протеста. Кататонический мутизм. Аутистический мутизм.</p> <p>15. Психопатологические синдромы, наблюдающиеся преимущественно у подростков. Причины возникновения, формы проявления, динамика развития.</p> <p>16. Синдром дисморфофобии. Навязчивая дисморфофобия. Бредовая дисморфофобия. Сверхценная дисморфофобия.</p> <p>17. Синдром односторонних сверхценных увлечений и интересов. Абстрактивные сверхценные увлечения и интересы. Гиперкомпенсаторные сверхценные увлечения и интересы. Синдром нервной (психической) анорексии. Сверхценная анорексия. Навязчивая анорексия. Бредовая анорексия.</p> <p>18. Варианты невротических и неврозоподобных синдромов. Астенические синдромы. Истеро-невротический (истероформный) синдром. Синдром навязчивых состояний. Системные невротические и неврозоподобные синдромы (заикание, тики, энурез, энкопрез, расстройства сна и аппетита).</p> <p>19. Варианты психических и психопатоподобных синдромов. Синдромы</p>
--	--	---

		<p>повышенной аффективной возбудимости. Синдром эмоционально-волевой неустойчивости. Эксплозивно-эпилептоидный синдром. Психопатоподобный синдром с преобладанием патологии в лечении. Гебоидный синдром.</p> <p>20.Основные признаки помраченного сознания. Оглушение, степени оглушения. Особенности оглушения у детей. Делирий, возрастные особенности, стадии делирия. Онейродные помрачения сознания. Сумеречные расстройства сознания. Их особенности у детей.</p> <p>21.Дереализация – деперсонализация. Феномены «уже виденного» и «никогда не виденного».</p>
4.	<p>Психические расстройства при соматических заболеваниях, нейроинфекциях, интоксикации, травмах черепа. Психические болезни. Социальная реабилитация психически больных.</p>	<p>1.Психосоматические нарушения и значение возрастного фактора в возникновении.</p> <p>2. Особенности течения инфекционных психозов в детском возрасте. Основные направления в работе с детьми, перенесшими различные формы общих и нейроинфекций.</p> <p>3. Пищевые, бытовые и промышленные интоксикации. Токсикомания. Наркомания. Алкоголизм. Особенности психических нарушений.</p> <p>4. Ближайшие и отдаленные последствия черепно-мозговой травмы. Особенности психических нарушений у детей с ДЦП. Основные направления работы с детьми, перенесшими травмы черепа.</p> <p>5. Особенности характера и мышления при эпилепсии.</p> <p>6. Шизофрения: распространенность и этиопатогенез. Продуктивные и негативные психопатологические синдромы при шизофрении. Классификации шизофрении.</p> <p>7.Особенности течения шизофрении у взрослых и детей, возрастные особенности проявлений.</p> <p>8.Маниакально-депрессивный психоз. Неврозы. Типология неврозов. Основные признаки.</p> <p>9.Современные взгляды на этиологию и природу психопатий. Отграничение от психических болезней. Акцентуация личности. Патохарактерологические особенности у детей и подростков. Роль воспитания. Клинические формы. Классификации. Значение эндогенных и экзогенных</p>

		<p>факторов для формирования психопатии. Профилактика и помощь при декомпенсации. 10. Социальная реабилитация психически больных. Система реабилитации в медицинском учреждении. Психосоциальные методы реабилитации. 11. Коррекционная терапия: виды, методы, перспективы.</p>
--	--	---

6.2.2. Содержание самостоятельной работы

№ п/п	Наименование темы (раздела) дисциплины	Содержание самостоятельной работы
1.	Психопатология как наука. История развития данной области знаний.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Предмет и задачи психопатологии. 2. Методы исследования патологии психики. 3. История развития психопатологии. 4. Психофизиологические основы детской психопатологии. 5. Связь психопатологии с другими дисциплинами медико-биологического и психолого-педагогического цикла.
2.	Этиология и патогенез психических расстройств.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Современные нозологические классификации психических расстройств. 2. Понятие об эндогенных психических заболеваниях, эндогенно-органических психических заболеваниях, экзогенных психических заболеваниях, психогенных психических заболеваниях и патологии психического развития. 3. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. 4. Общие вопросы этиологии и патогенеза психических заболеваний у детей и подростков. 5. Современные представления о роли наследственности и среды в развитии психических заболеваний. Взаимодействие эндогенных и экзогенных факторов в этиологии и патогенезе психических заболеваний. 6. Возрастной фактор и типы ВНД в этиопатогенезе психических расстройств. 7. Характеристика течения психических заболеваний и их исходы. 8. Возрастные уровни нервно-психического реагирования в условиях патологии. 9. Общие представления о психическом дизонтогенезе, его варианты. Дизонтогенез по типу задержки психического развития

		(редардационный вариант). Дизонтогенез по типу асинхронии развития. Дегрессивный вариант дизонтогенеза.
3.	Симптомы психических расстройств. Психопатологические синдромы.	<p>1.Понятие о психопатологическом синдроме. Современные классификации симптомов и синдромов (позитивные и негативные, простые и сложные, большие и малые, типичные и атипичные синдромы).</p> <p>2.Основные депрессивные синдромы. Меланхолическая депрессия. Тревожно-ажитированная депрессия. Депрессия с навязчивостями. Депрессия с дереализацией и деперсонализацией. Ипохондрическая депрессия. Атипичные (маскированные, соматизированные) депрессии. Невротическая депрессия. Дистимические состояния. Дисфории. Апатия и апатико-абулические состояния.</p> <p>3.Гипо- и гиперестезия. Психосенсорные расстройства. Сенсопатии. Галлюцинации. Псевдогаллюцинации. Иллюзии. Визуализированные представления. Галлюцинации воображения. Возрастные особенности расстройств восприятия.</p> <p>4.Виды расстройств памяти. Амнезия (ретроградная и антероградная). Гипомнезия. Гипермнезия. Парамнезия. Патологические и компенсаторные механизмы памяти.</p> <p>5.Расстройства внимания. Отвлекаемость. Истощаемость. Застреваемость. Патологические механизмы расстройства внимания.</p> <p>6.Виды расстройств мышления. Расстройства темпа. Резонерство. Персеверации. Навязчивые мысли. Бред. Особенности бреда в детском и подростковом возрасте.</p> <p>7.Психопатологические синдромы, наблюдающиеся преимущественно в детском возрасте. Причины возникновения, формы проявления, динамика развития.</p> <p>8.Синдромы невропатии. Конституциональная невропатия. Органическая невропатия.</p> <p>9.Синдромы раннего детского аутизма. Синдром Каннера. Синдром Аспергера. Синдром органического аутизма. Синдром психогенного аутизма. Аутизм при шизофрении.</p>

		<p>10. Синдром двигательной расторможенности (гипердинамический или гиперкинетический синдром).</p> <p>11. Синдромы страхов. Страхи сверхценного содержания. Навязчивые страхи. Страхи бредоподобные. Психопатологические недифференцированные страхи. Ночные страхи. Пароксизмальные страхи.</p> <p>12. Синдром патологического фантазирования. Образное патологическое фантазирование. Патологическое фантазирование отвлеченного характера.</p> <p>13. Синдромы уходов и бродяжничества. Реактивные (ситуационные) уходы. Фиксированные уходы. Безмотивные, импульсивные уходы. Уходы как проявление неодолимых влечений (дромомания). Пароксизмальные уходы (фуги, трансы).</p> <p>14. Синдромы мутизма. Истерический мутизм. Логофобический мутизм. Мутизм как реакция протеста. Кататонический мутизм. Аутистический мутизм.</p> <p>15. Психопатологические синдромы, наблюдающиеся преимущественно у подростков. Причины возникновения, формы проявления, динамика развития.</p> <p>16. Синдром дисморфофобии. Навязчивая дисморфофобия. Бредовая дисморфофобия. Сверхценная дисморфофобия.</p> <p>17. Синдром односторонних сверхценных увлечений и интересов. Абстрактивные сверхценные увлечения и интересы. Гиперкомпенсаторные сверхценные увлечения и интересы. Синдром нервной (психической) анорексии. Сверхценная анорексия. Навязчивая анорексия. Бредовая анорексия.</p> <p>18. Варианты невротических и неврозоподобных синдромов. Астенические синдромы. Истеро-невротический (истероформный) синдром. Синдром навязчивых состояний. Системные невротические и неврозоподобные синдромы (заикание, тики, энурез, энкопрез, расстройства сна и аппетита).</p> <p>19. Варианты психических и психопатоподобных синдромов. Синдромы повышенной аффективной возбудимости. Синдром эмоционально-волевой неустойчивости. Эксплозивно-эпилептоидный синдром. Психопатоподобный синдром с</p>
--	--	---

		<p>преобладанием патологии в лечении. Гебоидный синдром.</p> <p>20.Основные признаки помраченного сознания. Оглушение, степени оглушения. Особенности оглушения у детей. Делирий, возрастные особенности, стадии делирия. Онейродные помрачения сознания. Сумеречные расстройства сознания. Их особенности у детей.</p> <p>21.Дереализация – деперсонализация. Феномены «уже виденного» и «никогда не виденного».</p>
4.	<p>Психические расстройства при соматических заболеваниях, нейроинфекциях, интоксикации, травмах черепа. Психические болезни. Социальная реабилитация психически больных.</p>	<p>1.Психосоматические нарушения и значение возрастного фактора в возникновении.</p> <p>2. Особенности течения инфекционных психозов в детском возрасте. Основные направления в работе с детьми, перенесшими различные формы общих и нейроинфекций.</p> <p>3. Пищевые, бытовые и промышленные интоксикации. Токсикомания. Наркомания. Алкоголизм. Особенности психических нарушений.</p> <p>4. Ближайшие и отдаленные последствия черепно-мозговой травмы. Особенности психических нарушений у детей с ДЦП. Основные направления работы с детьми, перенесшими травмы черепа.</p> <p>5. Особенности характера и мышления при эпилепсии.</p> <p>6. Шизофрения: распространенность и этиопатогенез. Продуктивные и негативные психопатологические синдромы при шизофрении. Классификации шизофрении.</p> <p>7.Особенности течения шизофрении у взрослых и детей, возрастные особенности проявлений.</p> <p>8.Маниакально-депрессивный психоз. Неврозы. Типология неврозов. Основные признаки.</p> <p>9.Современные взгляды на этиологию и природу психопатий. Отграничение от психических болезней. Акцентуация личности. Патохарактерологические особенности у детей и подростков. Роль воспитания. Клинические формы. Классификации. Значение эндогенных и экзогенных факторов для формирования психопатии. Профилактика и помощь при декомпенсации.</p> <p>10.Социальная реабилитация психически больных.</p>

		Система реабилитации в медицинском учреждении. Психосоциальные методы реабилитации. 11.Коррекционная терапия: виды, методы, перспективы.
--	--	--

7. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)

Предусмотрены следующие виды контроля качества освоения конкретной дисциплины:

- текущий контроль успеваемости
- промежуточная аттестация обучающихся по дисциплине

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине оформлен в **ПРИЛОЖЕНИИ** к РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Текущий контроль успеваемости обеспечивает оценивание хода освоения дисциплины в процессе обучения.

7.1. Паспорт фонда оценочных средств для проведения текущей аттестации по дисциплине (модулю)

№ п/п	Контролируемые разделы (темы)	Наименование оценочного средства
1.	Психопатология как наука. История развития данной области знаний.	Опрос, дискуссия, информационный проект. Реализация программы с применением ДОТ: Тестирование, ситуационные задачи, проблемные задачи.
2.	Этиология и патогенез психических расстройств.	Опрос, дискуссия, информационный проект, комплексное проблемно-аналитическое задание, исследовательский проект. Реализация программы с применением ДОТ: Тестирование, ситуационные задачи, проблемные задачи.
3.	Симптомы психических расстройств. Психопатологические синдромы.	Опрос, дискуссия, проблемно-аналитические и практические задания, интерактивные задания, исследовательский проект. Реализация программы с применением ДОТ: Тестирование, ситуационные задачи, проблемные задачи.
4.	Психические расстройства при соматических заболеваниях, нейроинфекциях, интоксикации, травмах черепа. Психические болезни. Социальная реабилитация психически больных.	Опрос, дискуссия, интерактивные задания, исследовательский проект, комплексное проблемно-аналитическое задание. Реализация программы с применением ДОТ: Тестирование, ситуационные задачи, проблемные задачи.

7.2 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки

Типовые вопросы

1. Предмет и задачи психопатологии, методы исследования патологии психики.
2. Современные нозологические классификации психических расстройств.
3. Возрастные особенности нервно-психического реагирования.
4. Общие представления о психическом дизонтогенезе, его варианты.
5. Понятие о психопатологическом синдроме. Современные классификации симптомов и синдромов.
6. Основные депрессивные синдромы.
7. Галлюцинации. Псевдогаллюцинации. Возрастные особенности расстройств восприятия.
8. Виды расстройств памяти. Патофизиологические и компенсаторные механизмы памяти.
9. Расстройства внимания. Отвлекаемость. Истощаемость. Застраиваемость.
10. Виды расстройств мышления. Расстройства темпа. Резонерство. Персеверации. Навязчивые мысли.
11. Бред. Особенности бреда в детском и подростковом возрасте.
12. Синдромы невропатии. Конституциональная невропатия. Органическая невропатия.
13. Синдромы РДА. Синдром Каннера. Синдром Аспергера.
14. Синдром органического аутизма. Синдром психогенного аутизма. Аутизм при шизофрении.
15. Синдром двигательной расторможенности (гипердинамический или гиперкинетический синдром).
16. Синдромы страхов. Психопатологические недифференцированные страхи.
17. Синдром патологического фантазирования. Патологическое фантазирование отвлеченного характера.
18. Синдромы уходов и бродяжничества. Дромомания, фуги, трансы.
19. Синдромы мутизма.
20. Синдром дисморфофобии и дисморфомании.
21. Неврозы. Типология неврозов. Основные признаки.
22. Основные признаки помраченного сознания. Оглушение, степени оглушения.
23. Делирий, возрастные особенности, стадии делирия.
24. Онейродные помрачения сознания. Сумеречные расстройства сознания.
25. Дерезализация – деперсонализация. Феномены «уже виденного» и «никогда не виденного».
26. Особенности течения инфекционных психозов в детском возрасте.
27. Эпидемиология и этиопатогенез эпилепсии. Классификации эпилепсии.
28. Шизофрения: этиопатогенез и классификации. Особенности течения у детей и взрослых.
29. Классификации психических расстройств при черепно-мозговых травмах.
30. Социальная реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами.

Типовые проблемно-аналитические задания

Задача № 1.

Пациент 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко

второй половине рабочего дня «вработывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница!». Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение; склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Оцените описанные психопатологические проявления.

Ответ:

Существует много вариантов астенического синдрома, встречающегося при неврозах, в рамках шизофрении, органических заболеваний головного мозга, при многих инфекционных и неинфекционных внутренних болезнях. Однако во всех случаях центральным симптомом астении является раздражительная слабость. У данного больного она проявляется в виде повышенной раздражительности, сочетающейся с высокой истощаемостью психических процессов. Так вспышки раздражения тут же сменяются у него чувством раскаяния и слезами. У больного имеются и другие характерные признаки астенического синдрома: гиперестезия по отношению к физическим и психическим раздражителям, эмоциональное слабодушие, истощаемость внимания, головные боли, явления вегетативно-сосудистой лабильности. Астенический синдром часто сочетается с другими формами психических расстройств, образуя астеноипохондрические, астено-депрессивные, астено-навязчивые состояния и т. п.

Задача № 2.

