

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ

Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Оренбургский государственный университет»

Кафедра общей психологии и психологии личности

Т.А. БОЛДЫРЕВА

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ ДНЕВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Рекомендовано к изданию Редакционно – издательским советом
государственного образовательного учреждения
высшего профессионального образования
«Оренбургский государственный университет»

Оренбург 2010

УДК 159.91 (07)

ББК 88.3я7

Б 79

Рецензент

кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии развития личности Института специальной педагогики и психологии (г. Санкт - Петербург) Л.В. Тхоржевская

Болдырева, Т.А.

Б 79 Клиническая психология: методические указания для студентов дневного отделения / Т.А. Болдырева – Оренбург: ИПК ГОУ ОГУ, 2010. – 86 с.

В методических указаниях предложены материалы, с помощью которых студент дневного отделения может успешно подготовиться к экзамену по дисциплине «Клиническая психология».

Приведены методические материалы, которые позволят студенту не только проконтролировать свои знания, но и структурировать объемный материал, освоение которого предусмотрено государственным образовательным стандартом Высшего профессионального образования.

ББК 88.3я7

I

© Болдырева Т.А., 2010

© ГОУ, ОГУ, 2010

Содержание

1	Этапы подготовки к экзамену	4
2	Глоссарий понятий курса «Клиническая психология».....	6
2.1	Глоссарий по психопатологии.....	6
2.2	Глоссарий по нейропсихологии.....	11
2.3	Глоссарий по патопсихологии.....	13
3	Вопросы для подготовки к экзамену.....	15
4	Вспомогательные материалы по подготовке к ответам на вопросы к экзамену.....	17
5	Тестовые задания для самопроверки по курсу «Клиническая психология».....	30
6	Схема анализа данных по методике СМИЛ.....	65
7	Схема анализа данных по тесту Векслера.....	67
8	Практические задания для тренировки практических навыков по курсу «Клиническая психология».....	72
8.1	Профили СМИЛ для тренировки практических навыков...	72
8.2	Результаты обследования по тесту Векслера для тренировки практических навыков	74
9	Рекомендации по выполнению самостоятельной работы.....	76
9.1	Примерные темы рефератов с комментариями.....	77
	Приложение А (справочное).....	85

1 Этапы подготовки к экзамену

Курс «Клиническая психология» является одной из ведущих областей современной психологии. Клиническая психология характеризуется тесной связью развития ее фундаментальных теоретических основ с их прикладным внедрением и активным практическим использованием в решении широкого круга задач охраны и укрепления здоровья населения. Среди других областей психологии клиническая психология является наиболее внедренной в решение разнообразных задач здравоохранения, что отражается в разных аспектах развития этой области: научно-теоретическом, прикладном, методическом, организационном. Основными целями преподавания дисциплины являются:

- Сформировать представления о структуре современной клинической психологии, ее основных категориях.
- Ознакомить студентов с прикладными аспектами деятельности практических психологов: диагностика, экспертиза, восстановление высших психических функций, психологическая коррекция, реабилитация больных людей.
- Рассмотреть возможности использования клинико-психологических исследований для решения широкого круга общепсихологических проблем.

Практическая и теоретическая значимость клинической психологии обеспечивается изменениями в состоянии здоровья населения, увеличением числа стрессогенных ситуаций, способных привести к возникновению и развитию разнообразных заболеваний. Профилактика, лечение и реабилитация людей, имеющих различные расстройства, на современном этапе развития медицины предполагает участие психолога в разрешении задач восстановления оптимального уровня социального функционирования пациента, в связи с этим основными задачами преподавания дисциплины «Клиническая психология» у студентов специальности 020400 «Психология» являются:

1. Ознакомить студентов с базисными теоретическими исследованиями клинических психологов.
2. Представить основные методы экспериментально-психологического исследования больных людей и соответствующие приемы психокоррекционной работы.
3. Раскрыть плодотворность связи развития теории и практики отечественной клинической психологии, прикладную значимость ее в разрешении практических вопросов здравоохранения.
4. Сформировать представление о сложной структурной организации клинической психологии как психологической науки и ее отличии от медицинской сферы знания.
5. Сформировать профессиональную ориентацию на необходимость опоры клинического психолога на владение профессиональными навыками в решении практических задач.

6. Сформировать устойчивую мотивацию Студенов на повышение уровня компетенции в ходе рассмотрения проблем, решаемых клинической психологией.

В результате освоения курса «Клиническая психология» у студента должны быть сформированы следующие навыки:

В области психодиагностики: осуществления качественного количественного анализа результатов исследования в связи с различными целями, формирования целей и задач программ психодиагностического исследования в связи с различными целями, владеть основами интерпретации результатов комплексного исследования, владеть основными экспериментально-психологическими методиками, применяемыми в клинической практике.

В области психологического консультирования и применения психокоррекционных методов: формировать цели и задачи психологической интервенции в связи с различными целями и задачи лечебного и реабилитационного процесса, выбор наиболее оптимальных методов психокоррекционного воздействия, реализации основных психофизиологических, психологических и психологических принципов в отдельных психокоррекционных мероприятиях.

Перечисленные выше цели и задачи требуют, таким образом, чтобы при подготовке к экзамену студент не только расширял знания, овладевал достаточным объемом тезауруса дисциплины, но и структурировал свои знания и представления, что в свою очередь становится базисом прикладного применения теоретических сведений.

Подготовка к экзамену включает соответственно следующие этапы:

1. Заучивание терминов и понятий, составляющих тезаурус дисциплины «Клиническая психология» (эти понятия представлены в глоссарии)
2. Структурирование терминологического аппарата по отношению к разделам дисциплины, представляющим самостоятельные отрасли клинической психологии: нейропсихологии, патопсихологии и психопатологии (вспомогательные материалы по подготовке к ответам на вопросы к экзамену).
3. Освоение практических навыков проведения и интерпретации психодиагностических клинических методик: СМИЛ и тест Векслера. (Схема анализа данных по тесту Векслера, практические задания для тренировки практических навыков по курсу «Клиническая психология»)
4. Выполнение самостоятельной работы (рекомендации по выполнению самостоятельной работы).

Данные методические указания направлены на помощь студенту в успешном освоении дисциплины «Клиническая психология».

2 Глоссарий понятий курса «Клиническая психология»

2.1 Глоссарий по психопатологии

1. Понятие патологического аффекта
2. Признаки патологического аффекта
3. Гиперестезия чувств
4. Понятие эмоциональной лабильности
5. Понятие эмоционального слабодушия
6. Понятие патологического ослабления эмоционального реагирования
7. Эмоциональное оскудение
8. Эмоциональная тупость
9. Апатия
10. Искажения эмоционального реагирования
11. Понятие амбивалентности
12. Понятие мании
13. Понятие эйфории
14. Понятие мори
15. Понятие дисфории
16. Понятие экстаза
17. Виды патологии инстинктов
18. Булимия
19. Анорексия
20. Полифагия
21. Понятие страха
22. Понятие агрессии
23. Понятие суицида
24. Понятие аутоагрессии
25. Понятие сатириазиса
26. Понятие нимфомании
27. Понятие импотенции
28. Понятие фригидности
29. Понятие парафилии
30. Понятие транссексуализма
31. Понятие фетишизма
32. Понятие эксгибиционизма
33. Понятие вуайеризма
34. Понятие педофилии
35. Понятие садомазохизма
36. Понятие гомосексуализма
37. Гипербулия
38. Гипобулия
39. Абулия
40. Парабулия

41. Негативизм
42. Пассивный негативизм
43. Активный негативизм
44. Речевой негативизм
45. Понятие пассивной подчиняемости
46. Понятие каталепсии
47. Эхолоалия
48. Эхопраксия
49. Эхомимия
50. Стереотипии
51. Понятие кататонического ступора
52. Понятие кататонического возбуждения
53. Обсессивное влечение
54. Компульсивное влечение
55. Импульсивное влечение
56. Отличие обсессивного влечения от компульсивного
57. Отличие компульсивного влечения от импульсивных поступков
58. Дипсомания
59. Дромомания
60. Пиромания
61. Клептомания
62. Виды нарушений памяти
63. Понятие гипермнезии
64. Понятие гипомнезии
65. Понятие амнезии
66. Виды амнезии
67. Диффузные амнезии
68. Прогрессирующая амнезия Рибо
69. Старческий амнестический делирий
70. Аффектогенная амнезия
71. Антероградная амнезия
72. Ретроградная амнезия
73. Фиксационная амнезия
74. Амнестическая ориентировка
75. Амнезия периодическая
76. Амнезия ретардированная
77. Конфабуляции
78. Конфабуляции бредовые
79. Конфабуляции галлюцинаторные
80. Конфабуляции мнемонические
81. Конфабуляции экмнестические
82. Псевдореминисценции
83. Криптомнезии
84. Переживание «уже виденного» и «уже слышанного»
85. Гиперестезия

86. Гипестезия
87. Гипералгезия
88. Гиперпатия
89. Анестезия
90. Парестезия
91. Сенестопатия
92. Виды патологии восприятия
93. Метаморфопсии
94. Аутометаморфопсии
95. Нарушения восприятия времени
96. Аллопсихическая деперсонализация
97. Аутопсихическая деперсонализация
98. Соматопсихическая деперсонализация
99. Понятие иллюзий
100. Понятие галлюцинаций
101. Отличие иллюзий от галлюцинаций
102. Физиологические иллюзии
103. Патологические иллюзии
104. Аффективные иллюзии
105. Вербальные иллюзии
106. Парейдолические иллюзии
107. Виды галлюцинаций
108. Истинные галлюцинации
109. Псевдогаллюцинации
110. Отличие истинных галлюцинаций от псевдогаллюцинаций
111. Слуховые галлюцинации
112. Виды зрительных галлюцинаций
113. Фотопсии
114. Предметные галлюцинации
115. Зоопсии
116. Антропоморфные галлюцинации
117. Микропсихические галлюцинации
118. Макропсихические галлюцинации
119. Тактильные галлюцинации
120. Термические галлюцинации
121. Гигирические галлюцинации
122. Гапатические галлюцинации
123. висцеральные галлюцинации
124. Интроцептивные галлюцинации
125. Индуцированные галлюцинации
126. Обонятельные галлюцинации
127. Вкусовые галлюцинации
128. Понятие усиленного активного внимания
129. Понятие замедленности переключения
130. Повышенная отвлекаемость внимания

131. Рассеянность внимания
132. Нарушения распределения внимания
133. Понятие синдрома дефицита внимания, основные признаки
134. Ускорение мышления
135. Замедленное мышление
136. Атактическое мышление
137. Бессвязное мышление
138. Патологически обстоятельное мышление
139. Понятие шизоафазии
140. Аментивное мышление
141. Астеническое мышление
142. Количественные нарушения мышления
143. Качественные нарушения мышления
144. Виды продукции патологии мышления
145. Навязчивые идеи
146. Сверхценные идеи
147. Бредовые идеи
148. Отличие навязчивых от сверхценных идей
149. Отличие сверхценных идей от бредовых идей
150. Критерии выделения видов бредовых идей
151. Понятие персекуторного бреда
152. Понятие депрессивного бреда
153. Бредовые идеи величия
154. Понятие систематизированного бреда
155. Понятие несистематизированного бреда
156. Понятие первичного бреда
157. Понятие вторичного бреда
158. Кататимный бред
159. Голотимный бред
160. Индуцированный бред
161. Резидуальный бред
162. Конфабуляторный бред
163. Бредовое настроение
164. Бредовое восприятие
165. Бредовое толкование
166. Кристаллизация бреда
167. Обратное развитие бреда
168. Виды нарушений операционной стороны мышления
169. Снижение уровня обобщения
170. Искажение процесса обобщения
171. Виды нарушений динамики мыслительной деятельности
172. Непоследовательность суждений
173. Лабильность суждений
174. Понятие «откликаемости»
175. Понятие инертности мышления

176. Виды нарушений мотивационного компонента мышления
177. Понятие разноплановости мышления
178. Понятие резонерства
179. Нарушение критичности мышления
180. Компульсивные действия
181. Навязчивые действия
182. Импульсивные действия
183. Насильственные действия
184. Отличие компульсивных от навязчивых действия
185. Отличие компульсивных от импульсивных действий
186. Отличие компульсивных от насильственных действий
187. Отличие компульсивных от навязчивых действий
188. Понятие гипокинезии
189. Понятие гиперкинезии
190. Понятие гипомимии
191. Понятие мутизма
192. Понятие меланхолического раптуса
193. Понятие ажитации
194. Понятие маниакальной гиперкинезии
195. Понятие галлюцинаторной гиперкинезии
196. Понятие бредовой гиперкинезии
197. Понятие паракинезий
198. Понятие гипотимии
199. Понятие гипертимии
200. Понятие депрессии
201. Понятие биполярного аффективного расстройства
202. Понятие эйфорического настроения
203. Понятие мании в структуре расстройств настроения
204. Понятие речевых стереотипий
205. Признаки нарушения сознания.
206. Виды нарушений мышления в структуре нарушения сознания.
207. Понятие оглушенного состояния сознания
208. Понятие обнубиляции
209. Понятие сопора
210. Понятие комы
211. Понятие делириозного нарушения сознания
212. Понятие галлюцинаторной готовности
213. Абортивный делирий
214. Мусситирующий делирий
215. Онейроидное состояние сознания
216. Амнезия в структуре онейроида
217. Сумеречное состояние сознания
218. Амнезия в структуре сумеречного состояния сознания
219. Понятие сомнабулизма
220. Понятие фуги и транса

221. Аменция
222. Виды нарушений мышления в структуре аментивного синдрома
223. Вида нарушений речи в структуре аменции
224. Нарушение самооценки в структуре расстройств самооценки
225. Понятие нарушения произвольности
226. Расстройство осознания единства
227. Нарушение осознания единства
228. Нарушение осознания идентичности
229. Нарушение самосознания витальности
230. Изменение границ самосознания
231. Расстройство осознания непроницаемости
232. Изменение стабильности «Я» во времени и пространстве
233. Пониженная самооценка
234. Повышенная самооценка
235. Диссоциированная самооценка
236. Парадоксальная самооценка
237. «Продуктивная» самооценка
238. Тотальное нарушение самооценки
239. Понятие деперсонализации

Рекомендуемая литература:

1. Клиническая психология [Текст] : учебник для для вузов / под ред. Б. Д. Карвасарского.- 2-е изд., стер. - СПб.2006. - 960 с. - (Национальная медицинская библиотека). - Библиогр.: с. 957-959. - ISBN 5-469-01004-X.
2. Мариллов, В.В. Общая психопатология: учеб. пособие для вузов / В.В. Мариллов. - М. : Академия, 2002. - 224с. - (Высш. образование). - ISBN 5-7695-0838-8.
3. Хомская, Е. Д. Нейропсихология [Текст] / Е. Д. Хомская.- 4-е изд. - М. : Питер, 2005. - 496 с. - (Классический университетский учебник / ред. совет серии В. А. Садовничий [и др.]). - Библиогр.: с. 475-496. - ISBN 5-469-00620-4.
4. Клиническая психология [Текст] / под ред. М. Пере, У. Баумана. – СПб.: Питер, 2002. – 1312 с. ISBN 5-314-00148-9

2.2 Глоссарий по нейропсихологии

1. Высшая психическая функция
2. Прижизненность формирования высшей психической функции
3. Опосредованность высшей психической функции
4. Произвольность как характеристика высшей психической функции
5. Функции коры головного мозга
6. Функции базальных ядер коры полушарий большого мозга
7. Функции гиппокампа

8. Функции гипофиза
9. Функции гипоталамуса
10. Функции поясной извилины
11. Функции миндалевидного ядра
12. Функции ретикулярной
13. Концепция структурно-системной организации мозга
14. Проекционные системы мозга
15. Ассоциативные системы мозга
16. Интегративно-пусковые системы мозга
17. Лимбико-ретикулярные системы мозга
18. Изменчивость мозговых систем
19. Инвариантный, генетически детерминированный принцип строения и деятельности головного мозга
20. Подвижный, вероятностно-детерминированный принцип строения и деятельности головного мозга
21. Принцип иерархической соподчиненности различных систем мозга?
22. Принцип многоуровневого взаимодействия вертикально организованных (подкорково-корковых) и горизонтально организованных (корково-корковых) структур и деятельности мозга
23. Системная локализация ВПФ
24. Динамическая локализация ВПФ
25. Нейропсихологический симптом
26. Первичный психологический симптом
27. Вторичный психологический симптом
28. Нейропсихологический фактор
29. Нейропсихологический синдром
30. Функциональная система
31. Понятие нормы функции
32. Функциональная специфичность больших полушарий
33. Межполушарное взаимодействие
34. Предметная агнозия
35. Лицевая агнозия
36. Оптико-пространственная агнозия
37. Апраксия одевания
38. Апрактоагнозия
39. Буквенная агнозия
40. Цветовая агнозия
41. Симультанная агнозия
42. Синдром Балинта
43. Анозогнозия
44. Односторонняя зрительно-пространственная агнозия
45. Пседвоагнозии
46. Истинные агнозии
47. Таламический синдром
48. Синдром Дежерина

49. Нижнетеменной синдром
50. Верхнетеменной синдром
51. Астереогноз
52. Тактильные агнозии
53. Соматоагнозии
54. Рекурмент
55. Слуховые обманы
56. Акустическая агнозия
57. Амузия
58. Нарушения интонационной стороны речи
59. Идеаторная апраксия
60. Кинестетическая апраксия
61. Идеомоторная апраксия
62. Регуляторная апраксия
63. Префронтальная апраксия
64. Признаки поражения конвекситальных отделов коры лобных долей
65. Псевдоамнезии
66. Эфферентная (моторная) афазия
67. Динамическая афазия
68. Афферентная (артикуляторная) афазия
69. Акустико-гностическая сенсорная (сенсорно – акустическая) афазия
70. Акустико-мнестическая (сенсорно-амнестическая) афазия
71. Синдром нарушения пространственных синтезов
72. «Откликаемость»
73. Полевой поведение
74. Синдром «расщепленного мозга»
75. Синдром аномии
76. Синдром «дископии - дисграфии»

Рекомендуемая литература:

1. Бизюк, А. П. [Текст] Нейропсихология./А.П. Бизюк – СПб, «Речь», 2004. ISBN: 5-9268-0388-8
2. Корсакова, Н. К. [Текст] Клиническая нейропсихология: учеб. пособие; Учеб. пособие / Н.К. Корсакова, Л.И. Московичюте - М. : Изд-во МГУ, 1988. - 89 с.; 22 см ISBN ISBN 5-211-00508-2

2.3 Глоссарий по патопсихологии

Акцентуированная личность
Алекситимия
Болезнь Альцгеймера
Внутренняя картина болезни
Деменция
Депрессия

Диагноз
Зона ближайшего развития
Импунитивные реакции
Интропутивныe реакции
Локус контроля
Нарушения памяти
Патопсихологический синдром
Психогенные реакции
Психосоматические болезни
Регистр-синдром
Слабоумие
Соскальзывания
Типы личности больных
Фрустрация
Экстрапунитивне реакции

Рекомендуемая литература:

1. Блейхер, В.М. [Текст] Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2006. – 624 с. ISBN 5-89502-640-0 (МПСИ), ISBN 5-89395-627-3 (НПО «МОДЭК»)
2. Клиническая психология. Словарь / под ред. Твороговой // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в шести томах. / Ред- сост. Л.А. Карпенко; под общ. ред. А.В. Петровского. – М.:ПЭР СЭ, 2006. – 416 с. ISBN 978-5-9292-0163-9

3 Вопросы для подготовки к экзамену

1. Клиническая психология как наука.
2. Соотношение понятий нормы и патологии в клинической психологии.
3. История становления клинической психологии.
4. Нейропсихология: предмет, цели и задачи, место в структуре современного научного знания.
5. Патопсихология: предмет, цели и задачи, место в структуре современного научного знания.
6. Методологические принципы клинической психологии.
7. Основные задачи и общие принципы психологического исследования в клинике.
8. Этика и деонтология в деятельности клинического психолога.
9. Патопсихологический синдром.
10. Психопатологические синдромы.
11. Нейропсихологические синдромы.
12. Психосоматические синдромы.
13. Основная патопсихологическая семиотика.
14. Соотношение понятий психологическая коррекция, психологическое консультирование, психотерапия.
15. Метод психотерапии.
16. Интердисциплинарный характер психотерапии.
17. Пациент, терапевт и процесс как общие факторы психотерапии.
18. Личностный подход в психотерапии.
19. Психоаналитическое направление в психотерапии.
20. Поведенческое направление в психотерапии
21. Опытное направление в психотерапии.
22. Внутренняя картина болезни.
23. Внутренняя картина здоровья.
24. Классификации расстройств личности.
25. Психопатологические синдромы и нозологические единицы.
26. Соотношение патопсихологических и психопатологических регистр – синдромов.
27. Функциональная специализация полушарий мозга человека в клинической психологии: аспекты рассмотрения.
28. Патология ощущений и восприятия в структуре нейропсихологических синдромов.
29. Патология ощущений и восприятия в структуре психопатологических синдромов.
30. Патология воли в структуре нейропсихологических синдромов.
31. Патология воли и в структуре патопсихологических синдромов.
32. Расстройства внимания в структуре нейропсихологических синдромов.
33. Расстройства внимания в структуре патопсихологических синдромов.
34. Расстройства сознания: пато-и психопатологическая характеристики.
35. Расстройства речи в структуре нейропсихологических синдромов.