Пациент 37 лет, слесарь. Три дня назад появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось, что его комната наполнена народом, какие-то люди из-за стены кричат, угрожают убить, зовут «пойти выпить». Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, полусобаки-полукошки, слышал стук в окно, крики о помощи. В страхе выбежал из дома и бросился в отделение полиции, спасаясь от «преследования». В стационаре возбужден, особенно в вечернее время, рвется к дверям, к окнам. При беседе внимание на теме разговора сосредоточивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает стряхивать с себя что-то, говорит, что стряхивает ползающих по нему насекомых, видит перед собой «кривляющиеся рожи», показывает на них пальцем, громко смеется.

Определите, чем страдает пациент?

Ответ:

У больного имеется помрачение сознания в форме делирия. В пользу этого говорит обильный наплыв галлюцинаций, преимущественно зрительных. Восприятие реальных событий оттесняется яркими галлюцинаторными образами на задний план. Галлюцинации сопровождаются чувственным бредом преследования, страхом, психомоторным возбуждением. Поведение больного целиком определяется его галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. Действительные события воспринимаются и понимаются больным нечетко, фрагментарно. Характерно также усиление галлюцинаций и возбуждения в вечернее время. В приведенном описании не раскрываются многие признаки, характеризующие помрачение сознания. В частности, ничего не говорится о способности больного ориентироваться в месте, времени, в собственной личности. Не упоминается также, наступила ли у больного амнезия всего пережитого в период болезни.

Задача № 3.

Пациент 23 лет. Три года тому назад стал ощущать постоянный неприятный запах от своих ног и из подмышечной области. Затем ему стало казаться, что запах кала, мочи и гнили исходит из половых органов и заднего прохода. Замечал, что будто бы находящиеся рядом с ним люди «поводят носами», отворачиваются. В разговорах окружающих слышались слова: «Запах... Свинья...» Чувствовал себя виноватым, по нескольку раз в день мылся, менял белье, но «запах» не исчезал. В связи с этим не мог находиться среди людей, старался быть в одиночестве. Появились суицидальные мысли. Все попытки специалиста убедить больного в том, что никто из окружающих не ощущает неприятного запаха, больной встречает с полным недоверием, утверждая, что запах чувствуют все, но хотят это от него скрыть.

Установите психопатологический синдром.

Ответ:

Дисморфофобический синдром (или дисморфофобия) представляет собой такую форму нарушений психики, когда у больного возникает ложная убежденность в наличии у него каких-либо уродств или нарушений функций того или иного органа. В описанном случае речь идет о бредовой дисморфофобии, поскольку ложная убежденность больного в том, что от него исходит неприятный запах, с самого начала нелепо и грубо искажает понимание реальных событий. Она сочетается с бредом отношения (люди отворачиваются, «поводят носами»), обонятельными галлюцинациями и вербальными иллюзиями (в разговорах окружающих слышатся бранные слова).

Задача № 4.

Пациентка 54 лет, инвалид II группы. Находится на стационарном лечении. В отделении мало заметна, необщительна. Большую часть времени ничем не занята, сидит на своей кровати, часто тяжело вздыхает. На лице выражение тоски и тревоги. При беседе волнуется, слегка дрожит, непрерывно перебирает руками свою одежду. На глазах слезы. Жалуется на подавленное настроение, бессонницу, наплыв бесконечных тревожных мыслей о доме. Жизнь представляется ненужной и бесцельной, часто думает о том, что жить не стоит. На уточняющий вопрос специалиста о ведении домашнего хозяйства и воспитании внуков, утверждает, что их нет в живых. Выражает сомнение, выдвигает версию об их возможной гибели, просит специалиста о помощи.

О каком варианте депрессии идет речь?

Ответ:

Депрессия у больной сочетается с чувством чрезвычайной тревожности. Тревога по своим проявлениям близка к чувству страха, но отличается от последнего отсутствием определенного объекта, на который она была бы направлена. Тревога заключается в постоянном ожидании какой-то непоправимой беды, катастрофы. В это тревожное чувство больная пытается вложить то или иное содержание, предполагая, что несчастье может случиться с близкими ей людьми, с ней самой. Тревога выражается не только в высказываниях, но, прежде всего, в мимике, в поведении больных. Тревожные больные редко бывают заторможены. Чаще они постоянно в движении, ходят взад и вперед по палате, перебирают руками предметы. Для данной больной характерно именно такое поведение.

Задача № 5.

Пациентка, 25 лет, бухгалтер. Одинокa, ни с кем не общается. Целыми днями сидит в углу палаты, ни к чему не проявляет интереса, выражение лица отсутствующее, взгляд

устремлен в одну точку. Временами без видимого повода начинает громко смеяться. Привлечь внимание больной удастся с большим трудом. На короткое время пробуждается как ото сна, дает несколько односложных ответов на вопросы, а затем вновь погружается в прежнее состояние. Удастся выяснить, что больная не знает, где она находится, потеряла счет времени. Видит перед глазами людей в белой, красной одежде, которые говорят что-то непонятное. К концу третьей недели нахождения в больнице состояние больной значительно улучшилось. Она рассказала, что все это время жила в мире сказочных грез. Казалось, что она находится на берегу моря, волны с ревом набегают на берег. Она лезет на высокую гору, по ущелью двигаются автомобили с зажженными фарами. Вокруг – домики, похожие на китайские фанзы, люди, говорящие на китайском языке. Вот она идет по лесу, перед ней большая труба из человеческих голов. Труба превращается в змею, у нее загораются два ярких глаза. Страха при этом не испытала, было очень интересно. Больная помнит обо всем пережитом, но все вспоминается как сон – виденного так много, что «всего не перескажешь».

Определите состояние пациентки и установите синдром?

Ответ:

Описанное состояние у больной явно сновидное, грезоподобное. Образно говоря, это сновидение наяву, фантастические грезы, целиком овладевающие сознанием больной. Отрешенность от реального мира, уход в мир фантастических внутренних переживаний отражается и в поведении больной, в выражении ее лица. Последнее нужно особенно подчеркнуть, так как выявление онейроидных переживаний в остром периоде психоза часто бывает затруднительно в связи с недоступностью больных контакту. Больная была дезориентирована в месте и времени, отрешенность от реального мира здесь полная. Такой онейроид называют истинным. Необходимо обратить внимание на тот факт, что при глубоком нарушении сознания не возникает амнезии пережитого, и больная в состоянии описать свои переживания, имевшие место на высоте приступа болезни. Это онейроидный синдром.

Темы исследовательских, информационных, творческих проектов

1. Синдромологическое и клинико-нозологическое направления классификации психических заболеваний.
2. Психический дизонтогенез и его варианты (с примерами).
3. Возрастная периодизация нервно-психических нарушений у детей.
4. Страхи. Психопатологические варианты страхов у детей.
5. Психомоторные расстройства у детей раннего возраста.
6. Особенности депрессий у детей раннего возраста.
7. Патологические привычные действия у детей.
8. Нарушения поведения у детей раннего возраста.
9. Клиническая картина детских форм шизофрении.
10. Особенности течения эпилепсии в детском возрасте.
11. Значение ощущений и восприятия в процессе познания ребенком окружающей среды. Значение орального праксиса.
12. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью.
13. Расстройства памяти при различных заболеваниях: сравнительно-возрастной анализ.
14. Психические расстройства на фоне инфекционных заболеваний.
15. Психические расстройства на фоне интоксикаций.
16. Синдромы психического инфантилизма.
17. Ранний детский аутизм.
18. Синдромы уходов и бродяжничества (дромомания).

Типовые тесты

1. К сложным вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, за исключением:

а) депрессии с бредом самоуничтожения

б) депрессии с бредом ущерба

в) ипохондрической депрессии

2. Ориентированное сумеречное помрачение сознания отличается тем, что:

а) оно развивается на фоне тяжелой дисфории

б) больные в самых общих чертах знают, где они находятся и кто их окружает

в) имеет место неполная отрешенность от окружающего

г) все варианты верны

д) нет верного варианта

3. Депрессивное настроение у ребенка сопровождается тревогой, боязливостью, эпизодами страха с чувством угрозы, постороннего присутствия, утратой критики. Это состояние необходимо расценить как:

а) систематизированный бред

б) аффективно-бредовое состояние

в) бредоподобные фантазии

4. Абулия проявляется всем перечисленным, кроме:

а) отказ от речи (мутизм)

б) полную безучастность и бездеятельность

в) утраты желаний

5. Конфабуляторная парафрения характеризуется:

а) отсутствием нарушений памяти

б) наличием симптома разматывания воспоминаний

в) обильными фантастическими конфабуляциями

г) все варианты верны д) нет верного варианта

6. Клинический вариант гиперкинетического (гипердинамического) синдрома с двигательной расторможенностью, неустойчивостью настроения, повышенной раздражительностью, церебрastenическими и неврозоподобными расстройствами у детей нужно оценить как:

а) энцефалопатический вариант гиперкинетического синдрома

б) гиперкинетический синдром при детской шизофрении

в) конституциональный вариант гиперкинетического синдрома

7. Состояние, при котором болезненная фиксация на однообразной игре, чаще в одиночку, с длительным перевоплощением в образ игры с затруднением переключения на реальное, наблюдается у ребенка дошкольного возраста. Оно может быть определено как фантазии:

а) здорового ребенка

б) сверхценного характера

в) с «игровым перевоплощением» бредоподобного характера

8. На процессуальный характер «увлечения» подростка указывает:

а) охваченность

б) несоответствие возрасту

в) вычурность

9. Вторая стадия делирия характеризуется всем перечисленным, кроме:
- а) увеличение лабильности аффекта
 - б) кататонические расстройства**
 - в) появление устрашающих сновидений, которые путают с реальностью
10. Проявлением депрессии у подростка может быть:
- а) нарушение поведения
 - б) снижение настроения
 - в) снижение школьной успеваемости
 - г) все варианты верны**
 - д) нет верного варианта
11. Особенностью паранойяльной ипохондрии является все перечисленное, кроме:
- а) убеждения, что болезнь развилась в результате воздействия гипноза и т.д.**
 - б) проявления кверулянтской активности при попытке переубеждения
 - в) наличия системы доказательств заболевания
12. Парафренный синдром проявляется всем перечисленным, кроме:
- а) склонности к расширению бреда, вариантам, обогащению новыми фактами
 - б) очевидности для больных, неоспоримости их утверждений
 - в) правдоподобности высказываний**
13. Импульсивные влечения проявляются всем перечисленным, за исключением:
- а) влечений, подчиняющих себе поведение больного
 - б) острых, время от времени возникающих стремлений, овладевающих рассудком
 - в) бессмысленных двигательных возбуждений**
14. Конфабуляции представляют собой все перечисленное, кроме:
- а) обыденные, часто связанные с профессией события, замещающие пробел в воспоминаниях больного
 - б) сделанные воспоминания**
 - в) ложные воспоминания
15. Недоброжелательное отношение или даже ненависть к близким людям при отсутствии с их стороны отрицательного отношения к ребенку следует расценить как:
- а) бредовую антипатию к близким людям**
 - б) возрастные особенности здорового ребенка
 - в) сверхценную антипатию
16. Повторное произвольное выделение кала (обычно в небольших количествах в виде пачканья белья) с получением при этом определенного удовольствия у детей:
- а) патологическая привычка
 - б) перверзное сексуальное влечение в виде энкопреза**
 - в) невротический энкопрез
17. В пубертатном возрасте преобладают такие сверхценные образования как сверхценные отношения, сверхценные увлечения, привязанности, неприязнь, ненависть, чувство собственной изгойности, что объясняется:
- а) преобладанием сверхценного аффекта, вуалирующего собственно**

сверхценную идею

- б) отсутствием интерпретативного компонента в сверхценном образовании подросткового возраста
 - в) всеми перечисленными особенностями сверхценных образований в подростковом возрасте
18. Для висцеральных галлюцинаций характерно все перечисленное, за исключением:
- а) ощущения присутствия в теле живых существ
 - б) наличия беспредметных, необычных, тягостных ощущений в разных местах**
 - в) возможности точного описания своих ощущений
19. Зрительные псевдогаллюцинации характеризуются всем перечисленным, за исключением:
- а) наличия вызываемых, показываемых видений, картин
 - б) возникновения при нарушениях сознания**
 - в) бесформенности или отчетливой формы
20. К возможным причинам психического дизонтогенеза относится:
- а) экзогенно-органические факторы
 - б) разнообразные сочетания тех и других**
 - в) генетические факторы
21. Бред инсценировки характеризуется следующим восприятием:
- а) под видом родных приходят незнакомые, а в посторонних узнают родных
 - б) вокруг идет как бы инсценировка, разыгрывается спектакль
 - в) вокруг все изменяется, перемещается, изменяются лица окружающих
 - г) все варианты верны**
 - д) нет верного варианта
22. Острый галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется:
- а) аффектом страха, тревоги, растерянностью, преходящими кататоническими расстройствами
 - б) отсутствием тенденции к систематизации бредовых расстройств
 - в) большой чувственностью бредовых расстройств
 - г) все варианты верны**
 - д) нет верного варианта
23. Недоразвитие отдельных психических функций и форм познавательной деятельности — речи, счетных операций, пространственной ориентации можно отнести к:
- а) дизонтогенезу по типу парциальной ретардации**
 - б) асинхронии психического развития
 - в) общей (тотальной) ретардации
24. Очерченные психопатологические расстройства характерны для:
- а) детей
 - б) подростков
 - в) взрослых**

25. Бред отношения у ребенка сформировался по типу логического, интерпретативного бреда, но отличается малым размахом, бедностью содержания. Такой паранойяльный бред встречается в:
- а) подростковом возрасте
 - б) младшем возрасте**
 - в) среднем возрасте
26. Для резидуального бреда характерно все перечисленное, за исключением:
- а) сохранения после исчезновения всех других проявлений психоза
 - б) обязательности сосуществования с изменениями личности**
 - в) сохранения при нормализации всего психического состояния, кроме бредового содержания
27. Апатический (адинамический, аспонтанный) ступор проявляется всем перечисленным, за исключением:
- а) ложных воспоминаний**
 - б) полной бездеятельности
 - в) утраты воспоминаний об этом состоянии
28. Психомоторный уровень преимущественного нервно-психического реагирования по Ковалеву характерен для детей в возрасте:
- а) 4 — 7 лет**
 - б) 0 — 3 года
 - в) 11 — 17 лет
29. Интерпретативный бред (бред толкования) характеризуется всем перечисленным, за исключением:
- а) нарушения чувственного познания окружающего мира**
 - б) построения системы бреда на цепи доказательств, обнаруживающих субъективную логику
 - в) нарушения абстрактного познания действительности
30. Наиболее вероятной динамикой проявлений невропатии при усилении психических, в особенности личностных, компонентов является формирование:
- а) психопатии тормозного типа**
 - б) истерической психопатии
 - в) психопатии возбудимого типа
31. Клиническая дисциплина, изучающая распространение, клинику, диагностику и лечение психических заболеваний, их этиологию, патогенез, организацию психиатрической помощи, социальные аспекты - это:
- а психодиагностика
 - б психология
 - в психопатология
 - г психиатрия**
32. Редукция части позитивной симптоматики при сохранении негативной имеет название:
- а ремиссия**

б исход
в глубокий дефект

33. Вымыслы, которые заполняют провалы памяти больного, это:

- а псевдореминисценции**
- б криптомнезии
- в эхомнезии
- г конфабуляции

34. Как называется патология, которую сопровождает искаженное по внешнему виду (происходит искажение восприятия по существу) зрительное восприятие величины, формы, увеличение количества и пространственного расположения реальных предметов?

- а дереализация
- б сенестопатия
- в метаморфопсия**
- г гипестезия

35. Укажите, какие выделяют группы психических заболеваний по этиологической принадлежности:

- а экзогенные**
- б энтрогенные
- в психогенные**
- г эндогенные**

36. Как называется наиболее глубокая степень помрачения сознания, характеризующаяся полной дезориентировкой во времени, месте и собственной личности?

- а непароксизмальные помрачения сознания
- б онейроидное (сновидное) помрачение сознания
- в непароксизмальные выключения сознания
- г аментивное помрачение сознания**

37. Согласно подходу, предложенному К. Леонгардом и А. Е. Личко выделяют следующие типы личностей:

- а шизоидный**
- б лабильный**
- в гипертимный**
- г циклоидный**

38. Укажите, какие бывают галлюцинации с завершенной предметностью:

- а вербальные
- б тактильные**
- в кинестетические**
- г зрительные**

39. На каком этапе развития психического заболевания проявляется наличие неспецифических, непсихотических общесоматических, вегетативных, неврозоподобных, психопатоподобных или аффективных расстройств с трудно выявляемой их нозологической предпочтительностью?

- а исход
- б инициальный период**
- в этап развернутой клинической картины
- г дебют болезни

40. Болезни, при которых этиологический фактор относится к внешней среде, входят в группу:

- а эндогенных
- б экзогенных**
- в психогенных
- г энтрогенных

41. Укажите общие требования к клиническому мышлению:

- а гибкость**
- б концентрированность**
- в творческий подход**
- г объективность**

42. В общем случае видоизменение клиники психических заболеваний любого характера называется:

- а интранозоморфоз
- б патометаморфоз
- в интерпатоморфоз
- г патоморфоз**

43. Единичный, частный признак нарушения функций организма в общем клиническом проявлении психического заболевания, неблагополучия в психической сфере человека - это:

- а синдромокинез
- б симптом**
- в синдроменез
- г синдромотаксис

44. Что представляет собой психологическое образование, заключающее в себе закрепившиеся в процессе жизни эмоциональные отношения человека к типичным жизненным ситуациям и стереотипы когнитивных и поведенческих схем реагирования на эти ситуации?

- а характер**
- б темперамент
- в задатки
- г менталитет

45. Какая патология проявляется при невротических и депрессивных синдромах, а также бредовых (паранояльный, параноидный, парафренный, аффективно- бредовые), онейроидных и психоорганических синдромах?

- а гиперестезия
- б гипестезия
- в анестезия
- г сенестопатия**

46. Как называется выключение сознания, характеризующееся полной дезориентировкой, утратой даже слабых дифференцированных ориентировочных реакций, в том числе на болевые раздражители (при этом в ответ возникают недифференцированные двигательные и мимические реакции)?

- а сопор**
- б кома
- в аменция

г амнезия

47. Какой тип течения психических заболеваний характеризуется чередованием психотических состояний длительностью от нескольких недель до нескольких месяцев и “светлых промежутков” от нескольких месяцев до нескольких лет?

а течение по типу реакции

б течение по типу развития

в процессуальный

г циркулярный

48. Как называется прием, при котором психиатр предлагает пациенту оценить собственные болезненные ощущения так, как если бы они наблюдались не у него самого, а у другого?

а прием "зеркало"

б прием "отражение"

в прием “воображаемого двойника”

г прием “обобщенного двойника”

49. Как называются искаженные, извращенные воспоминания?

а эхомнезия

б парамнезия

в псевдореминисценция

г криптомнезия

50. Болезни, при которых этиологический фактор относится к внешней среде, входят в группу:

а психогенных

б экзогенных

в эндогенных

г энтрогенных

51. Как называются природные предпосылки развития человека, сутью которых являются врожденные индивидуально-психологические свойства, связанные с морфологическими и функциональными особенностями головного мозга и органов чувств?

а темперамент

б задатки

в способности

г характер

52. Изменение клиники заболеваний вследствие применения актуальных методов лечения - это:

а интрасиндромальный патоморфоз

б патометаморфоз

в интерпатоморфоз

г интранозоморфоз

53. Характеристика индивида со стороны нервно- динамических особенностей его психической деятельности называется:

а задатки

б личность

в темперамент

г характер

54. Экстралингвистические средства передачи информации включают в себя:

а жесты

б речь

в паузы

г плач

54. Отличительной особенностью какого типа личности является крайняя изменчивость настроения? Для представителя этого типа личности самые незначительные события окружающей жизни оказывают существенное влияние.

а гипертимный

б лабильный

в астено-невротический

г неустойчивый

55. При каком клиническом варианте психопатических состояний ведущими свойствами личности выступают быстрая истощаемость, утомляемость, вялость, нерешительность, сензитивность, эмоциональная лабильность со склонностью к депрессивным формам реагирования?

а возбудимый

б паранойяльный

в психастенический

г астенический

56. Главной особенностью какого типа личности является склонность к возникновению периодов злобно-тоскливого настроения?

психастенический

а эпилептоидный

б лабильный

в сензитивный

57. Как называют патологию, при которой наблюдается понижение восприимчивости к внешним раздражениям, когда окружающий мир, отдельные предметы и свойства теряют яркость, красочность, сочность, отчетливость индивидуальность?

а гипестезия

б сенестопатия

в гиперестезия

г анестезия

58. Диагностику составляют несколько основных, неразрывно связанных друг с другом аспекта распознавания болезни. Укажите какие:

а логический

б структурный

в технический

г семиотический

59. На каком этапе развития психического заболевания проявляется наличие неспецифических, непсихотических общесоматических, вегетативных, неврозоподобных, психопатоподобных или аффективных расстройств с трудно выявляемой их нозологической предпочтительностью?

дебют болезни

этап развернутой клинической картины

а исход

б инициальный период

60. Как называется изменение клиники определенной болезни в пределах свойственных ей синдромов, соотношения между формами течения болезни?

а патометаморфоз

б интерпатоморфоз

в интранозоморфоз

г интрасиндромальный патоморфоз

61. Укажите, какие бывают галлюцинации с завершенной предметностью:

а кинестетические

б тактильные

в вербальные

г зрительные

62. К какому типу относятся галлюцинации, при которых человек “видит” свои внутренние органы?

а зрительные

б кинестетические

в висцеральные

г тактильные

63. Диагностику составляют несколько основных, неразрывно связанных друг с другом аспекта распознавания болезни. Укажите какие:

а семиотический

б технический

в структурный

г логический

64. Как называют обманы памяти, при которых имевшие место в жизни пациента события, факты, переживания предстают удвоенными, утроенными в воспоминаниях больного, нередко разбросанные во времени?

а эхомнезия

б парамнезия

в псевдореминисценция

г криптомнезия

65. Стратегия установления межличностных отношений, при которых происходит столкновение противоположно направленных целей, установок и поведения субъектов взаимодействия, имеет название:

а конкуренция

б содружество

в конфликт

г диалог

66. Сквозными психическими расстройствами при черепно-мозговой травме являются:

а) общемозговые;

б) сумеречные;

в) астенические

г) бредовые;

д) психоорганические.

67. Астенический синдром характеризуется все перечисленным, кроме:

а) физической истощаемости;

б) психической истощаемости;

- в) **фиксационной амнезии;**
- г) аффективной лабильности;
- д) нарушения сна.

68 *Навязчивые сомнения характеризуются всем перечисленным, исключая:*

- а) назойливую неуверенность в правильности и законченности совершенных действий;
- б) сомнения в правильности и точности исполнения;
- в) стремления проводить перепроверки;
- г) успокоения больного многократными проверками;
- д) **возможностью продолжать проверки до бесконечности.**

69. *Наиболее часто встречающимся травматическим психозом острого периода является:*

- а) **сумеречное состояние сознания;**
- б) делирий;
- в) онейроид;
- г) Корсаковский психоз.

70. *Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме:*

- а) расстройства самосознания личности;
- б) **нарушения сознания;**
- в) чувства изменения, утраты или раздвоения своего «Я»;
- г) расстройства самосознания витальности и активности;
- д) расстройства самосознания целостности.

71 *Сенестопатии характеризуются перечисленным:*

- а) **разнообразными крайне мучительными, тягостными ощущениями в различных частях тела;**
- б) **необычностью, вычурностью ощущений;**
- в) отсутствием констатируемых соматическими методами исследований причин;
- г) **частыми сочетаниями с ипохондрическими расстройствами;**
- д) искажением формы и величины своего тела.

72. *Истерический припадок проявляется всем перечисленным, кроме:*

- а) припадка с клонической и тонической фазой;
- б) разнообразных сложных, выразительных движений;
- в) сужения сознания;
- г) психогенной обусловленности;
- д) **усиления и затягивания припадка при скоплении людей вокруг.**

73. *Эпилепсия относится к:*

- а) эндогенным заболеваниям;
- б) **эндогенно-органическим заболеваниям;**
- в) экзогенным заболеваниям;
- г) экзогенно-органическим заболеваниям.

74. *Для больных эпилепсией характерна:*

- а) **вязкость, обстоятельность мышления;**
- б) резонерство и разноплановость суждений;
- в) разорванность мышления;
- г) ускорение темпа мышления.

75. *Гипестезия – это:*

- а) обостренное, усиленное чувственное восприятие;
- б) появление одновременно с ощущением в одном анализаторе одновременно в других;
- в) понижение чувствительности к внешним раздражителям.**

76. *Гиперестезия – это:*

- а) обостренное, усиленное чувственное восприятие;
- б) патологическое ощущение в различных частях тела и во внутренних органах;**
- в) расстройство чувства боли.

77. *Иллюзия – это:*

- а) ошибочное восприятие реально существующих предметов и явлений;**
- б) ошибочное восприятие несуществующих предметов и явлений;
- в) патологические ощущения.

78. *Эпилептический статус – это:*

- а) психическое состояние больного эпилепсией;
- б) серия непрерывно следующих один за другим припадков;**
- в) состояние больного во время припадка.

79. *В настоящее время основной классификацией психических заболеваний в нашей стране считается:*

- а) этиопатогенетическая классификация болезней;
- б) классификация DSM-IV;
- в) клиническая классификация заболеваний;
- г) классификация МКБ-10;**
- д) классификация МКБ-9.

80. *Для эндогенных психических заболеваний характерно:*

- а) Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;
- б) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;**
- в) наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;
- г) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

81. *Для экзогенных психических заболеваний характерно:*

- а) наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;
- б) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;
- в) наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;
- г) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.**

82. *Для эндогенно-органических психических заболеваний характерно:*

- а) наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;
- б) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;
- в) наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие**

этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;

г) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

83. Для экзогенно-органических психических заболеваний характерно:

а) наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;

б) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;

в) наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;

г) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

84. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к эндогенным?

а) олигофрении;

б) наркомании;

в) маниакально-депрессивный психоз;

г) реактивные психозы;

д) шизофрению;

е) эпилепсию;

ж) алкоголизм;

з) психопатии;

и) невротические состояния.

85. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к экзогенным?

а) олигофрении;

б) наркомании;

в) маниакально-депрессивный психоз;

г) реактивные психозы;

д) шизофрению;

е) эпилепсию;

ж) алкоголизм;

з) психопатии;

и) невротические состояния.

86. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к психогенным?

а) олигофрении;

б) наркомании;

в) маниакально-депрессивный психоз;

г) реактивные психозы;

д) шизофрению;

е) эпилепсию;

ж) алкоголизм;

з) психопатии;

и) невротические состояния.

87. Какое из перечисленных заболеваний принято относить к эндогенно-органическим?

а) олигофрении;

б) наркомании;

в) маниакально-депрессивный психоз;

г) реактивные психозы;

д) шизофрению;

е) эпилепсию;

ж) алкоголизм;

з) психопатии;

и) невротические состояния.

88. Психиатрическая помощь в РФ осуществляется преимущественно

1) добровольно

2) по просьбе родственников больного

3) по требованию органов правопорядка

4) по решению суда

5) по требованию органов опеки и попечительства

89 психиатрическое освидетельствование и госпитализация взрослого больного в недобровольном порядке

1) невозможны

2) разрешены при наличии согласия ближайших родственников

3) допустимы при согласии органов опеки и попечительства

4) допустимы при наличии социальной опасности больного

5) разрешены по требованию органов правопорядка

90. Госпитализация психически больных производится в недобровольном порядке

1) при наличии сопутствующей соматической патологии

2) по заявлению родственников

3) в случае беспомощности больного, невозможности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности

4) по заявлению органов правопорядка

5) в случае, если больной является инвалидом по психическому заболеванию

91. Госпитализация психически больных производится в недобровольном порядке

1) при его непосредственной опасности для себя или окружающих

2) по заявлению соседей

3) по заявлению органов правопорядка

4) при его недееспособности

5) при наличии инвалидности по психическому заболеванию

92 госпитализация психически больных производится в недобровольном порядке

1) при совершении им общественно опасного деяния

2) при невменяемости больного

3) при наличии тяжелой соматической патологии

4) в случае, если без психиатрической помощи будет нанесен существенный вред здоровью больного вследствие ухудшения его психического состояния

5) при отказе от добровольного лечения

93. При наличии показаний к недобровольной госпитализации больной должен быть осмотрен комиссией врачей-психиатров в течение

1) 2 часов

2) 12 часов

3) 24 часов

4) 48 часов

5) 72 часов

94. Разрешение на недобровольное содержание больного в психиатрическом стационаре дает

1) лечащий врач

2) главный врач больницы

3) представитель местной исполнительной власти

4) прокурор

5) суд

95. Экспертиза нетрудоспособности определяет

1) годность к военной службе

2) **наличие инвалидности**

3) наличие невменяемости

4) наличие недееспособности

5) показания к недобровольной госпитализации

96. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе назначается для решения вопроса

1) о признании недействительной сделки, совершенной недееспособным лицом

2) о признании брака недействительным

3) о назначении опеки над недееспособным лицом

4) **о вменяемости и невменяемости лиц в момент совершения деликта**

5) о лишении родительских прав

97. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе назначается для решения вопроса

1) **о гражданской недееспособности лиц и назначении над ними опеки**

2) об ответственности лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения

3) об освобождении от наказания в связи с болезнью

4) о назначении принудительных мер медицинского характера

5) об ответственности лиц, совершивших преступление в связи с болезненным психическим состоянием

98. Судебно-психиатрическая экспертиза проводится

1) **по постановлению следователя, прокурора и суда**

2) по заявлению органов правопорядка

3) по решению психиатра

4) по заявлению потерпевшего

5) по решению органов опеки и попечительства

99. Невменяемость – это

1) **состояние, при котором человек не может осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие болезненного состояния психики**

2) наличие хронического психического заболевания

3) наличие слабоумия

4) неспособность отвечать за свои поступки

5) состояние опьянения, при котором человек не может осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия)

100. Понятие «невменяемость» включает критерии

1) **медицинский и юридический**

2) медицинский и психологический

3) юридический и психологический

4) психиатрический и юридический

5) медицинский и социальный

Типовые задания к интерактивным занятиям:

Тема: Психопатология как наука. История развития данной области знаний.

Перечень вопросов для сравнительного анализа в форме обсуждения:

1. Понятие нормы и здоровья в психопатологии.
2. Определение психического расстройства.
3. Клинико-психопатологический метод изучения расстройств в психической деятельности.
4. Борьба материалистического и идеалистического мировоззрений в психопатологии.
5. Развитие теории гипноза.
6. Описательная и аналитическая тенденции в психопатологии.

7. Психосоматический подход в психопатологии.
8. Нозологическая систематика Крепелина.
9. Структура нозологической единицы. Нозология. Диагноз.
10. Психофизиологические основы детской психопатологии.

Тема: Этиология и патогенез психических расстройств.

Перечень вопросов для сравнительного анализа в форме обсуждения:

1. Современные нозологические классификации психических расстройств.
2. Классификация психических и поведенческих расстройств.
3. Общие вопросы этиологии и патогенеза психических заболеваний у детей и подростков.
4. Современные представления о роли наследственности и среды в развитии психических заболеваний.
5. Возрастные уровни нервно-психического реагирования в условиях патологии.
6. Общие представления о психическом дизонтогенезе, его варианты.

Тема: Симптомы психических расстройств. Психопатологические синдромы.