36. Расстройства речи в структуре патопсихологических синдромов.
37. Расстройства интеллекта в структуре нейропсихологических синдромов.
38. Расстройства интеллекта в структуре патопсихологических синдромов.
39. Расстройства мышления в структуре нейропсихологических синдромов.
40. Расстройства мышления в структуре психопатологических синдромов.
41. Патология воли и влечений в структуре нейропсихологических синдромов.
42. Патология воли и влечений в структуре патопсихологических синдромов.
43. Психомоторные расстройства в структуре нейропсихологических синдромов.
44. Психомоторные расстройства в структуре патопсихологических синдромов.
45. Нарушения личности в структуре патопсихологических синдромов.
46. Нарушения личностных сфер в структуре нейропсихологических синдромов.
47. Нарушения речи в структуре нейропсихологических синдромов.
48. Нарушения речи в структуре патопсихологических синдромов.
49. Нарушения высших психических функций при эпилепсии.
50. Нарушения высших психических функций при шизофрении.
51. Нарушения высших психических функций при маниакально-депрессивном психозе.
52. Нарушения высших психических функций при олигофреническом синдроме.
53. Нарушения высших психических функций в структуре афазий.
54. Нарушения высших психических функций в структуре агнозий.
55. Нарушения высших психических функций в структуре апраксий.
56. Нарушения высших психических функций в структуре акалькулий.
57. Диагностика внимания в клинической практике: цели, задачи, методы и основные проблемы.
58. Диагностика памяти в клинической практике: цели, задачи, методы и основные проблемы.
59. Диагностика мышления в клинической практике: цели, задачи, методы и основные проблемы.
60. Диагностика интеллекта в клинической практике: цели, задачи, методы и основные проблемы.
61. Проблемы диагностики внутренней картины болезни.
62. Диагностика эмоциональной сферы личности в клинической практике.
63. Диагностика речевой функции в клинической практике: сферы, цели, задачи и методы.
64. Диагностика восприятия в клинической практике: цели, задачи, методы и основные проблемы.
65. Методики диагностики личности в клинической практике.
66. Функции и место опросных методов в клинической психодиагностике.
67. Принципы использования проективных методов в клинической психодиагностике.

4 Вспомогательные материалы по подготовке к ответам на вопросы к экзамену

Для успешной подготовки к экзамену необходимо не только запоминать, но и поэтапно систематизировать данные.

Организация этого процесса может способствовать более эффективному усвоению материала дисциплины.

С этой целью были составлены таблицы, заполнение которых собственно и создает условия для реализации данных целей.

Таблица 1 - Таблица соответствий / Функции психиатра/психотерапевта – функции клинического психолога.

Вид деятельности	Психиатр/психотерапевт	Психолог
Диагностика		
Профилактика		
Воздействие (коррекция)		

Таблица 2 - Таблица соответствий /Симптом – синдром – фактор - заболевание.

Понятие	Симптом	Синдром	Фактор	Заболевание
Симптом				
Синдром				
Фактор				
Заболевание				

Таблица 3-Таблица соответствий /Методы психологической диагностики – исследуемые образования – назначение в клинической практике.

Методы/методики психологической диагностики	Исследуемые психические явления/образования	Назначение в клинической практике
1	2	3
Таблицы Шульце.		
СМИЛ		
Пиктограмма		
Счет по Крепелину		
Цветовой тест отношений Лутошкина		

Продолжение таблицы 3

1	2	3
Тест Векслера		
Тесты на классификацию		
Патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко		
Гиссенская алекситимическая шкала		
«Ценностные ориентации» М. Рокича		
Висбаденский опросник (Н. Пезешкиан)		

Таблица 4 - Таблица соответствий/ Характеристики основных направлений психотерапии

Основные характеристики	Психодинамическое направление	Поведенческое направление	Опытное направление
1. Основные жалобы			
2. Концепция патологии			
3. Концепция здоровья			
4. Вид предполагаемых изменений			
5. Временной подход и фокусировка			
6. Вид лечения			
7. Задачи терапевта			
8. Основные приемы			
9. Модель лечения			
10. Природа отношений при лечении			
11. Роли и позиции терапевта			

Таблица 5 - Таблица соответствий/ Основные лечебные факторы трех направлений психотерапии

Направление	Факторы	Концепция лечения	Дополнительные роли и функции
Психодинамическое	Эмоциональное переживание		
	Познание (овладение познанием)		
	Регуляция поведения		
Поведенческое	Эмоциональное переживание		
	Познание (овладение познанием)		
	Регуляция поведения		
Опытное	Эмоциональное переживание		
	Познание (овладение познанием)		
	Регуляция поведения		

Таблица 6 - Таблица соответствий/ Виды расстройств ощущений и восприятия и компоненты психических процессов

Нарушено → При ↓	Узнавание (формы/ цвета/ назначения и т.п. - указать)	Соотнесение объекта и слова, его обозначающего	Мотивационный компонент восприятия	Психофизиологический механизм
1	2	3	4	5
Синестопатия				
Анестезия				
Гипестезия				
Гиперестезия				
Алгии				
Синестезии				
Иллюзии				
Галлюцинации				

Продолжение таблицы 6

1	2	3	4	5
Деперсонализации				
Дереализации				
Аутометаморфопсия				
Предметная агнозия				
Агнозия на лица				
Цветовая агнозия				
Симультанная агнозия				
Оптико-моторная агнозия				
Оптико-пространственная агнозия				
Амнестическая агнозия				
Литеральная алексия				
Вербальная алексия				

Таблица 7 - Таблица соответствий/ Расстройства ощущений и восприятия в структуре нейропсихологических синдромов

Синдром	Вид расстройств ощущений и восприятия
1	2
Амнестическая аграфия	
Апрактическая аграфия	
Эфферентная моторная афазия	
Динамическая афазия	
Афферентная моторная афазия	
Сенсорная афазия	
Акустико-мнестическая афазия	
Амнестическая афазия	
Оптическая акалькулия	
Сенсорная и акустико-мнестическая акалькулия	
Лобная акалькулия	
Специфическая первичная акалькулия	
Эфферентная моторная аграфия	
Афферентная моторная аграфия	
Сенсорная аграфия	
Оптико-пространственная аграфия	
Оптическая аграфия	
Оптическая алексия	
Эфферентная моторная алексия	
Афферентная моторная алексия	
Сенсорная и акустико-мнестическая алексия	
Анозогнозия	
Аутопагнозия	
Кинестетическая апраксия конечностей	
Идеаторная апраксия	

1	2
Идеомоторная апраксия	
Оральная апраксия	
Апраксия туловища	
Апраксия одевания	
Конструктивная апраксия	
Синдром Герстмана	
Сенсорная амузия	
Моторная амузия	
Синдромы поражения лобных долей	
Синдром поражения гипоталамо-диэнцефальной области мозга	
Синдром «расщепленного» мозга	
Синдромы при артериальных аневризмах	
Синдромы спазма сосудов головного мозга	
Синдромы при артериовенозных аневризмах	
Синдромы при окклюзирующих поражениях мозговых сосудов	

Таблица 8 - Таблица соответствий/ Расстройства восприятия в клинике расстройств личности

Расстройство личности	Вид расстройств ощущений и восприятия
Шизофрения	
Маниакально-депрессивный психоз	
Эпилепсия	
Эпилептические психозы	
Психические нарушения при черепно-мозговых травмах	
Острые симптоматические психозы	
Затяжные соматогенные психозы	
Сифилитические психозы	
Прогрессивный паралич	
Инволюционные психозы	
Сенильные психозы	
Умственная отсталость	
Зависимости от психоактивных веществ	
Реактивные состояния	
Астенический синдром	
Синдром навязчивых состояний	
Ипохондрический синдром	
Истерический синдром	
Синдром Кувальд	
Синдром Коро	
Синдром Дулитл	
Синдром Дхат	
Синдром Мюнхаузена	
Функциональная дисграфия	
Синдром психогенной тошноты и рвоты	
Синдром психогенной гастралгии	
Синдром раздраженной толстой кишки	