Перечень вопросов для сравнительного анализа в форме обсуждения:

1. Современные классификации симптомов и синдромов.
2. Основные депрессивные синдромы.
3. Психосенсорные расстройства.
4. Расстройства памяти. Патофизиологические и компенсаторные механизмы памяти.
5. Расстройства внимания. Патофизиологические механизмы расстройства внимания.
6. Расстройства мышления. Расстройства темпа. Резонерство. Персеверации. Навязчивые мысли. Бред.
7. Психопатологические синдромы, наблюдающиеся преимущественно в детском возрасте. Причины возникновения, формы проявления, динамика развития.
8. Психопатологические синдромы, наблюдающиеся преимущественно у подростков. Причины возникновения, формы проявления, динамика развития.
9. Синдромы невротического уровня (невротические и неврозоподобные).
10. Психопатические и психопатоподобные синдромы.
11. Синдром помраченного сознания и нарушения самосознания.

Тема: Психические расстройства при соматических заболеваниях, нейроинфекциях, интоксикации, травмах черепа. Психические болезни. Социальная реабилитация психически больных.

Перечень вопросов для сравнительного анализа в форме обсуждения:

1. Психосоматические нарушения и значение возрастного фактора в возникновении.
2. Особенности течения инфекционных психозов в детском возрасте.
3. Пищевые, бытовые и промышленные интоксикации. Токсикомания. Наркомания. Алкоголизм.
4. Ближайшие и отдаленные последствия черепно-мозговой травмы.
5. Особенности психических нарушений у детей с ДЦП. Основные направления работы с детьми, перенесшими травмы черепа.
6. Эпидемиология и этиопатогенез эпилепсии.
7. Эпидемиология и этиопатогенез шизофрении.
8. Маниакально-депрессивный психоз.
9. Современные взгляды на этиологию и природу психопатий.
10. Акцентуация личности. Патохарактерологические особенности у детей и подростков.
11. Социальная реабилитация психически больных.

12. Психосоциальные методы реабилитации детей с отклонениями в развитии.

Типовые проблемные задачи

1. Психические расстройства при заболеваниях сердца, почек, пищеварительного тракта, эндокринной системы. Психические нарушения при раке и в послеродовом периоде.
2. Психические расстройства при опухолях головного мозга.
3. Психические расстройства вследствие сосудистых заболеваний головного мозга.
4. Психические расстройства позднего возраста (инволюционные психозы, болезнь Паркинсона).

Типовые ситуационные задачи

1. Психиатр и психолог: сфера взаимодействия.
2. Методы патопсихологической и нейропсихологической диагностики.
3. Никотин (механизм действия, клинические проявления и медицинские последствия употребления никотина, лечение). Пассивное курение. Летучие вещества. Кокаин, марихуана, опиаты (эпидемиология, фармакология, клиническое проявление интоксикации, медицинские последствия употребления, лечение).
4. Стимулирующие средства. Амфетамины и кофеин. Галлюциногены и фенциклидин (эпидемиология, фармакология, клиническое проявление интоксикации, последствия применения, лечение).

7.3 Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности

Все задания, используемые для текущего контроля формирования компетенций условно можно разделить на две группы:

1. задания, которые в силу своих особенностей могут быть реализованы только в процессе обучения на занятиях (например, дискуссия, круглый стол, диспут, мини-конференция);
2. задания, которые дополняют теоретические вопросы (практические задания, проблемно-аналитические задания, тест).

Выполнение всех заданий является необходимым для формирования и контроля знаний, умений и навыков. Поэтому, в случае невыполнения заданий в процессе обучения, их необходимо «отработать» до зачета (экзамена). Вид заданий, которые необходимо выполнить для ликвидации «задолженности» определяется в индивидуальном порядке, с учетом причин невыполнения.

1) Требование к теоретическому устному ответу

Оценка знаний предполагает дифференцированный подход к студенту, учет его индивидуальных способностей, степень усвоения и систематизации основных понятий и категорий по дисциплине. Кроме того, оценивается не только глубина знаний поставленных вопросов, но и умение использовать в ответе практический материал. Оценивается культура речи, владение навыками ораторского искусства.

Критерии оценивания: последовательность, полнота, логичность изложения, анализ различных точек зрения, самостоятельное обобщение материала, использование профессиональных терминов, культура речи, навыки ораторского искусства. Изложение материала без фактических ошибок.

Оценка «отлично» ставится в случае, когда материал излагается исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно, при этом раскрываются не только основные понятия, но и анализируются точки зрения различных авторов. Обучающийся не затрудняется с ответом, соблюдает культуру речи.

Оценка «хорошо» ставится, если обучающийся твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, знает практическую базу, но при ответе на вопрос допускает несущественные погрешности.

Оценка «удовлетворительно» ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении материала, затрудняется с ответами, показывает отсутствие должной связи между анализом, аргументацией и выводами.

Оценка «неудовлетворительно» ставится, если обучающийся не отвечает на поставленные вопросы.

2) Творческие задания

Эссе – это небольшая по объему письменная работа, сочетающая свободные, субъективные рассуждения по определенной теме с элементами научного анализа. Текст должен быть легко читаем, но необходимо избегать нарочито разговорного стиля, сленга, шаблонных фраз. Объем эссе составляет примерно 2 – 2,5 стр. 14 шрифтом с 1,5 интервалом (без учета титульного листа).

Критерии оценивания - оценка учитывает соблюдение жанровой специфики эссе, наличие логической структуры построения текста, наличие авторской позиции, ее научность и связь с современным пониманием вопроса, адекватность аргументов, стиль изложения, оформление работы. Следует помнить, что прямое заимствование (без оформления цитат) текста из Интернета или электронной библиотеки недопустимо.

Оценка «отлично» ставится в случае, когда определяется: наличие логической структуры построения текста (вступление с постановкой проблемы; основная часть, разделенная по основным идеям; заключение с выводами, полученными в результате рассуждения); наличие четко определенной личной позиции по теме эссе; адекватность аргументов при обосновании личной позиции, стиль изложения.

Оценка «хорошо» ставится, когда в целом определяется: наличие логической структуры построения текста (вступление с постановкой проблемы; основная часть, разделенная по основным идеям; заключение с выводами, полученными в результате рассуждения); но не прослеживается наличие четко определенной личной позиции по теме эссе; не достаточно аргументов при обосновании личной позиции

Оценка «удовлетворительно» ставится, когда в целом определяется: наличие логической структуры построения текста (вступление с постановкой проблемы; основная часть, разделенная по основным идеям; заключение). Но не прослеживаются четкие выводы, нарушается стиль изложения

Оценка «неудовлетворительно» ставится, если не выполнены никакие требования.

3) Требование к решению ситуационной, проблемной задачи (кейс-измерители)

Студент должен уметь выделить основные положения из текста задачи, которые требуют анализа и служат условиями решения. Исходя из поставленного вопроса в задаче, попытаться максимально точно определить проблему и соответственно решить ее.

Задачи должны решаться студентами письменно. При решении задач также важно правильно сформулировать и записать вопросы, начиная с более общих и, кончая частными.

Критерии оценивания – оценка учитывает методы и средства, использованные при решении ситуационной, проблемной задачи.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда обучающийся выполнил задание (решил задачу), используя в полном объеме теоретические знания и практические навыки, полученные в процессе обучения.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся в целом выполнил все требования, но не совсем четко определяется опора на теоретические положения, изложенные в научной литературе по данному вопросу.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся показал положительные результаты в процессе решения задачи.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не выполнил все требования.

При реализации программы с применением ДОТ:

Студент должен уметь выделить основные положения из текста задачи, которые требуют анализа и служат условиями решения. Исходя из поставленного вопроса в задаче, попытаться максимально точно определить проблему и соответственно решить ее.

Задачи должны решаться студентами письменно. При решении задач также важно правильно сформулировать и записать вопросы, начиная с более общих и, кончая частными.

Критерии оценивания – оценка учитывает методы и средства, использованные при решении ситуационной, проблемной задачи.

Оценка *«выполнено»* ставится в случае, если обучающийся показал положительные результаты в процессе решения задачи, а именно, когда обучающийся в целом выполнил задание (решил задачу), используя в полном объеме теоретические знания и практические навыки, полученные в процессе обучения.

Оценка *«не выполнено»* ставится, если обучающийся не выполнил все требования.

4) Интерактивные задания

Механизм проведения диспут-игры:

Необходимо разбиться на несколько команд, которые должны поочередно высказать свое мнение по каждому из заданных вопросов. Мнение высказывающейся команды засчитывается, если противоположная команда не опровергнет его контраргументами. Команда, чье мнение засчитано как верное (не получило убедительных контраргументов от противоположных команд), получает один балл. Команда, опровергнувшая мнение противоположной команды своими контраргументами, также получает один балл. Побеждает команда, получившая максимальное количество баллов.

Ролевая игра как правило имеет фабулу (ситуацию, казус), распределяются роли, подготовка осуществляется за 2-3 недели до проведения игры.

Критерии оценивания – оцениваются действия всех участников группы. Понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Соответствие действительности решений, выработанных в ходе игры. Владение терминологией, демонстрация владения учебным материалом по теме игры, владение методами аргументации, умение работать в группе (умение слушать, конструктивно вести беседу, убеждать, управлять временем, бесконфликтно общаться), достижение игровых целей, (соответствие роли – при ролевой игре). Ясность и стиль изложения.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, выполнения всех критериев.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Решения, выработанные в ходе игры, полностью соответствуют действительности. Но некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены нормы общения, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия в целом соответствуют заданным целям. Однако, решения, выработанные в ходе игры, не совсем соответствуют действительности.

Некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка «*неудовлетворительно*» ставится, если обучающиеся не понимают проблему, их высказывания не соответствуют заданным целям.

5) Комплексное проблемно-аналитическое задание

Задание носит проблемно-аналитический характер и выполняется в три этапа. На первом из них необходимо ознакомиться со специальной литературой.

Целесообразно также повторить учебные материалы лекций и семинарских занятий по темам, в рамках которых предлагается выполнение данного задания.

На втором этапе выполнения работы необходимо сформулировать проблему и изложить авторскую версию ее решения, на основе полученной на первом этапе информации.

Третий этап работы заключается в формулировке собственной точки зрения по проблеме. Результат третьего этапа оформляется в виде аналитической записки к практической работе.

Критерий оценивания – оценка учитывает: понимание проблемы, уровень раскрытия поставленной проблемы в плоскости теории изучаемой дисциплины, умение формулировать и аргументировано представлять собственную точку зрения, выполнение всех этапов работы.

Оценка «*отлично*» ставится в случае, когда обучающийся демонстрирует полное понимание проблемы, все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Оценка «*хорошо*» ставится, если обучающийся демонстрирует значительное понимание проблемы, все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Оценка «*удовлетворительно*» ставится, если обучающийся, демонстрирует частичное понимание проблемы, большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены

Оценка «*неудовлетворительно*» ставится, если обучающийся демонстрирует непонимание проблемы, многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

При реализации программы с применением ДОТ:

Студент должен уметь выделить основные положения из текста задачи, которые требуют анализа и служат условиями решения. Исходя из поставленного вопроса в задаче, попытаться максимально точно определить проблему и соответственно решить ее.

Задачи должны решаться студентами письменно. При решении задач также важно правильно сформулировать и записать вопросы, начиная с более общих и, кончая частными.

Критерии оценивания – оценка учитывает методы и средства, использованные при решении ситуационной, проблемной задачи.

Оценка «выполнено» ставится в случае, если обучающийся показал положительные результаты в процессе решения задачи, а именно, когда обучающийся в целом выполнил задание (решил задачу), используя в полном объеме теоретические знания и практические навыки, полученные в процессе обучения.

Оценка «не выполнено» ставится, если обучающийся не выполнил все требования.

6) Исследовательский проект

Исследовательский проект – проект, структура которого приближена к формату научного исследования и содержит доказательство актуальности избранной темы, определение научной проблемы, предмета и объекта исследования, целей и задач, методов, источников, историографии, обобщение результатов, выводы.

Результаты выполнения исследовательского проекта оформляется в виде доклада или реферата (объем: 10-15 страниц.; 14 шрифт, 1,5 интервал).

Критерии оценивания - поскольку структура исследовательского проекта

максимально приближена к формату научного исследования, то при выставлении учитывается доказательство актуальности темы исследования, определение научной проблемы, объекта и предмета исследования, целей и задач, источников, методов исследования, выдвижение гипотезы, обобщение результатов и формулирование выводов, обозначение перспектив дальнейшего исследования.

Оценка «отлично» ставится в случае, когда обучающийся демонстрирует полное понимание проблемы, все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Оценка «хорошо» ставится, если обучающийся демонстрирует значительное понимание проблемы, все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Оценка «удовлетворительно» ставится, если обучающийся, демонстрирует частичное понимание проблемы, большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены

Оценка «неудовлетворительно» ставится, если обучающийся демонстрирует непонимание проблемы, многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

7) Информационный проект (презентация)

Информационный проект – проект, направленный на стимулирование учебно-познавательной деятельности студента с выраженной эвристической направленностью (поиск, отбор и систематизация информации об объекте, оформление ее для презентации). Итоговым продуктом проекта может быть письменный реферат, электронный реферат с иллюстрациями, слайд-шоу, мини-фильм, презентация и т.д.

Информационный проект отличается от исследовательского проекта, поскольку представляет собой такую форму учебно-познавательной деятельности, которая отличается ярко выраженной эвристической направленностью.

Критерии оценивания - при выставлении оценки учитывается самостоятельный поиск, отбор и систематизация информации, раскрытие вопроса (проблемы), ознакомление студенческой аудитории с этой информацией (представление информации), ее анализ и обобщение, оформление, полные ответы на вопросы аудитории с примерами.

Оценка «отлично» ставится в случае, когда обучающийся полностью раскрывает вопрос (проблему), представляет информацию систематизировано, последовательно, логично, взаимосвязано, использует более 5 профессиональных терминов, широко использует информационные технологии, ошибки в информации отсутствуют, дает полные ответы на вопросы аудитории с примерами.

Оценка «хорошо» ставится, если обучающийся раскрывает вопрос (проблему), представляет информацию систематизировано, последовательно, логично, взаимосвязано, использует более 2 профессиональных терминов, достаточно использует информационные технологии, допускает не более 2 ошибок в изложении материала, дает полные или частично полные ответы на вопросы аудитории.

Оценка «удовлетворительно» ставится, если обучающийся, раскрывает вопрос (проблему) не полностью, представляет информацию не систематизировано и не совсем последовательно, использует 1-2 профессиональных термина, использует информационные технологии, допускает 3-4 ошибки в изложении материала, отвечает только на элементарные вопросы аудитории без пояснений.

Оценка «неудовлетворительно» ставится, если вопрос не раскрыт, представленная информация логически не связана, не используются профессиональные термины, допускает более 4 ошибок в изложении материала, не отвечает на вопросы аудитории.

8) Дискуссионные процедуры

Круглый стол, дискуссия, полемика, диспут, дебаты, мини-конференции являются средствами, позволяющими включить обучающихся в процесс обсуждения спорного вопроса, проблемы и оценить их умение аргументировать собственную точку зрения.

Задание дается заранее, определяется круг вопросов для обсуждения, группы участников этого обсуждения.

Дискуссионные процедуры могут быть использованы для того, чтобы студенты:

– лучше поняли усвояемый материал на фоне разнообразных позиций и мнений, не обязательно достигая общего мнения;

– смогли постичь смысл изучаемого материала, который иногда чувствуют интуитивно, но не могут высказать вербально, четко и ясно, или конструировать новый смысл, новую позицию;

– смогли согласовать свою позицию или действия относительно обсуждаемой проблемы.

Критерии оценивания – оцениваются действия всех участников группы. Понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Соответствие действительности решений, выработанных в ходе игры. Владение терминологией, демонстрация владения учебным материалом по теме игры, владение методами аргументации, умение работать в группе (умение слушать, конструктивно вести беседу, убеждать, управлять временем, бесконфликтно общаться), достижение игровых целей, (соответствие роли – при ролевой игре). Ясность и стиль изложения.