Таблица 9 - Таблица соответствий/ Расстройства мышления при нейропсихологических синдромах

Синдром	Вид расстройств мышления
Амнестическая аграфия	
Апрактическая аграфия	
Эфферентная моторная афазия	
Динамическая афазия	
Афферентная моторная афазия	
Сенсорная афазия	
Акустико-мнестическая афазия	
Амнестическая афазия	
Оптическая акалькулия	
Сенсорная и акустико-мнестическая акалькулия	
Лобная акалькулия	
Специфическая первичная акалькулия	
Эфферентная моторная аграфия	
Афферентная моторная аграфия	
Сенсорная аграфия	
Оптико-пространственная аграфия	
Оптическая аграфия	
Оптическая алексия	
Эфферентная моторная алексия	
Афферентная моторная алексия	
Сенсорная и акустико-мнестическая алексия	
Анозогнозия	
Аутоагнозия	
Кинестетическая апраксия конечностей	
Идеомоторная апраксия	
Идеаторная апраксия	
Оральная апраксия	
Апраксия туловища	
Апраксия одевания	
Конструктивная апраксия	
Синдром Герстмана	
Сенсорная амузия	
Моторная амузия	
Синдромы поражения лобных долей	
Синдром поражения гипоталамо-диэнцефальной области мозга	
Синдром «расщепленного» мозга	
Синдромы при артериальных аневризмах	
Синдромы спазма сосудов головного мозга	
Синдромы при артериовенозных аневризмах	
Синдромы при окклюзирующих поражениях мозговых сосудов	

Таблица 10 - Таблица соответствий/ Расстройства мышления при психопатологических синдромах

Психопатологический синдром	Расстройство мышления	
Невротические и невротоподобные	астенический	
	обсессивный	
	истерический	
Аффективные	депрессивный	
	маниакальный	
	апато-абулический	
Бредовые и галлюцинаторные	паранойяльный	
	параноидный	
	синдром психического автоматизма	
	парафренный	
	галлюцинозы	
Нарушенного сознания	делириозный	
	онейроидный	
	аментивный	
	сумеречное помрачение сознания	
Амнестические	психоорганические	
	Корсаковский	
	деменции	

Таблица 11 - Таблица соответствий/ Расстройства эмоциональной сферы при психопатологических синдромах

Расстройство личности	Расстройства эмоциональной сферы
1	2
Шизофрения	
Маниакально-депрессивный психоз	
Эпилепсия	
Эпилептические психозы	
Психические нарушения при черепно-мозговых травмах	
Острые симптоматические психозы	
Затяжные соматогенные психозы	
Сифилитические психозы	
Прогрессивный паралич	
Инволюционные психозы	
Сенильные психозы	
Умственная отсталость	
Зависимости от психоактивных веществ	
Реактивные состояния	
Астенический синдром	
Синдром навязчивых состояний	
Ипохондрический синдром	

Продолжение таблицы 11

1	2
Истерический синдром	
Синдром Кувальд	
Синдром Коро	
Синдром Дулитл	
Синдром Дхат	
Синдром Мюнхаузена	
Функциональная дисграфия	
Синдром психогенной тошноты и рвоты	
Синдром психогенной гастралгии	
Синдром раздраженной толстой кишки	

Таблица 12 - Таблица соответствий/ Расстройства эмоциональной сферы при нейропсихологических синдромах

Синдром	Вид расстройств мышления
1	2
Амнестическая аграфия	
Апрактическая аграфия	
Эфферентная моторная афазия	
Динамическая афазия	
Афферентная моторная афазия	
Сенсорная афазия	
Акустико-мнестическая афазия	
Амнестическая афазия	
Оптическая акалькулия	
Сенсорная и акустико-мнестическая акалькулия	
Лобная акалькулия	
Специфическая первичная акалькулия	
Эфферентная моторная аграфия	
Афферентная моторная аграфия	
Сенсорная аграфия	
Оптико-пространственная аграфия	
Оптическая аграфия	
Оптическая алексия	
Эфферентная моторная алексия	
Афферентная моторная алексия	
Сенсорная и акустико-мнестическая алексия	
Анозогнозия	
Аутоагнозия	
Кинестетическая апраксия конечностей	
Идеомоторная апраксия	
Идеаторная апраксия	
Оральная апраксия	
Апраксия туловища	
Апраксия одевания	
Конструктивная апраксия	

Продолжение таблицы 12

1	2
Сенсорная амузия	
Моторная амузия	
Синдром Герстмана	
Синдромы поражения лобных долей	
Синдром поражения гипоталамо-диэнцефальной области мозга	
Синдром «расщепленного» мозга	
Синдромы при артериальных аневризмах	
Синдромы спазма сосудов головного мозга	
Синдромы при артериовенозных аневризмах	
Синдромы при окклюзирующих поражениях мозговых сосудов	

Таблица 13 - Таблица соответствий/ Расстройства речи при нейропсихологических синдромах

Синдром	Вид расстройств речи
1	2
Амнестическая аграфия	
Апрактическая аграфия	
Эфферентная моторная афазия	
Динамическая афазия	
Афферентная моторная афазия	
Сенсорная афазия	
Акустико-мнестическая афазия	
Амнестическая афазия	
Оптическая акалькулия	
Сенсорная и акустико-мнестическая акалькулия	
Лобная акалькулия	
Специфическая первичная акалькулия	
Эфферентная моторная аграфия	
Афферентная моторная аграфия	
Сенсорная аграфия	
Оптико-пространственная аграфия	
Оптическая аграфия	
Оптическая алексия	
Эфферентная моторная алексия	
Афферентная моторная алексия	
Сенсорная и акустико-мнестическая алексия	
Анозогнозия	
Аутопагнозия	
Кинестетическая апраксия конечностей	
Идеомоторная апраксия	
Идеаторная апраксия	
Оральная апраксия	
Апраксия туловища	
Апраксия одевания	
Конструктивная апраксия	

Продолжение таблицы 13

Сенсорная амузия	
Моторная амузия	
Синдром Герстмана	
Синдромы поражения лобных долей	
Синдром поражения гипоталамо-диэнцефальной области мозга	
Синдром «расщепленного» мозга	
Синдромы при артериальных аневризмах	
Синдромы спазма сосудов головного мозга	
Синдромы при артериовенозных аневризмах	
Синдромы при окклюзирующих поражениях мозговых сосудов	

Таблица 14 - Таблица соответствий/ Расстройства речевой сферы при психопатологических синдромах

Расстройство личности	Расстройства речевой сферы
Шизофрения	
Маниакально-депрессивный психоз	
Эпилепсия	
Эпилептические психозы	
Психические нарушения при черепно-мозговых травмах	
Острые симптоматические психозы	
Затяжные соматогенные психозы	
Сифилитические психозы	
Прогрессивный паралич	
Инволюционные психозы	
Сенильные психозы	
Умственная отсталость	
Зависимости от психоактивных веществ	
Реактивные состояния	
Астенический синдром	
Синдром навязчивых состояний	
Ипохондрический синдром	
Истерический синдром	
Синдром Кувальд	
Синдром Коро	
Синдром Дулитл	
Синдром Дхат	
Функциональная дисграфия	
Синдром психогенной тошноты и рвоты	
Синдром психогенной гастралгии	
Синдром раздраженной толстой кишки	

Таблица 15 - Таблица соответствий/ Виды памяти и расстройства памяти.