Оценка «отлично» ставится в случае, когда все требования выполнены в полном объеме.

Оценка «хорошо» ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Решения, выработанные в ходе игры, полностью соответствуют действительности. Но некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены нормы общения, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка «удовлетворительно» ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия в целом соответствуют заданным целям. Однако, решения, выработанные в ходе игры, не совсем соответствуют действительности. Некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка «неудовлетворительно» ставится, если обучающиеся не понимают проблему, их высказывания не соответствуют заданным целям.

9) Тестирование

Является одним из средств контроля знаний обучающихся по дисциплине.

Критерии оценивания – правильный ответ на вопрос

Оценка «отлично» ставится в случае, если правильно выполнено 90-100% заданий

Оценка «хорошо» ставится, если правильно выполнено 70-89% заданий

Оценка «удовлетворительно» ставится в случае, если правильно выполнено 50-69% заданий

Оценка «неудовлетворительно» ставится, если правильно выполнено менее 50% заданий.

10) Требование к письменному опросу (контрольной работе)

Оценивается не только глубина знаний поставленных вопросов, но и умение изложить письменно.

Критерии оценивания: последовательность, полнота, логичность изложения, анализ различных точек зрения, самостоятельное обобщение материала. Изложение материала без фактических ошибок.

Оценка «отлично» ставится в случае, когда соблюдены все критерии.

Оценка «хорошо» ставится, если обучающийся твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, знает практическую базу, но допускает несущественные

погрешности.

Оценка «удовлетворительно» ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении материала, затрудняется с ответами, показывает отсутствие должной связи между анализом, аргументацией и выводами.

Оценка «неудовлетворительно» ставится, если обучающийся не отвечает на поставленные вопросы.

8. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

8.1. Основная учебная литература:

1. Скаяева, Е. А. Психопатология: учебное-методическое пособие для студентов [по направлению подготовки 44.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование», профили «Логопедия» и «Дефектология»] / Е. А. Скаяева, З. А. Кисиева. — Владикавказ: Северо-Осетинский государственный педагогический институт, 2020. — 208 с. — ISBN 978-5-98935-235-7. — Текст: электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART: [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/109347.html>
2. Воропаева, С. В. Основы общей психопатологии : учебное пособие / С. В. Воропаева. — Москва : Прометей, 2012. — 160 с. — ISBN 978-5-7042-2369-6. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/18595.html>

8.2. Дополнительная учебная литература:

1. Гиндин, В. П. Психопатология в русской литературе / В. П. Гиндин. — 2-е изд. — Москва, Саратов: ПЕР СЭ, Ай Пи Эр Медиа, 2019. — 224 с. — ISBN 978-5-4486-0859-9. — Текст: электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS: [сайт]. — URL: <http://www.iprbookshop.ru/88209.html>
2. Леопольд, Сонди Учебник экспериментальной диагностики влечений: глубинно-психологическая диагностика и ее применение в психопатологии, психосоматике, судебной психиатрии, криминологии, психофармакологии, профессиональном, семейном и подростковом консультировании, характерологии и этнологии / Сонди Леопольд ; перевод В. И. Николаев. — 2-е изд. — Москва : Когито-Центр, 2019. — 555 с. — ISBN 3-456-30513-3, 5-89353-136-1. — Текст: электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS: [сайт]. — URL: <http://www.iprbookshop.ru/88343.html>

8.3. Периодические издания:

1. Вестник Московского университета. Серия 14. Психология/: Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова; учредитель и издатель Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова. — 2017 —. — Москва, 2017 —. — Выходит 6 раз в год. — ISSN 0137-0936.— Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/71943.html>

2. Вестник Пермского университета. Серия Философия. Психология. Социология/: Пермский государственный национальный исследовательский университет; учредитель и издатель Пермский государственный национальный исследовательский университет. — 2022 —. — Пермь, 2022—. — Ежекв. — ISSN 2078-7898. Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS: [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/121942.html>

3. Вестник Российского университета дружбы народов. Серия Психология и педагогика /: Российский университет дружбы народов; учредитель и издатель Российский университет дружбы народов. – 2022 –. – Москва, 2022 –. – Ежекв. – ISSN 2313-1683— Текст: электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS: [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/121518.html>

9. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет"), необходимых для освоения дисциплины (модуля)

1. Федеральный портал «Российское образование»: сайт. – Москва, 2023 –. – URL: <http://www.edu.ru/>
2. Федеральное хранилище «Единая коллекция цифровых образовательных ресурсов»: сайт. – Москва, 2023–. – URL: <http://school-collection.edu.ru/>
3. Электронно-библиотечная система IPRbooks : сайт – Москва: ООО «Ай Пи Эр Медиа», 2023. –. – URL: <http://www.iprbookshop.ru/>
eLIBRARY.RU : научная электронная библиотека : сайт. – Москва, 2023 –. – URL: <https://elibrary.ru>

10. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

Успешное освоение данного курса базируется на рациональном сочетании нескольких видов учебной деятельности – лекций, семинарских занятий, самостоятельной работы. При этом самостоятельную работу следует рассматривать одним из главных звеньев полноценного высшего образования, на которую отводится значительная часть учебного времени.

При реализации программы с применением ДОТ:

Все виды занятий проводятся в форме онлайн-вебинаров с использованием современных компьютерных технологий (наличие презентации и форума для обсуждения).

В процессе изучения дисциплины студенты выполняют практические задания и промежуточные тесты. Консультирование по изучаемым темам проводится в онлайнрежиме во время проведения вебинаров и на форуме для консультаций.

Самостоятельная работа студентов складывается из следующих составляющих:

1. работа с основной и дополнительной литературой, с материалами интернета и конспектами лекций;
2. внеаудиторная подготовка к контрольным работам, выполнение докладов, рефератов и курсовых работ;
3. выполнение самостоятельных практических работ;
4. подготовка к экзаменам (зачетам) непосредственно перед ними.

Для правильной организации работы необходимо учитывать порядок изучения разделов курса, находящихся в строгой логической последовательности. Поэтому хорошее усвоение одной части дисциплины является предпосылкой для успешного перехода к следующей. Задания, проблемные вопросы, предложенные для изучения дисциплины, в том числе и для самостоятельного выполнения, носят междисциплинарный характер и базируются, прежде всего, на причинно-следственных связях между компонентами окружающего нас мира. В течение семестра, необходимо подготовить рефераты (проекты) с использованием рекомендуемой основной и дополнительной литературы и сдать рефераты для проверки преподавателю. Важным составляющим в изучении данного курса является решение ситуационных задач и работа над проблемно-аналитическими заданиями, что предполагает знание соответствующей научной терминологии и т.д.

Для лучшего запоминания материала целесообразно использовать индивидуальные особенности и разные виды памяти: зрительную, слуховую, ассоциативную. Успешному

запоминанию также способствует приведение ярких свидетельств и наглядных примеров. Учебный материал должен постоянно повторяться и закрепляться.

При выполнении докладов, творческих, информационных, исследовательских проектов особое внимание следует обращать на подбор источников информации и методику работы с ними.

Для успешной сдачи экзамена (зачета) рекомендуется соблюдать следующие правила:

1. Подготовка к экзамену (зачету) должна проводиться систематически, в течение всего семестра.
2. Интенсивная подготовка должна начаться не позднее, чем за месяц до экзамена.
3. Время непосредственно перед экзаменом (зачетом) лучше использовать таким образом, чтобы оставить последний день свободным для повторения курса в целом, для систематизации материала и доработки отдельных вопросов.

На экзамене высокую оценку получают студенты, использующие данные, полученные в процессе выполнения самостоятельных работ, а также использующие собственные выводы на основе изученного материала.

Учитывая значительный объем теоретического материала, студентам рекомендуется регулярное посещение и подробное конспектирование лекций.

11. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине (модулю), включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем (при необходимости)

1. Microsoft Windows Server;
2. Семейство ОС Microsoft Windows;
3. Libre Office свободно распространяемый офисный пакет с открытым исходным кодом;
4. Информационно-справочная система: Система КонсультантПлюс (КонсультантПлюс);
5. Информационно-правовое обеспечение Гарант: Электронный периодический справочник «Система ГАРАНТ» (Система ГАРАНТ);
6. Электронная информационно-образовательная система ММУ: <https://elearn.mmu.ru/>

Перечень используемого программного обеспечения указан в п.12 данной рабочей программы дисциплины.

12. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

12.1. Учебная аудитория для проведения учебных занятий, предусмотренных программой бакалавриата, оснащенная оборудованием и техническими средствами обучения.

Специализированная мебель:

Комплект учебной мебели (стол, стул) по количеству обучающихся; комплект мебели для преподавателя; доска (маркерная).

Технические средства обучения:

Компьютер в сборе для преподавателя, проектор, экран, колонки

Перечень лицензионного программного обеспечения, в том числе отечественного производства:

Windows 10, КонсультантПлюс, Система ГАРАНТ, Kaspersky Endpoint Security.

Перечень свободно распространяемого программного обеспечения:

Adobe Acrobat Reader DC, Google Chrome, LibreOffice, Skype, Zoom.

Подключение к сети «Интернет» и обеспечение доступа в электронную информационно-образовательную среду ММУ.

12.2. Помещение для самостоятельной работы обучающихся.

Специализированная мебель:

Комплект учебной мебели (стол, стул) по количеству обучающихся; комплект мебели для преподавателя; доска (маркерная).

Технические средства обучения:

Компьютер в сборе для преподавателя; компьютеры в сборе для обучающихся; колонки; проектор, экран.

Перечень лицензионного программного обеспечения, в том числе отечественного производства:

Windows Server 2016, Windows 10, Microsoft Office, КонсультантПлюс, Система ГАРАНТ, Kaspersky Endpoint Security.

Перечень свободно распространяемого программного обеспечения:

Adobe Acrobat Reader DC, Google Chrome, LibreOffice, Skype, Zoom, Gimp, Paint.net, AnyLogic, Inkscape.

12.2.3 Для студентов обучающихся с применением ДОТ:

Учебная аудитория для проведения всех видов занятий с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий, в том числе для занятий лекционного типа, семинарского типа; для проведения лабораторных работ, групповых и индивидуальных консультаций; для осуществления текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации; для выполнения курсового проектирования (курсовых работ).

Ауд. 520а (виртуальные учебные аудитории: ауд. 9/1, 9/2, 9/3, 9/4, 9/5, 9/6, Вебинарная 1, Вебинарная 2, Вебинарная 3):

Специализированная мебель:

- столы для преподавателей;

- стулья для преподавателей;

Технические средства обучения:

- компьютеры персональные для преподавателей с выходом в сети Интернет;

- наушники;

- вебкамеры;

- колонки;

- микрофоны;

Ауд. 315 (виртуальные учебные аудитории: ауд. 9/1, 9/2, 9/3, 9/4, 9/5, 9/6, Вебинарная 1, Вебинарная 2, Вебинарная 3)

Специализированная мебель:

- столы для преподавателей;

- стулья для преподавателей;

Технические средства обучения:

- компьютеры персональные для преподавателей с выходом в сети Интернет;

- наушники;

- вебкамеры;

- колонки;

- микрофоны.

13. Образовательные технологии, используемые при освоении дисциплины

Для освоения дисциплины используются как традиционные формы занятий – лекции

(типы лекций – установочная, вводная, текущая, заключительная, обзорная; виды лекций – проблемная, визуальная, лекция конференция, лекция консультация); и семинарские (практические) занятия, так и активные и интерактивные формы занятий - деловые и ролевые игры, решение ситуационных задач и разбор конкретных ситуаций.

На учебных занятиях используются технические средства обучения мультимедийной аудитории: компьютер, монитор, колонки, настенный экран, проектор, микрофон, пакет программ Microsoft Office для демонстрации презентаций и медиафайлов, видеопроектор для демонстрации слайдов, видеосюжетов и др. Тестирование обучаемых может осуществляться с использованием компьютерного оборудования университета.

При реализации программы с применением ДОТ:

Все виды занятий проводятся в форме онлайн-вебинаров с использованием современных компьютерных технологий (наличие презентации и форума для обсуждения).

В процессе изучения дисциплины студенты выполняют практические задания и промежуточные тесты. Консультирование по изучаемым темам проводится в онлайн-режиме во время проведения вебинаров и на форуме для консультаций.

13.1. В освоении учебной дисциплины используются следующие традиционные образовательные технологии:

- чтение проблемно-информационных лекций с использованием доски и видеоматериалов;
- семинарские занятия для обсуждения, дискуссий и обмена мнениями;
- контрольные опросы;
- консультации;
- самостоятельная работа студентов с учебной литературой и первоисточниками;
- подготовка и обсуждение рефератов (проектов), презентаций (научно-исследовательская работа);
- тестирование по основным темам дисциплины.

13.2. Активные и интерактивные методы и формы обучения

Из перечня видов: (*«мозговой штурм», анализ НПА, анализ проблемных ситуаций, анализ конкретных ситуаций, инциденты, имитация коллективной профессиональной деятельности, разыгрывание ролей, творческая работа, связанная с освоением дисциплины, ролевая игра, круглый стол, диспут, беседа, дискуссия, мини-конференция и др.*) используются следующие:

- диспут
- анализ проблемных, творческих заданий, ситуационных задач
- ролевая игра;
- круглый стол;
- мини-конференция
- дискуссия
- беседа.

13.3. Особенности обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)

При организации обучения по дисциплине учитываются особенности организации взаимодействия с инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья (далее – инвалиды и лица с ОВЗ) с целью обеспечения их прав. При обучении учитываются особенности их психофизического развития, индивидуальные возможности и при необходимости обеспечивается коррекция нарушений развития и социальная адаптация указанных лиц.

Выбор методов обучения определяется содержанием обучения, уровнем методического и материально-технического обеспечения, особенностями восприятия

учебной информации студентов-инвалидов и студентов с ограниченными возможностями здоровья и т.д. В образовательном процессе используются социально-активные и рефлексивные методы обучения, технологии социокультурной реабилитации с целью оказания помощи в установлении полноценных межличностных отношений с другими студентами, создании комфортного психологического климата в студенческой группе.

При обучении лиц с ограниченными возможностями здоровья электронное обучение и дистанционные образовательные технологии предусматривают возможность приема-передачи информации в доступных для них формах.

Обучающиеся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья обеспечены печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья.

Приложение

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«МОСКОВСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Основы психопатологии

<i>Направление подготовки</i>	Психология
<i>Код</i>	37.03.01
<i>Направленность (профиль)</i>	Психологическое консультирование
<i>Квалификация выпускника</i>	бакалавр

Москва
2024

1. Перечень кодов компетенций, формируемых дисциплиной в процессе освоения образовательной программы

Группа компетенций	Категория компетенций	Код
Универсальные	Системное и критическое мышление	УК-1

	Инклюзивная компетентность	УК-9
Профессиональные	-	ПК-2

2. Компетенции и индикаторы их достижения

Код компетенции	Формулировка компетенции	Индикаторы достижения компетенции
УК-1	Способен осуществлять поиск, критический анализ и синтез информации, применять системный подход для решения поставленных задач	УК-1.2 Выбирает ресурсы для поиска информации необходимой для решения поставленной задачи
		УК-1.4 Выявляет системные связи и отношения между изучаемыми явлениями, процессами и/или объектами на основе принятой парадигмы
УК-9	Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах	УК-9.1 Владеет упорядоченной системой знаний об особенностях развития лиц с ограниченными возможностями здоровья
		УК-9.2 Свободно строит диалог в социальной и профессиональной сфере с лицом с ОВЗ
ПК-2	Способен к прогнозированию изменений и динамики уровня развития сенсорных систем в организме человека, функциональных состояний, поддержании и сохранении психического и физического здоровья с целью гармонизации психического функционирования человека и выявления механизмов нарушения функционирования	ПК-2.2. Реализовывает индивидуально-ориентированные меры по выявлению механизмов нарушения функционирования центральной нервной системы, высшей нервной деятельности

	центральной нервной системы, высшей нервной деятельности	
--	--	--

3. Описание планируемых результатов обучения по дисциплине

3.1. Описание планируемых результатов обучения по дисциплине

Планируемые результаты обучения по дисциплине представлены дескрипторами (знания, умения, навыки).