	Отдельный вид расстройств	Кратковременная память	Долговременная память	Оперативная	Механическая	Опосредованная	Мнестические процессы (какие?, указать)
Корсаковский синдром							
Деменция							
Психоорганический							
Аграфии							
Апраксии							
Олигофрения							
Амнезия							
Критпомнезии							
Делирий							
Онейроид							
Аменция							
Сумеречное помрачение сознания							
Дереализация							
Деперсонализация							
Психические автоматизмы							
Бредовые расстройства самосознания							
Кома							
Сопор							
Оглушение							
Ступор							
Лобный синдром							
Культуральные синдромы							
Синдром «расщепленного» мозга							
Синдромы при артериальных аневризмах							
Психосоматические синдромы							

Таблица 16 - Таблица соответствий/ Квалификация расстройств внимания

Расстройство внимания	Нейро- или психопатологический синдром, при котором встречается
Апрозексия	
Гипопрозексия	
Истощаемость	
Слабая распределяемость	
Гиперметаморфоз	
Застреваемость	

Таблица 17 - Таблица соответствий/Психопатологические проявления при нарушениях сознания

Психопатологические проявления		Нарушения восприятия	Нарушения мышления	Нарушения памяти	Нарушения ориентировки	Нарушения речи (словесного контакта)
Выключение сознания	кома					
	сопор					
	оглушенность					
Помрачение сознания	делирий					
	онейроид					
	анеция					
	Сумеречное помрачение сознания					
Нарушение самосознания	Неадекватная самооценка					
	дереализация					
	деперсонализация					
	Психические автоматизмы					
	Бредовые расстройства самосознания					
	Распад самосознания					

Таблица 18 - Таблица соответствий /Структура мышления и основные виды расстройств мышления

Критерий структурного анализа	Структурные единицы	Расстройства			
Вид мышления по форме	Наглядно-действенное				
	Наглядно-образное				
	Абстрактно-логическое				
Вид мышления по характеру	Теоретическое				
	Практическое				
Вид мышления по степени новизны	Репродуктивное				
	Продуктивное				
Формы мышления	Понятие				
	Суждения				
	Умозаключения				
Мыслитель-ные операции	Анализ				
	Синтез				
	Сравнение				
	Абстрагирование				
	Обобщение				
Стороны мышления →	Конкретизация				
		Операционная	Динамика мыслительной деятельности	Мотивационный компонент	Критичность

5 Тестовые задания для самопроверки по курсу «Клиническая психология»

(При подготовке тестовых заданий использован методический материал книги «Клиническая психология [Текст] : учебник для вузов / под ред. Б. Д. Карвасарского.- 2-е изд., стер. - СПб.2006. - 960 с. - (Национальная медицинская библиотека). - Библиогр.: с. 957-959. - ISBN 5-469-01004-X»)

1.Какую из указанных ниже концепций постулирует следующее утверждение: *«Обе плоскости данных (соматическая и психическая), основываясь на разных системах отношений, взаимно дополняют друг друга и могут быть использованы для использования жизненных процессов более высокого уровня. Обе плоскости рекуррируют к своим собственным категориальным системам и системам теоретических и методологических обоснований»:*

- А) эмерджентного нейорального синтеза;
- Б) комплиментарности;
- В) психопатологического диагноза;
- Г) аномальности.

2. Что из перечисленного ниже не относится к недостаткам статистического подхода к определению нормы:

- А) сугубо количественный подход;
- Б) невозможность количественно определить качественные характеристики нормального функционирования психики;
- В) стирание граней между нормальным развитием и патологией;
- Г) последовательное применение данного подхода может привести к отсутствию нормы по совокупности ряда показателей.

3.Что из перечисленного ниже не относится к качественным характеристикам высшей психической функции:

- А) прижизненность формирования;
- Б) наличие стереотипной физиологической основы;
- В) речевая опосредованность;
- Г) произвольность.

4.Какое из приведенных ниже утверждений наиболее точно описывает концепцию структурно-системной организации мозга:

- А) мозг является субстратом психической деятельности и материальной базой всех психических функций, поэтому импульсы, протекающие по нервным волокнам мозга отвечают за качественные и количественные характеристики психических процессов;
- Б) деятельность мозга обеспечивается проекционными, ассоциативными, интегративно-пусковыми и лимбико-рейтикулярными системами, каждая из которых выполняет свои функции; различными образованиям и системам мозга

в разной степени свойственны две основные формы строения и деятельности: инвариантные, генетически детерминированные и подвижные, вероятностно-детерминированные; несмотря на врожденную, достаточно жесткую организацию макроконструкций и макросистем, этим системам присуща определенная приспособительная изменчивость, которая проявляется на уровне микроструктур (микроансамблей, микросистем) мозга;

В) функциональные системы, имеющие подвижную организацию, тесно связаны с различными мозговыми механизмами, что обеспечивает возможность выполнения одной и той же операции, действия с помощью различных средств, различных систем мозга;

Г) мозг – материальный субстрат психической деятельности.

5. Выберите из перечисленных ниже те дефиниции, которые наиболее точно определяют патопсихологию:

А) наука о расстройствах функционирования психики;

Б) наука о расстройствах личности, использующая психологическую терминологию и социально-психологический аспект рассмотрения расстройств;

В) наука о диагностике, коррекции и профилактике расстройств личности посредством психологических методов и методик;

Г) наука о расстройствах психики в результате локальных поражений мозга.

6. Непроизвольно возникающие, неадекватные ситуации переживания, доминирующие в сознании больного, к которым сохраняется критическое отношение, сопровождающиеся «борьбой мотивов» - это:

А) сверхценные идеи;

Б) навязчивые идеи;

В) бредовые идеи;

Г) галлюцинаторные идеи.

7. Аффективно окрашенные, доминирующие суждения, сформировавшиеся вследствие реальных событий, не сопровождающиеся борьбой мотивов – это:

А) сверхценные идеи;

Б) навязчивые идеи;

В) бредовые идеи;

Г) галлюцинаторные идеи.

8. Ошибочные, некорректируемые умозаключения, формирующиеся на патологической основе и определяющие мировоззрение больного – это:

А) сверхценные идеи;

Б) навязчивые идеи;

В) бредовые идеи;

Г) галлюцинаторные идеи.

9. Ошибочное восприятие объекта – это:

А) метаморфопсия;

- Б) галлюцинация;
- В) иллюзия;
- Г) сенестопатия.

10. Мнимое восприятие – это:

- А) метаморфопсия;
- Б) галлюцинация;
- В) иллюзия;
- Г) сенестопатия.

11. Субъективно или объективно выявляемые болезненные проявления – это:

- А) синдром;
- Б) признак;
- В) симптом;
- Г) фактор.

12. Объективно выявляемые болезненные проявления – это:

- А) синдром;
- Б) признак;
- В) симптом;
- Г) фактор.

13. Утрата памяти на события определенного промежутка времени – это:

- А) амнезия;
- Б) гипомнезия;
- В) конфабуляции;
- Г) парамнезия.

14. Избирательное повышение памяти на отдельные события – это:

- А) амнезия;
- Б) парамнезия;
- В) псевдореминисценция;
- Г) гипермнезия.

15. Качественное искажение памяти – это:

- А) амнезия;
- Б) парамнезия;
- В) псевдореминисценция;
- Г) гипермнезия.