Дескрипторы по дисциплине	Знать	Уметь	Владеть
Код компетенций	УК-1		
	- алгоритм системного анализа актуальной проблемы и методы ее структурной декомпозиции, - методологию диверсификации проблемы на составные элементы для формулирования стратегии ее решения в рамках действующего законодательства.	- критически оценивать надежность источников информации, работать с противоречивой информацией из разных источников, - разрабатывать и содержательно аргументировать стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов.	- логико-методологическим инструментарием для критической оценки современных концепций философского и социального характера в своей предметной области, - навыками критического анализа проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий.
Код компетенций	УК-9		
	- психофизические особенности развития детей с психическими и (или) физическими недостатками, закономерностей их обучения и воспитания, особенности применения базовых	- планировать и осуществлять профессиональную деятельность на основе применения базовых дефектологических знаний с различным контингентом.	- навыками взаимодействия в социальной и профессиональной сферах с лицами, имеющими различные психофизические особенности, психические и (или) физические

	дефектологических знаний в социальной и профессиональной сферах.		недостатки, на основе применения базовых дефектологических знаний.
Код компетенций	ПК-2		
	- этиологию, патогенез психических расстройств, роль критических периодов развития в этиологии, течения и исходах психических расстройств; - клинические проявления психических расстройств и механизмы их компенсации.	- проводить психологическое обследование с целью определения уровня психического развития, соответствия возрастным нормам; - проводить дифференциальную диагностику для определения типа нарушений в развитии; - использовать знания в области психопатологии при разработке индивидуальных коррекционно-развивающих программ.	- методами комплексной клинико-психологической оценки состояния здоровья лиц с различными нарушениями психики; - навыками учета медицинских рекомендаций при разработке программы психолого-педагогической работы с лицами с нарушениями психики; - методами психологической коррекции нервно-психических расстройств у детей и подростков.

3.2. Критерии оценки результатов обучения по дисциплине

Шкала оценивания	Индикаторы достижения	Показатели оценивания результатов обучения
-------------------------	------------------------------	---

ЗАЧТЕНО	Знает:	<ul style="list-style-type: none"> - студент глубоко и всесторонне усвоил материал, уверенно, логично, последовательно и грамотно его излагает, опираясь на знания основной и дополнительной литературы, - на основе системных научных знаний делает квалифицированные выводы и обобщения, свободно оперирует категориями и понятиями.
	Умеет:	<ul style="list-style-type: none"> - студент умеет самостоятельно и правильно решать учебно-профессиональные задачи или задания, уверенно, логично, последовательно и аргументировано излагать свое решение, используя научные понятия, ссылаясь на нормативную базу.
	Владеет:	<ul style="list-style-type: none"> - студент владеет рациональными методами (с использованием рациональных методик) решения сложных профессиональных задач, представленных деловыми играми, кейсами и т.д.; При решении продемонстрировал навыки - выделения главного, - связкой теоретических положений с требованиями руководящих документов, - изложения мыслей в логической последовательности, - самостоятельного анализа факты, событий, явлений, процессов в их взаимосвязи и диалектическом развитии.
ЗАЧТЕНО	Знает:	<ul style="list-style-type: none"> - студент твердо усвоил материал, достаточно грамотно его излагает, опираясь на знания основной и дополнительной литературы, - затрудняется в формулировании квалифицированных выводов и обобщений, оперирует категориями и понятиями, но не всегда правильно их верифицирует.
	Умеет:	<ul style="list-style-type: none"> - студент умеет самостоятельно и в основном правильно решать учебно-профессиональные задачи или задания, уверенно, логично, последовательно и аргументировано излагать свое решение, не в полной мере используя научные понятия и ссылки на нормативную базу.
	Владеет:	<ul style="list-style-type: none"> - студент в целом владеет рациональными методами решения сложных профессиональных задач, представленных деловыми играми, кейсами и т.д.; При решении смог продемонстрировать достаточность, но не глубинность навыков - выделения главного, - изложения мыслей в логической последовательности. - связки теоретических положений с требованиями руководящих документов,

		- самостоятельного анализа факты, событий, явлений, процессов в их взаимосвязи и диалектическом развитии.
ЗАЧТЕНО	Знает:	- студент ориентируется в материале, однако затрудняется в его изложении; - показывает недостаточность знаний основной и дополнительной литературы; - слабо аргументирует научные положения; - практически не способен сформулировать выводы и обобщения; - частично владеет системой понятий.
	Умеет:	- студент в основном умеет решить учебно-профессиональную задачу или задание, но допускает ошибки, слабо аргументирует свое решение, недостаточно использует научные понятия и руководящие документы.
	Владеет:	- студент владеет некоторыми рациональными методами решения сложных профессиональных задач, представленных деловыми играми, кейсами и т.д.; При решении продемонстрировал недостаточность навыков: - выделения главного, - изложения мыслей в логической последовательности, - связки теоретических положений с требованиями руководящих документов, - самостоятельного анализа факты, событий, явлений, процессов в их взаимосвязи и диалектическом развитии.
Компетенция не достигнута		
НЕЗАЧТЕНО	Знает:	- студент не усвоил значительной части материала; - не может аргументировать научные положения; - не формулирует квалифицированных выводов и обобщений; - не владеет системой понятий.
	Умеет:	студент не показал умение решать учебно-профессиональную задачу или задание.
	Владеет:	не выполнены требования, предъявляемые к навыкам, оцениваемым “удовлетворительно”.

4. Типовые контрольные задания и/или иные материалы для проведения промежуточной аттестации, необходимые для оценки достижения компетенции, соотнесенной с результатами обучения по дисциплине.

Типовые вопросы

1. Предмет и задачи психопатологии, методы исследования патологии психики.
2. Современные нозологические классификации психических расстройств.
3. Возрастные особенности нервно-психического реагирования.
4. Общие представления о психическом дизонтогенезе, его варианты.
5. Понятие о психопатологическом синдроме. Современные классификации симптомов и синдромов.
6. Основные депрессивные синдромы.
7. Галлюцинации. Псевдогаллюцинации. Возрастные особенности расстройств восприятия.
8. Виды расстройств памяти. Патофизиологические и компенсаторные механизмы памяти.
9. Расстройства внимания. Отвлекаемость. Истощаемость. Застреваемость.
10. Виды расстройств мышления. Расстройства темпа. Резонерство. Персеверации. Навязчивые мысли.
11. Бред. Особенности бреда в детском и подростковом возрасте.
12. Синдромы невропатии. Конституциональная невропатия. Органическая невропатия.
13. Синдромы РДА. Синдром Каннера. Синдром Аспергера.
14. Синдром органического аутизма. Синдром психогенного аутизма. Аутизм при шизофрении.
15. Синдром двигательной расторможенности (гипердинамический или гиперкинетический синдром).
16. Синдромы страхов. Психопатологические недифференцированные страхи.
17. Синдром патологического фантазирования. Патологическое фантазирование отвлеченного характера.
18. Синдромы уходов и бродяжничества. Дромомания, фуги, трансы.
19. Синдромы мутизма.
20. Синдром дисморфофобии и дисморфомании.
21. Неврозы. Типология неврозов. Основные признаки.
22. Основные признаки помраченного сознания. Оглушение, степени оглушения.
23. Делирий, возрастные особенности, стадии делирия.
24. Онейродные помрачения сознания. Сумеречные расстройства сознания.
25. Дерезализация – деперсонализация. Феномены «уже виденного» и «никогда не виденного».
26. Особенности течения инфекционных психозов в детском возрасте.
27. Эпидемиология и этиопатогенез эпилепсии. Классификации эпилепсии.
28. Шизофрения: этиопатогенез и классификации. Особенности течения у детей и взрослых.
29. Классификации психических расстройств при черепно-мозговых травмах.
30. Социальная реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами.

Типовые проблемно-аналитические задания

Задача № 1.

Пациент 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня «вработывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего

тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница!». Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение; склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Оцените описанные психопатологические проявления.

Ответ:

Существует много вариантов астенического синдрома, встречающегося при неврозах, в рамках шизофрении, органических заболеваний головного мозга, при многих инфекционных и неинфекционных внутренних болезнях. Однако во всех случаях центральным симптомом астении является раздражительная слабость. У данного больного она проявляется в виде повышенной раздражительности, сочетающейся с высокой истощаемостью психических процессов. Так вспышки раздражения тут же сменяются у него чувством раскаяния и слезами. У больного имеются и другие характерные признаки астенического синдрома: гиперестезия по отношению к физическим и психическим раздражителям, эмоциональное слабодушие, истощаемость внимания, головные боли, явления вегетативно-сосудистой лабильности. Астенический синдром часто сочетается с другими формами психических расстройств, образуя астеноипохондрические, астено-депрессивные, астено-навязчивые состояния и т. п.

Задача № 2.

Пациент 37 лет, слесарь. Три дня назад появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось, что его комната наполнена народом, какие-то люди из-за стены кричат, угрожают убить, зовут «пойти выпить». Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, полусобаки-полукошки, слышал стук в окно, крики о помощи. В страхе выбежал из дома и бросился в отделение полиции, спасаясь от «преследования». В стационаре возбужден, особенно в вечернее время, рвется к дверям, к окнам. При беседе внимание на теме разговора сосредоточивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает стряхивать с себя что-то, говорит, что стряхивает ползающих по нему насекомых, видит перед собой «кривляющиеся рожи», показывает на них пальцем, громко смеется.

Определите, чем страдает пациент?

Ответ:

У больного имеется помрачение сознания в форме делирия. В пользу этого говорит обильный наплыв галлюцинаций, преимущественно зрительных. Восприятие реальных событий отесняется яркими галлюцинаторными образами на задний план. Галлюцинации сопровождаются чувственным бредом преследования, страхом, психомоторным возбуждением. Поведение больного целиком определяется его галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. Действительные события воспринимаются и понимаются больным нечетко, фрагментарно. Характерно также усиление галлюцинаций и возбуждения в вечернее время. В приведенном описании не раскрываются многие признаки, характеризующие помрачение сознания. В частности, ничего не говорится о способности больного ориентироваться в месте, времени, в собственной личности. Не упоминается также, наступила ли у больного амнезия всего пережитого в период болезни.

Задача № 3.

Пациент 23 лет. Три года тому назад стал ощущать постоянный неприятный запах от своих ног и из подмышечной области. Затем ему стало казаться, что запах кала, мочи и гнили исходит из половых органов и заднего прохода. Замечал, что будто бы находящиеся рядом с ним люди «поводят носами», отворачиваются. В разговорах окружающих слышались слова: «Запах... Свинья...» Чувствовал себя виноватым, по несколько раз в день мылся, менял белье, но «запах» не исчезал. В связи с этим не мог находиться среди людей, старался быть в одиночестве. Появились суицидальные мысли. Все попытки специалиста убедить больного в том, что никто из окружающих не ощущает неприятного запаха, больной встречает с полным недоверием, утверждая, что запах чувствуют все, но хотят это от него скрыть.

Установите психопатологический синдром.

Ответ:

Дисморфофобический синдром (или дисморфофобия) представляет собой такую форму нарушений психики, когда у больного возникает ложная убежденность в наличии у него каких-либо уродств или нарушений функций того или иного органа. В описанном случае речь идет о бредовой дисморфофобии, поскольку ложная убежденность больного в том, что от него исходит неприятный запах, с самого начала нелепо и грубо искажает понимание реальных событий. Она сочетается с бредом отношения (люди отворачиваются, «поводят носами»), обонятельными галлюцинациями и вербальными иллюзиями (в разговорах окружающих слышатся бранные слова).

Задача № 4.

Пациентка 54 лет, инвалид II группы. Находится на стационарном лечении. В отделении мало заметна, необщительна. Большую часть времени ничем не занята, сидит на своей кровати, часто тяжело вздыхает. На лице выражение тоски и тревоги. При беседе волнуется, слегка дрожит, непрестанно перебирает руками свою одежду. На глазах слезы. Жалуется на подавленное настроение, бессонницу, наплыв бесконечных тревожных мыслей о доме. Жизнь представляется ненужной и бессцельной, часто думает о том, что жить не стоит. На уточняющий вопрос специалиста о ведении домашнего хозяйства и воспитании внуков, утверждает, что их нет в живых. Выражает сомнение, выдвигает версию об их возможной гибели, просит специалиста о помощи.

О каком варианте депрессии идет речь?

Ответ:

Депрессия у больной сочетается с чувством чрезвычайной тревожности. Тревога по своим проявлениям близка к чувству страха, но отличается от последнего отсутствием определенного объекта, на который она была бы направлена. Тревога заключается в постоянном ожидании какой-то непоправимой беды, катастрофы. В это тревожное чувство больная пытается вложить то или иное содержание, предполагая, что несчастье может случиться с близкими ей людьми, с ней самой. Тревога выражается не только в высказываниях, но, прежде всего, в мимике, в поведении больных. Тревожные больные редко бывают заторможены. Чаще они постоянно в движении, ходят взад и вперед по палате, перебирают руками предметы. Для данной больной характерно именно такое поведение.

Задача № 5.

Пациентка, 25 лет, бухгалтер. Одинока, ни с кем не общается. Целыми днями сидит в углу палаты, ни к чему не проявляет интереса, выражение лица отсутствующее, взгляд устремлен в одну точку. Временами без видимого повода начинает громко смеяться. Привлечь внимание больной удастся с большим трудом. На короткое время пробуждается

как ото сна, дает несколько односложных ответов на вопросы, а затем вновь погружается в прежнее состояние. Удастся выяснить, что больная не знает, где она находится, потеряла счет времени. Видит перед глазами людей в белой, красной одежде, которые говорят что-то непонятное. К концу третьей недели нахождения в больнице состояние больной значительно улучшилось. Она рассказала, что все это время жила в мире сказочных грез. Казалось, что она находится на берегу моря, волны с ревом набегают на берег. Она лезет на высокую гору, по ущелью двигаются автомобили с зажженными фарами. Вокруг – домики, похожие на китайские фанзы, люди, говорящие на китайском языке. Вот она идет по лесу, перед ней большая труба из человеческих голов. Труба превращается в змею, у нее загораются два ярких глаза. Страха при этом не испытала, было очень интересно. Больная помнит обо всем пережитом, но все вспоминается как сон – виденного так много, что «всего не перескажешь».

Определите состояние пациентки и установите синдром?

Ответ:

Описанное состояние у больной явно сновидное, грезоподобное. Образно говоря, это сновидение наяву, фантастические грезы, целиком овладевающие сознанием больной. Отрешенность от реального мира, уход в мир фантастических внутренних переживаний отражается и в поведении больной, в выражении ее лица. Последнее нужно особенно подчеркнуть, так как выявление онейроидных переживаний в остром периоде психоза часто бывает затруднительно в связи с недоступностью больных контакту. Больная была дезориентирована в месте и времени, отрешенность от реального мира здесь полная. Такой онейроид называют истинным. Необходимо обратить внимание на тот факт, что при глубоком нарушении сознания не возникает амнезии пережитого, и больная в состоянии описать свои переживания, имевшие место на высоте приступа болезни. Это онейроидный синдром.

Темы исследовательских, информационных, творческих проектов

1. Синдромологическое и клинико-нозологическое направления классификации психических заболеваний.
2. Психический дизонтогенез и его варианты (с примерами).
3. Возрастная периодизация нервно-психических нарушений у детей.
4. Страхи. Психопатологические варианты страхов у детей.
5. Психомоторные расстройства у детей раннего возраста.
6. Особенности депрессий у детей раннего возраста.
7. Патологические привычные действия у детей.
8. Нарушения поведения у детей раннего возраста.
9. Клиническая картина детских форм шизофрении.
10. Особенности течения эпилепсии в детском возрасте.
11. Значение ощущений и восприятия в процессе познания ребенком окружающей среды. Значение орального праксиса.
12. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью.
13. Расстройства памяти при различных заболеваниях: сравнительно-возрастной анализ.
14. Психические расстройства на фоне инфекционных заболеваний.
15. Психические расстройства на фоне интоксикаций.
16. Синдромы психического инфантилизма.
17. Ранний детский аутизм.
18. Синдромы уходов и бродяжничества (дромомания).

Типовые тесты

1. К сложным вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, за исключением:

а) депрессии с бредом самоуничтожения

- б) депрессии с бредом ущерба
- в) ипохондрической депрессии

2. Ориентированное сумеречное помрачение сознания отличается тем, что:

- а) оно развивается на фоне тяжелой дисфории
- б) больные в самых общих чертах знают, где они находятся и кто их окружает
- в) имеет место неполная отрешенность от окружающего

г) все варианты верны

- д) нет верного варианта

3. Депрессивное настроение у ребенка сопровождается тревогой, боязливостью, эпизодами страха с чувством угрозы, постороннего присутствия, утратой критики. Это состояние необходимо расценить как:

- а) систематизированный бред
- б) аффективно-бредовое состояние**
- в) бредоподобные фантазии

4. Абулия проявляется всем перечисленным, кроме:

а) отказ от речи (мутизм)

- б) полную безучастность и бездеятельность

- в) утраты желания

5. Конфабуляторная парафрения характеризуется:

- а) отсутствием нарушений памяти
- б) наличием симптома разматывания воспоминаний
- в) обильными фантастическими конфабуляциями
- г) все варианты верны**
- д) нет верного варианта

6. Клинический вариант гиперкинетического (гипердинамического) синдрома с двигательной расторможенностью, неустойчивостью настроения, повышенной раздражительностью, церебрастеническими и неврозоподобными расстройствами у детей нужно оценить как:

- а) энцефалопатический вариант гиперкинетического синдрома**
- б) гиперкинетический синдром при детской шизофрении
- в) конституциональный вариант гиперкинетического синдрома

7. Состояние, при котором болезненная фиксация на однообразной игре, чаще в одиночку, с длительным перевоплощением в образ игры с затруднением переключения на реальное, наблюдается у ребенка дошкольного возраста. Оно может быть определено как фантазии:

- а) здорового ребенка
- б) сверхценного характера
- в) с «игровым перевоплощением» бредоподобного характера**

8. На процессуальный характер «увлечения» подростка указывает:

- а) охваченность
- б) несоответствие возрасту
- в) вычурность**

9. Вторая стадия делирия характеризуется всем перечисленным, кроме:
- а) увеличение лабильности аффекта
 - б) кататонические расстройства**
 - в) появление устрашающих сновидений, которые путают с реальностью
10. Проявлением депрессии у подростка может быть:
- а) нарушение поведения
 - б) снижение настроения
 - в) снижение школьной успеваемости
 - г) все варианты верны**
 - д) нет верного варианта
11. Особенностью паранойяльной ипохондрии является все перечисленное, кроме:
- а) убеждения, что болезнь развилась в результате воздействия гипноза и т.д.**
 - б) проявления кверулянтской активности при попытке переубеждения
 - в) наличия системы доказательств заболевания
12. Парафренный синдром проявляется всем перечисленным, кроме:
- а) склонности к расширению бреда, вариантам, обогащению новыми фактами
 - б) очевидности для больных, неоспоримости их утверждений
 - в) правдоподобности высказываний**
13. Импульсивные влечения проявляются всем перечисленным, за исключением:
- а) влечений, подчиняющих себе поведение больного
 - б) острых, время от времени возникающих стремлений, овладевающих рассудком
 - в) бессмысленных двигательных возбуждений**
14. Конфабуляции представляют собой все перечисленное, кроме:
- а) обыденные, часто связанные с профессией события, замещающие пробел в воспоминаниях больного
 - б) сделанные воспоминания**
 - в) ложные воспоминания
15. Недоброжелательное отношение или даже ненависть к близким людям при отсутствии с их стороны отрицательного отношения к ребенку следует расценить как:
- а) бредовую антипатию к близким людям**
 - б) возрастные особенности здорового ребенка
 - в) сверхценную антипатию
16. Повторное произвольное выделение кала (обычно в небольших количествах в виде пачканья белья) с получением при этом определенного удовольствия у детей:
- а) патологическая привычка
 - б) перверзное сексуальное влечение в виде энкопреза**
 - в) невротический энкопрез
17. В пубертатном возрасте преобладают такие сверхценные образования как сверхценные отношения, сверхценные увлечения, привязанности, неприязнь, ненависть, чувство собственной изгойности, что объясняется:
- а) преобладанием сверхценного аффекта, вуалирующего собственно**

сверхценную идею

- б) отсутствием интерпретативного компонента в сверхценном образовании подросткового возраста
 - в) всеми перечисленными особенностями сверхценных образований в подростковом возрасте
18. Для висцеральных галлюцинаций характерно все перечисленное, за исключением:
- а) ощущения присутствия в теле живых существ
 - б) наличия беспредметных, необычных, тягостных ощущений в разных местах**
 - в) возможности точного описания своих ощущений
19. Зрительные псевдогаллюцинации характеризуются всем перечисленным, за исключением:
- а) наличия вызываемых, показываемых видений, картин
 - б) возникновения при нарушениях сознания**
 - в) бесформенности или отчетливой формы
20. К возможным причинам психического дизонтогенеза относится:
- а) экзогенно-органические факторы
 - б) разнообразные сочетания тех и других**
 - в) генетические факторы
21. Бред инсценировки характеризуется следующим восприятием:
- а) под видом родных приходят незнакомые, а в посторонних узнают родных
 - б) вокруг идет как бы инсценировка, разыгрывается спектакль
 - в) вокруг все изменяется, перемещается, изменяются лица окружающих
 - г) все варианты верны**
 - д) нет верного варианта
22. Острый галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется:
- а) аффектом страха, тревоги, растерянностью, преходящими кататоническими расстройствами
 - б) отсутствием тенденции к систематизации бредовых расстройств
 - в) большой чувственностью бредовых расстройств
 - г) все варианты верны**
 - д) нет верного варианта
23. Недоразвитие отдельных психических функций и форм познавательной деятельности — речи, счетных операций, пространственной ориентации можно отнести к:
- а) дизонтогенезу по типу парциальной ретардации**
 - б) асинхронии психического развития
 - в) общей (тотальной) ретардации
24. Очерченные психопатологические расстройства характерны для:
- а) детей
 - б) подростков
 - в) взрослых**

25. Бред отношения у ребенка сформировался по типу логического, интерпретативного бреда, но отличается малым размахом, бедностью содержания. Такой паранойяльный бред встречается в:
- а) подростковом возрасте
 - б) младшем возрасте**
 - в) среднем возрасте
26. Для резидуального бреда характерно все перечисленное, за исключением:
- а) сохранения после исчезновения всех других проявлений психоза
 - б) обязательности сосуществования с изменениями личности**
 - в) сохранения при нормализации всего психического состояния, кроме бредового содержания
27. Апатический (адинамический, аспонтанный) ступор проявляется всем перечисленным, за исключением:
- а) ложных воспоминаний**
 - б) полной бездеятельности
 - в) утраты воспоминаний об этом состоянии
28. Психомоторный уровень преимущественного нервно-психического реагирования по Ковалеву характерен для детей в возрасте:
- а) 4 — 7 лет**
 - б) 0 — 3 года
 - в) 11 — 17 лет
29. Интерпретативный бред (бред толкования) характеризуется всем перечисленным, за исключением:
- а) нарушения чувственного познания окружающего мира**
 - б) построения системы бреда на цепи доказательств, обнаруживающих субъективную логику
 - в) нарушения абстрактного познания действительности
30. Наиболее вероятной динамикой проявлений невропатии при усилении психических, в особенности личностных, компонентов является формирование:
- а) психопатии тормозного типа**
 - б) истерической психопатии
 - в) психопатии возбудимого типа
31. Клиническая дисциплина, изучающая распространение, клинику, диагностику и лечение психических заболеваний, их этиологию, патогенез, организацию психиатрической помощи, социальные аспекты - это:
- а психодиагностика
 - б психология
 - в психопатология
 - г психиатрия**
32. Редукция части позитивной симптоматики при сохранении негативной имеет название:
- интермиссия
 - а ремиссия**

б исход
в глубокий дефект

33. Вымыслы, которые заполняют провалы памяти больного, это:

- а псевдореминисценции**
- б криптомнезии
- в эхомнезии
- г конфабуляции

34. Как называется патология, которую сопровождает искаженное по внешнему виду (происходит искажение восприятия по существу) зрительное восприятие величины, формы, увеличение количества и пространственного расположения реальных предметов?

- а дереализация
- б сенестопатия
- в метаморфопсия**
- г гипестезия

35. Укажите, какие выделяют группы психических заболеваний по этиологической принадлежности:

- а экзогенные**
- б энтрогенные
- в психогенные**
- г эндогенные**

36. Как называется наиболее глубокая степень помрачения сознания, характеризующаяся полной дезориентировкой во времени, месте и собственной личности?

- а непароксизмальные помрачения сознания
- б онейроидное (сновидное) помрачение сознания
- в непароксизмальные выключения сознания
- г аментивное помрачение сознания**

37. Согласно подходу, предложенному К. Леонгардом и А. Е. Личко выделяют следующие типы личностей:

- а шизоидный**
- б лабильный**
- в гипертимный**
- г циклоидный**

38. Укажите, какие бывают галлюцинации с завершенной предметностью:

- а вербальные
- б тактильные**
- в кинестетические**
- г зрительные**

39. На каком этапе развития психического заболевания проявляется наличие неспецифических, непсихотических общесоматических, вегетативных, неврозоподобных, психопатоподобных или аффективных расстройств с трудно выявляемой их нозологической предпочтительностью?

- а исход
- б инициальный период**
- в этап развернутой клинической картины
- г дебют болезни

40. Болезни, при которых этиологический фактор относится к внешней среде, входят в группу:

- а эндогенных
- б экзогенных**
- в психогенных
- г энтрогенных

41. Укажите общие требования к клиническому мышлению:

- а гибкость**
- б концентрированность**
- в творческий подход**
- г объективность**

42. В общем случае видоизменение клиники психических заболеваний любого характера называется:

- а интранозоморфоз
- б патометаморфоз
- в интерпатоморфоз
- г патоморфоз**

43. Единичный, частный признак нарушения функций организма в общем клиническом проявлении психического заболевания, неблагополучия в психической сфере человека - это:

- а синдромокинез
- б симптом**
- в синдромогенез
- г синдромотаксис

44. Что представляет собой психологическое образование, заключающее в себе закрепившиеся в процессе жизни эмоциональные отношения человека к типичным жизненным ситуациям и стереотипы когнитивных и поведенческих схем реагирования на эти ситуации?

- а характер**
- б темперамент
- в задатки
- г менталитет

45. Какая патология проявляется при невротических и депрессивных синдромах, а также бредовых (паранояльный, параноидный, парафренный, аффективно- бредовые), онейроидных и психоорганических синдромах?

- а гиперестезия
- б гипестезия
- в анестезия
- г сенестопатия**

46. Как называется выключение сознания, характеризующееся полной дезориентировкой, утратой даже слабых дифференцированных ориентировочных реакций, в том числе на болевые раздражители (при этом в ответ возникают недифференцированные двигательные и мимические реакции)?

- а сопор**
- б кома
- в аменция

г амнезия

47. Какой тип течения психических заболеваний характеризуется чередованием психотических состояний длительностью от нескольких недель до нескольких месяцев и “светлых промежутков” от нескольких месяцев до нескольких лет?

а течение по типу реакции

б течение по типу развития

в процессуальный

г циркулярный

48. Как называется прием, при котором психиатр предлагает пациенту оценить собственные болезненные ощущения так, как если бы они наблюдались не у него самого, а у другого?

а прием "зеркало"

б прием "отражение"

в прием “воображаемого двойника”

г прием “обобщенного двойника”

49. Как называются искаженные, извращенные воспоминания?

а эхомнезия

б парамнезия

в псевдореминисценция

г криптомнезия

50. Болезни, при которых этиологический фактор относится к внешней среде, входят в группу:

а психогенных

б экзогенных

в эндогенных

г энтрогенных

51. Как называются природные предпосылки развития человека, сутью которых являются врожденные индивидуально-психологические свойства, связанные с морфологическими и функциональными особенностями головного мозга и органов чувств?

а темперамент

б задатки

в способности

г характер

52. Изменение клиники заболеваний вследствие применения актуальных методов лечения - это:

а интрасиндромальный патоморфоз

б патометаморфоз

в интерпатоморфоз

г интранозоморфоз

53. Характеристика индивида со стороны нервно- динамических особенностей его психической деятельности называется:

а задатки

б личность

в темперамент

г характер

54. Экстралингвистические средства передачи информации включают в себя:

а жесты

б речь

в паузы

г плач

54. Отличительной особенностью какого типа личности является крайняя изменчивость настроения? Для представителя этого типа личности самые незначительные события окружающей жизни оказывают существенное влияние.

а гипертимный

б лабильный

в астено-невротический

г неустойчивый

55. При каком клиническом варианте психопатических состояний ведущими свойствами личности выступают быстрая истощаемость, утомляемость, вялость, нерешительность, сензитивность, эмоциональная лабильность со склонностью к депрессивным формам реагирования?

а возбудимый

б паранойяльный

в психастенический

г астенический

56. Главной особенностью какого типа личности является склонность к возникновению периодов злобно-тоскливого настроения?

психастенический

а эпилептоидный

б лабильный

в сензитивный

57. Как называют патологию, при которой наблюдается понижение восприимчивости к внешним раздражениям, когда окружающий мир, отдельные предметы и свойства теряют яркость, красочность, сочность, отчетливость индивидуальность?

а гипестезия

б сенестопатия

в гиперестезия

г анестезия

58. Диагностику составляют несколько основных, неразрывно связанных друг с другом аспекта распознавания болезни. Укажите какие:

а логический

б структурный

в технический

г семиотический

59. На каком этапе развития психического заболевания проявляется наличие неспецифических, непсихотических общесоматических, вегетативных, неврозоподобных, психопатоподобных или аффективных расстройств с трудно выявляемой их нозологической предпочтительностью?

дебют болезни

этап развернутой клинической картины

а исход

б инициальный период

60. Как называется изменение клиники определенной болезни в пределах свойственных ей синдромов, соотношения между формами течения болезни?

а патометаморфоз

б интерпатоморфоз

в интранозоморфоз

г интрасиндромальный патоморфоз

61. Укажите, какие бывают галлюцинации с завершенной предметностью:

а кинестетические

б тактильные

в вербальные

г зрительные

62. К какому типу относятся галлюцинации, при которых человек “видит” свои внутренние органы?

а зрительные

б кинестетические

в висцеральные

г тактильные

63. Диагностику составляют несколько основных, неразрывно связанных друг с другом аспекта распознавания болезни. Укажите какие:

а семиотический

б технический

в структурный

г логический

64. Как называют обманы памяти, при которых имевшие место в жизни пациента события, факты, переживания предстают удвоенными, утроенными в воспоминаниях больного, нередко разбросанные во времени?

а эхомнезия

б парамнезия

в псевдореминисценция

г криптомнезия

65. Стратегия установления межличностных отношений, при которых происходит столкновение противоположно направленных целей, установок и поведения субъектов взаимодействия, имеет название:

а конкуренция

б содружество

в конфликт

г диалог

66. Сквозными психическими расстройствами при черепно-мозговой травме являются:

а) общемозговые;

б) сумеречные;

в) астенические

г) бредовые;

д) психоорганические.