16. К парамнезиям не относятся:

- А) конфабуляции;
- Б) гиперметаморфоз;
- В) криптомнезии;
- Г) псевдореминисценции.

17. Стирание грани между реально имевшими место событиями и событиями, о которых больной услышал, прочитал или увидел – это:

- А) псевдореминисценции;
- Б) амнезия;
- В) конфабуляции;
- Г) криптомнезия.

18. Перенос реально имевших место событий во времени – это:

- А) псевдореминисценции;
- Б) амнезия;
- В) конфабуляции;
- Г) криптомнезия.

19. Ложные воспоминания – это:

- А) псевдореминисценции;
- Б) гипомнезия;
- В) конфабуляции;
- Г) криптомнезия.

20. Полное отсутствие («выпадение») внимания – это:

- А) гипрозексия;
- Б) истощаемость;
- В) слабая распределяемость;
- Г) апрозексия.

21. Неспособность к сосредоточению внимания – это:

- А) гипрозексия;
- Б) истощаемость;
- В) слабая распределяемость;
- Г) апрозексия.

22. Неспособность к длительному сосредоточению – это:

- А) гипрозексия;
- Б) истощаемость;
- В) слабая распределяемость;
- Г) апрозексия.

23. Сосредоточенность только на ситуационно значимом объекте – это:

- А) сужение «поля внимания»;
- Б) истощаемость;
- В) слабая распределяемость;
- Г) апрозексия.

24. Повышенная переключаемость внимания – это:

- А) гиперметаморфоз;
- Б) истощаемость;
- В) слабая распределяемость;
- Г) апрозексия.

25. Сниженная переключаемость внимания – это:

- А) застреваемость;
- Б) истощаемость;
- В) слабая распределяемость;
- Г) апрозексия.

26. К симптомам снижения настроения не относится:

- А) гипотимия;
- Б) эмоциональная лабильность;
- В) дистимия;
- Г) страх.

27. К симптомам снижения настроения не относится:

- А) тоска;
- Б) дисфория;
- В) эмоциональная тупость;
- Г) тревога.

28. К симптомам повышения настроения не относится:

- А) гипертимия;
- Б) мория;
- В) экстаз;
- Г) слабодушие.

29. К симптомам повышения настроения не относится:

- А) эмоциональная неустойчивость;
- Б) слабодушие;
- В) апатия;
- Г) эмоциональная лабильность.

30. Эмоциональное оскудение относится к:

- А) симптомам снижения настроения;
- Б) симптомам повышения настроения;
- В) симптомам неустойчивости эмоциональной сферы;
- Г) качественному искажению эмоций.

31. Эмоциональная тупость относится к:

- А) симптомам снижения настроения;
- Б) симптомам повышения настроения;
- В) симптомам неустойчивости эмоциональной сферы;

Г) качественному искажению эмоций.

32. Апатия относится к:

- А) симптомам снижения настроения;
- Б) симптомам повышения настроения;
- В) симптомам неустойчивости эмоциональной сферы;
- Г) качественному искажению эмоций.

33. Психическая анестезия относится к:

- А) симптомам снижения настроения;
- Б) симптомам повышения настроения;
- В) симптомам неустойчивости эмоциональной сферы;
- Г) качественному искажению эмоций.

34. Слабодушие относится к:

- А) симптомам снижения настроения;
- Б) симптомам повышения настроения;
- В) симптомам неустойчивости эмоциональной сферы;
- Г) качественному искажению эмоций.

35. Гипертимия относится к:

- А) симптомам снижения настроения;
- Б) симптомам повышения настроения;
- В) симптомам неустойчивости эмоциональной сферы;
- Г) качественному искажению эмоций.

36. Эйфория относится к:

- А) симптомам снижения настроения;
- Б) симптомам повышения настроения;
- В) симптомам неустойчивости эмоциональной сферы;
- Г) качественному искажению эмоций.

37. Мория относится к:

- А) симптомам снижения настроения;
- Б) симптомам повышения настроения;
- В) симптомам неустойчивости эмоциональной сферы;
- Г) качественному искажению эмоций.

38. Экстаз относится к:

- А) симптомам снижения настроения;
- Б) симптомам повышения настроения;
- В) симптомам неустойчивости эмоциональной сферы;
- Г) качественному искажению эмоций.

39. К признакам патологического аффекта не относится:

- А) Аффект ярости с агрессивными разрушительными действиями;
- Б) Повышенное настроение;
- В) Бессвязная речь;
- Г) Дезориентировка в окружающем.

40. К признакам патологического аффекта не относится:

- А) Наличие бредовой ориентировки;
- Б) Амнезия всего случившегося;
- В) Аутоагрессивные действия;
- Г) Глубокий сон после аффекта.

41. В отличие от патологического, физиологический аффект характеризуется:

- А) Наличием бредовой ориентировки;
- Б) Человек осознает свои действия и поступки;
- В) Обязательны разрушительные действия во время аффекта;
- Г) Человек не контролирует свои действия.

42. Раздражительность, взрывчатость, недержание эмоций – это:

- А) слабодушие;
- Б) эмоциональная лабильность;
- В) экстаз;
- Г) апатия.

43. Повышенная чувствительность, слезливость – это:

- А) слабодушие;
- Б) эмоциональная лабильность;
- В) экстаз;
- Г) апатия.

44. Утрата высших, нравственно-этических чувств при растормаживании эгоистических и низших эмоций – это:

- А) эмоциональное оскудение;
- Б) эмоциональная тупость;
- В) слабодушие;
- Г) психическая анестезия.

45. Утрата способности к адекватному эмоциональному реагированию на всех уровнях эмоциональных проявлений – как в отношении высших, так и низших эмоций – это:

- А) эмоциональное оскудение;
- Б) эмоциональная тупость;
- В) слабодушие;
- Г) психическая анестезия.

46. Полная эмоциональная нейтральность, безразличие к себе и окружающему – это:

- А) эмоциональное оскудение;
- Б) апатия;
- В) слабодушие;
- Г) тревога.

47. Патологически приподнятое настроение, сопровождающееся психическим и физическим возбуждением – это:

- А) гипотимия;
- Б) мания;
- В) эйфория;
- Г) мория.

48. Патологически повышенное настроение без физического и психического возбуждения, с оттенком благодушия, беспечности, довольства, полного удовлетворения:

- А) гипотимия;
- Б) мания;
- В) эйфория;
- Г) мория.

49. Благодушное настроение на фоне оглушения или слабоумия с нелепыми дурашливыми поступками – это:

- А) гипертимия;
- Б) мания;
- В) эйфория;
- Г) мория.

50. Злобно-тоскливое настроение со склонностью к разрядке, тенденцией к ссорам, конфликтам, агрессивным действиям – это:

- А) гипотимия;
- Б) мания;
- В) эйфория;
- Г) дисфония.

51. Восторженно приподнятое настроение с тревожным оттенком – это:

- А) экстаз;
- Б) мания;
- В) эйфория;
- Г) дисфония.

52. «Отсутствие» волевых побуждений – это:

- А) абулия;
- Б) парабулия;

- В) гипобулия;
- Г) гипербулия.

53. Снижение волевых побуждений – это:

- А) абулия;
- Б) парабулия;
- В) гипобулия;
- Г) гипербулия.

54. Болезненное повышение волевых побуждений – это:

- А) абулия;
- Б) парабулия;
- В) гипобулия;
- Г) гипербулия.