67. Астенический синдром характеризуется все перечисленным, кроме:

а) физической истощаемости;

б) психической истощаемости;

- в) **фиксационной амнезии;**
- г) аффективной лабильности;
- д) нарушения сна.

68 *Навязчивые сомнения характеризуются всем перечисленным, исключая:*

- а) назойливую неуверенность в правильности и законченности совершенных действий;
- б) сомнения в правильности и точности исполнения;
- в) стремления проводить перепроверки;
- г) успокоения больного многократными проверками;
- д) **возможностью продолжать проверки до бесконечности.**

69. *Наиболее часто встречающимся травматическим психозом острого периода является:*

- а) **сумеречное состояние сознания;**
- б) делирий;
- в) онейроид;
- г) Корсаковский психоз.

70. *Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме:*

- а) расстройства самосознания личности;
- б) **нарушения сознания;**
- в) чувства изменения, утраты или раздвоения своего «Я»;
- г) расстройства самосознания витальности и активности;
- д) расстройства самосознания целостности.

71 *Сенестопатии характеризуются перечисленным:*

- а) **разнообразными крайне мучительными, тягостными ощущениями в различных частях тела;**
- б) **необычностью, вычурностью ощущений;**
- в) отсутствием констатируемых соматическими методами исследований причин;
- г) **частыми сочетаниями с ипохондрическими расстройствами;**
- д) искажением формы и величины своего тела.

72. *Истерический припадок проявляется всем перечисленным, кроме:*

- а) припадка с клонической и тонической фазой;
- б) разнообразных сложных, выразительных движений;
- в) сужения сознания;
- г) психогенной обусловленности;
- д) **усиления и затягивания припадка при скоплении людей вокруг.**

73. *Эпилепсия относится к:*

- а) эндогенным заболеваниям;
- б) **эндогенно-органическим заболеваниям;**
- в) экзогенным заболеваниям;
- г) экзогенно-органическим заболеваниям.

74. *Для больных эпилепсией характерна:*

- а) **вязкость, обстоятельность мышления;**
- б) резонерство и разноплановость суждений;
- в) разорванность мышления;
- г) ускорение темпа мышления.

75. *Гипестезия – это:*

- а) обостренное, усиленное чувственное восприятие;
- б) появление одновременно с ощущением в одном анализаторе одновременно в других;
- в) понижение чувствительности к внешним раздражителям.**

76. *Гиперестезия – это:*

- а) обостренное, усиленное чувственное восприятие;
- б) патологическое ощущение в различных частях тела и во внутренних органах;**
- в) расстройство чувства боли.

77. *Иллюзия – это:*

- а) ошибочное восприятие реально существующих предметов и явлений;**
- б) ошибочное восприятие несуществующих предметов и явлений;
- в) патологические ощущения.

78. *Эпилептический статус – это:*

- а) психическое состояние больного эпилепсией;
- б) серия непрерывно следующих один за другим припадков;**
- в) состояние больного во время припадка.

79. *В настоящее время основной классификацией психических заболеваний в нашей стране считается:*

- а) этиопатогенетическая классификация болезней;
- б) классификация DSM-IV;
- в) клиническая классификация заболеваний;
- г) классификация МКБ-10;**
- д) классификация МКБ-9.

80. *Для эндогенных психических заболеваний характерно:*

- а) Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;
- б) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;**
- в) наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;
- г) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

81. *Для экзогенных психических заболеваний характерно:*

- а) наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;
- б) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;
- в) наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;
- г) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.**

82. *Для эндогенно-органических психических заболеваний характерно:*

- а) наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;
- б) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;
- в) наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие**

этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;

г) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

83. Для экзогенно-органических психических заболеваний характерно:

а) наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;

б) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;

в) наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия;

г) отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

84. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к эндогенным?

а) олигофрении;

б) наркомании;

в) маниакально-депрессивный психоз;

г) реактивные психозы;

д) шизофрению;

е) эпилепсию;

ж) алкоголизм;

з) психопатии;

и) невротические состояния.

85. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к экзогенным?

а) олигофрении;

б) наркомании;

в) маниакально-депрессивный психоз;

г) реактивные психозы;

д) шизофрению;

е) эпилепсию;

ж) алкоголизм;

з) психопатии;

и) невротические состояния.

86. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к психогенным?

а) олигофрении;

б) наркомании;

в) маниакально-депрессивный психоз;

г) реактивные психозы;

д) шизофрению;

е) эпилепсию;

ж) алкоголизм;

з) психопатии;

и) невротические состояния.

87. Какое из перечисленных заболеваний принято относить к эндогенно-органическим?

а) олигофрении;

б) наркомании;

в) маниакально-депрессивный психоз;

г) реактивные психозы;

д) шизофрению;

е) эпилепсию;

ж) алкоголизм;

з) психопатии;

и) невротические состояния.

88. Психиатрическая помощь в РФ осуществляется преимущественно

1) добровольно

2) по просьбе родственников больного

3) по требованию органов правопорядка

4) по решению суда

5) по требованию органов опеки и попечительства

89 психиатрическое освидетельствование и госпитализация взрослого больного в недобровольном порядке

1) невозможны

2) разрешены при наличии согласия ближайших родственников

3) допустимы при согласии органов опеки и попечительства

4) допустимы при наличии социальной опасности больного

5) разрешены по требованию органов правопорядка

90. Госпитализация психически больных производится в недобровольном порядке

1) при наличии сопутствующей соматической патологии

2) по заявлению родственников

3) в случае беспомощности больного, невозможности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности

4) по заявлению органов правопорядка

5) в случае, если больной является инвалидом по психическому заболеванию

91. Госпитализация психически больных производится в недобровольном порядке

1) при его непосредственной опасности для себя или окружающих

2) по заявлению соседей

3) по заявлению органов правопорядка

4) при его недееспособности

5) при наличии инвалидности по психическому заболеванию

92 госпитализация психически больных производится в недобровольном порядке

1) при совершении им общественно опасного деяния

2) при невменяемости больного

3) при наличии тяжелой соматической патологии

4) в случае, если без психиатрической помощи будет нанесен существенный вред здоровью больного вследствие ухудшения его психического состояния

5) при отказе от добровольного лечения

93. При наличии показаний к недобровольной госпитализации больной должен быть осмотрен комиссией врачей-психиатров в течение

1) 2 часов

2) 12 часов

3) 24 часов

4) 48 часов

5) 72 часов

94. Разрешение на недобровольное содержание больного в психиатрическом стационаре дает

1) лечащий врач

2) главный врач больницы

3) представитель местной исполнительной власти

4) прокурор

5) суд

95. Экспертиза нетрудоспособности определяет

1) годность к военной службе

2) наличие инвалидности

3) наличие невменяемости

4) наличие недееспособности

5) показания к недобровольной госпитализации

96. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе назначается для решения вопроса

1) о признании недействительной сделки, совершенной недееспособным лицом

2) о признании брака недействительным

3) о назначении опеки над недееспособным лицом

4) о вменяемости и невменяемости лиц в момент совершения деликта

5) о лишении родительских прав

97. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе назначается для решения вопроса

1) о гражданской недееспособности лиц и назначении над ними опеки

2) об ответственности лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения

3) об освобождении от наказания в связи с болезнью

4) о назначении принудительных мер медицинского характера

5) об ответственности лиц, совершивших преступление в связи с болезненным психическим состоянием

98. Судебно-психиатрическая экспертиза проводится

1) по постановлению следователя, прокурора и суда

2) по заявлению органов правопорядка

3) по решению психиатра

4) по заявлению потерпевшего

5) по решению органов опеки и попечительства

99. Невменяемость – это

1) состояние, при котором человек не может осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие болезненного состояния психики

2) наличие хронического психического заболевания

3) наличие слабоумия

4) неспособность отвечать за свои поступки

5) состояние опьянения, при котором человек не может осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия)

100. Понятие «невменяемость» включает критерии

1) медицинский и юридический

2) медицинский и психологический

3) юридический и психологический

4) психиатрический и юридический

5) медицинский и социальный

Типовые задания к интерактивным занятиям:

Тема: Психопатология как наука. История развития данной области знаний.

Перечень вопросов для сравнительного анализа в форме обсуждения:

1. Понятие нормы и здоровья в психопатологии.
2. Определение психического расстройства.
3. Клинико-психопатологический метод изучения расстройств в психической деятельности.
4. Борьба материалистического и идеалистического мировоззрений в психопатологии.
5. Развитие теории гипноза.
6. Описательная и аналитическая тенденции в психопатологии.

7. Психосоматический подход в психопатологии.
8. Нозологическая систематика Крепелина.
9. Структура нозологической единицы. Нозология. Диагноз.
10. Психофизиологические основы детской психопатологии.

Тема: Этиология и патогенез психических расстройств.

Перечень вопросов для сравнительного анализа в форме обсуждения:

1. Современные нозологические классификации психических расстройств.
2. Классификация психических и поведенческих расстройств.
3. Общие вопросы этиологии и патогенеза психических заболеваний у детей и подростков.
4. Современные представления о роли наследственности и среды в развитии психических заболеваний.
5. Возрастные уровни нервно-психического реагирования в условиях патологии.
6. Общие представления о психическом дизонтогенезе, его варианты.

Тема: Симптомы психических расстройств. Психопатологические синдромы.

Перечень вопросов для сравнительного анализа в форме обсуждения:

1. Современные классификации симптомов и синдромов.
2. Основные депрессивные синдромы.
3. Психосенсорные расстройства.
4. Расстройства памяти. Патофизиологические и компенсаторные механизмы памяти.
5. Расстройства внимания. Патофизиологические механизмы расстройства внимания.
6. Расстройства мышления. Расстройства темпа. Резонерство. Персеверации. Навязчивые мысли. Бред.
7. Психопатологические синдромы, наблюдающиеся преимущественно в детском возрасте. Причины возникновения, формы проявления, динамика развития.
8. Психопатологические синдромы, наблюдающиеся преимущественно у подростков. Причины возникновения, формы проявления, динамика развития.
9. Синдромы невротического уровня (невротические и невротоподобные).
10. Психопатические и психопатоподобные синдромы.
11. Синдром помраченного сознания и нарушения самосознания.

Тема: Психические расстройства при соматических заболеваниях, нейроинфекциях, интоксикации, травмах черепа. Психические болезни. Социальная реабилитация психически больных.

Перечень вопросов для сравнительного анализа в форме обсуждения:

1. Психосоматические нарушения и значение возрастного фактора в возникновении.
2. Особенности течения инфекционных психозов в детском возрасте.
3. Пищевые, бытовые и промышленные интоксикации. Токсикомания. Наркомания. Алкоголизм.
4. Ближайшие и отдаленные последствия черепно-мозговой травмы.
5. Особенности психических нарушений у детей с ДЦП. Основные направления работы с детьми, перенесшими травмы черепа.
6. Эпидемиология и этиопатогенез эпилепсии.
7. Эпидемиология и этиопатогенез шизофрении.
8. Маниакально-депрессивный психоз.
9. Современные взгляды на этиологию и природу психопатий.
10. Акцентуация личности. Патохарактерологические особенности у детей и подростков.
11. Социальная реабилитация психически больных.

12. Психосоциальные методы реабилитации детей с отклонениями в развитии.

Типовые проблемные задачи

1. Психические расстройства при заболеваниях сердца, почек, пищеварительного тракта, эндокринной системы. Психические нарушения при раке и в послеродовом периоде.
2. Психические расстройства при опухолях головного мозга.
3. Психические расстройства вследствие сосудистых заболеваний головного мозга.
4. Психические расстройства позднего возраста (инволюционные психозы, болезнь Паркинсона).

Типовые ситуационные задачи

1. Психиатр и психолог: сфера взаимодействия.
2. Методы патопсихологической и нейропсихологической диагностики.
3. Никотин (механизм действия, клинические проявления и медицинские последствия употребления никотина, лечение). Пассивное курение. Летучие вещества. Кокаин, марихуана, опиаты (эпидемиология, фармакология, клиническое проявление интоксикации, медицинские последствия употребления, лечение).
4. Стимулирующие средства. Амфетамины и кофеин. Галлюциногены и фенциклидин (эпидемиология, фармакология, клиническое проявление интоксикации, последствия применения, лечение).

5. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания индикаторов достижения компетенций.

Специфика формирования компетенций и их измерение определяется структурированием информации о состоянии уровня подготовки обучающихся.

Алгоритмы отбора и конструирования заданий для оценки достижений в предметной области, техника конструирования заданий, способы организации и проведения стандартизированных оценочных процедур, методика шкалирования и методы обработки и интерпретации результатов оценивания позволяют обучающимся освоить компетентностно-ориентированные программы дисциплин.

Формирование компетенций осуществляется в ходе всех видов занятий, практики, а контроль их сформированности на этапе текущей и промежуточной аттестации.

Оценивание знаний, умений и навыков по учебной дисциплине осуществляется посредством использования следующих видов оценочных средств:

- опросы: устный, письменный;
- задания для практических занятий;
- ситуационные задания;
- контрольные работы;
- написание реферата;
- написание эссе;
- решение тестовых заданий.

Опросы по вынесенным на обсуждение темам

Устные опросы проводятся во время практических занятий и возможны при проведении аттестации в качестве дополнительного испытания при недостаточности результатов тестирования и решения заданий. Вопросы опроса не должны выходить за рамки объявленной для данного занятия темы. Устные опросы необходимо строить так, чтобы вовлечь в тему обсуждения максимальное количество обучающихся в группе,

проводить параллели с уже пройденным учебным материалом данной дисциплины и смежными курсами, находить удачные примеры из современной действительности, что увеличивает эффективность усвоения материала на ассоциациях.

Основные вопросы для устного опроса доводятся до сведения студентов на предыдущем практическом занятии.

Письменные опросы позволяют проверить уровень подготовки к практическому занятию всех обучающихся в группе, при этом оставляя достаточно учебного времени для иных форм педагогической деятельности в рамках данного занятия. Письменный опрос проводится без предупреждения, что стимулирует обучающихся к систематической подготовке к занятиям. Вопросы для опроса готовятся заранее, формулируются узко, дабы обучающийся имел объективную возможность полноценно его осветить за отведенное время.

Письменные опросы целесообразно применять в целях проверки усвояемости значительного объема учебного материала, например, во время проведения промежуточной аттестации, когда необходимо проверить знания обучающихся по всему курсу.

При оценке опросов анализу подлежит точность формулировок, связность изложения материала, обоснованность суждений.

Решение заданий (кейс-методы)

Решение кейс-методов осуществляется с целью проверки уровня навыков (владений) обучающегося по применению содержания основных понятий и терминов дисциплины вообще и каждой её темы в частности.

Обучающемуся объявляется условие задания, решение которого он излагает либо устно, либо письменно.

Эффективным интерактивным способом решения задания является сопоставления результатов разрешения одного задания двумя и более малыми группами обучающихся.

Задачи, требующие изучения значительного объема, необходимо относить на самостоятельную работу студентов, с непременно разбором результатов во время практических занятий. В данном случае решение ситуационных задач с глубоким обоснованием должно представляться на проверку в письменном виде.

При оценке решения заданий анализируется понимание обучающимся конкретной ситуации, правильность её понимания в соответствии с изучаемым материалом, способность обоснования выбранной точки зрения, глубина проработки рассматриваемого вопроса, умением выявить основные положения затронутого вопроса.

Решение заданий в тестовой форме

Проводится тестирование в течение изучения дисциплины

Не менее чем за 1 неделю до тестирования, преподаватель должен определить обучающимся исходные данные для подготовки к тестированию: назвать разделы (темы, вопросы), по которым будут задания в тестовой форме, теоретические источники (с точным указанием разделов, тем, статей) для подготовки.

При прохождении тестирования пользоваться конспектами лекций, учебниками, и иными материалами не разрешено.