55. Качественное извращение волевых побуждений – это:

- А) абулия;
- Б) парабулия;
- В) гипобулия;
- Г) гипербулия.

56. Возникновение желаний, которые больной может контролировать в соответствии с ситуацией. Влечения, явно расходящиеся с требованиями этики, морали и законности, в этом случае никогда не осуществляются и подавляются как недопустимые. Однако отказ от удовлетворения влечения рождает у больного сильные переживания. Помимо его воли в голове постоянно сохраняются мысли о неутоленной потребности – это:

- А) obsessивное влечение;
- Б) compulsивное влечение;
- В) гиперкинез;
- Г) импульсивные поступки.

57. Чувство, сравнимое по силе с такими жизненными потребностями как голод, жажда и др. Больные осознают извращенный характер влечения, пытаются сдерживать себя, но при неудовлетворенной потребности возникает невыносимое чувство физического дискомфорта. Патологическая потребность занимает столь доминирующее положение, что человек быстро прекращает внутреннюю борьбу и удовлетворяет свое влечение, даже если это связано с грубыми асоциальными поступками – это:

- А) obsessивное влечение;
- Б) compulsивное влечение;
- В) гиперкинез;
- Г) импульсивные поступки.

58. Внезапны, бессмысленны, немотивированны и реализуются без внутренней борьбы – это:

- А) обсессивное влечение;
- Б) компульсивное влечение;
- В) гиперкинез;
- Г) импульсивные поступки.

59. Непреодолимое стремление к бродяжничеству, скитаниям:

- А) пиромания;
- Б) дромомания;
- В) дипсомания;
- Г) kleптомания.

60. Непреодолимое стремление к поджогам – это:

- А) пиромания;
- Б) дромомания;
- В) дипсомания;
- Г) kleптомания.

61. Проявляется периодически повторяющимися тяжелыми запоями. Продолжительность запоев 2-3 недели. Окончание запоя внезапное, часто с абсолютным отсутствием влечения к алкоголю и даже с отвращением к нему:

- А) пиромания;
- Б) дромомания;
- В) дипсомания;
- Г) kleптомания.

62. Периодически и внезапно возникающая страсть к бесцельным кражам – это:

- А) пиромания;
- Б) дромомания;
- В) дипсомания;
- Г) kleптомания.

63. Проявляется в нечетком и фрагментарном восприятии реальности, в утрате способности адекватно анализировать окружающую ситуацию, собственный опыт и делать соответствующие четкие выводы:

- А) дезориентировка;
- Б) нарушения памяти;
- В) отрешенность от внешнего мира;
- Г) нарушения мышления.

64. Выражается в нарушении ориентировки во времени, месте и даже в собственной личности:

- А) дезориентировка;
- Б) нарушения памяти;

- В) отрешенность от внешнего мира;
- Г) нарушения мышления.

65. Выражается в частичной или полной амнезии всего периода нарушенного сознания:

- А) дезориентировка;
- Б) нарушения памяти;
- В) отрешенность от внешнего мира;
- Г) нарушения мышления.

66. Выражается в бессвязности, замедленности темпа ассоциативного процесса, слабости суждения, проявлении вторичного бреда:

- А) дезориентировка;
- Б) нарушения памяти;
- В) отрешенность от внешнего мира;
- Г) нарушения мышления.

67. Характеризуется резким повышением порога для всех внешних раздражителей, затруднением образования ассоциаций. Больные отвечают на вопросы как бы «спросонок», сложное содержание вопроса не осмысливается. Отмечается замедленность в движениях, молчаливость, безучастие к окружающему. Выражение лица у больных безразличное. Очень легко наступает дремота. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует:

- А) деперсонализация;
- Б) оглушенное состояние сознания;
- В) делириозное помрачение сознания;
- Г) онейроид.

68. Ориентировка в окружающем нарушена и заключается не в ослаблении, а в наплывах ярких представлений, непрерывно возникающих обрывков воспоминаний. Возникает не просто дезориентировка, а ложная ориентировка во времени и пространстве при:

- А) деперсонализации;
- Б) оглушенном состоянии сознания;
- В) делириозном помрачении сознания;
- Г) онейроиде.

69. Характеризуется причудливой смесью отражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных представлений фантастического характера. Больные совершают межпланетные путешествия, оказываются среди «жителей Марса». Нередко встречается фантастика с характером громадности: больные присутствуют «при гибели города», видят, «как рушатся здания», «проваливается метро», «раскалывается земной шар, распадается и носится кусками в космическом пространстве»:

- А) деперсонализация;

- Б) оглушенное состояние сознания;
- В) делириозное помрачение сознания;
- Г) онейроид.

70. Характеризуется внезапным наступлением, непродолжительностью и столь же внезапным прекращением, вследствие чего его называют транзиторным, т. е. преходящим. Проявляется последующая амнезия, во время такого состояния больные сохраняют возможность выполнения автоматических привычных действий:

- А) сумеречное состояние сознания;
- Б) оглушенное состояние сознания;
- В) делириозное помрачение сознания;
- Г) онейроид.

71. Сумеречное состояние сознания, протекающее без бреда, галлюцинаций и изменения эмоций – это:

- А) сомнамбулизм;
- Б) фуги и трансы;
- В) амбулаторный автоматизм;
- Г) сопор.

72. Сумеречное помрачение сознания, представляющее собой вариант амбулаторного автоматизма, но в отличие от него наступающее во время сна – это:

- А) сомнамбулизм;
- Б) фуги и трансы;
- В) амбулаторный автоматизм;
- Г) сопор.

73. Кратковременные сумеречные (1-2 мин.) помрачения сознания с двигательным возбуждением: больной куда-то бежит, снимает и надевает одежду, совершает другие импульсивные действия – это:

- А) сомнамбулизм;
- Б) фуги и трансы;
- В) амбулаторный автоматизм;
- Г) сопор.

74. Длительное помрачение сознания (длящееся недели и даже месяцы), проявляющееся дезориентировкой как в собственной личности, так и в окружающей обстановке. При этом на первый план выступают не страх и возбуждение, а растерянность, бессвязность мышления, речи и движений. Речь таких больных без модуляции, представляет собой бессмысленный набор слов, отличается обилием персевераций и вербигераций – это:

- А) аменция;
- Б) коматозное состояние сознания;

- В) деперсонализация;
- Г) онейроид.

75. Глубокое расстройство сознания, характеризующееся отсутствием реакции на внешние раздражители, нарушением жизненно важных функций организма – это:

- А) аменция;
- Б) коматозное состояние сознания;
- В) деперсонализация;
- Г) онейроид.

76. Расстройство самосознания, при котором изменяется восприятие собственной личности, «своего я», утрачивается чувство единства личности. Собственные мысли и действия воспринимаются с чувством отчуждения, раздвоения, расчленения собственного «я». В этом состоянии больной говорит о себе в третьем лице, ощущает зависимость своих мыслей, неуправляемость ими, они являются для него как бы чуждыми, насильственно внушенными:

- А) аменция;
- Б) коматозное состояние сознания;
- В) деперсонализация;
- Г) онейроид.

77. Выберите из предложенного списка те параметры, которые сохраняются при оглушенности сознания:

- А) словесный контакт;
- Б) болевая чувствительность;
- В) рефлекс;
- Г) связная диалогическая речь.

78. Выберите из предложенного списка те параметры, которые сохраняются при сопоре:

- А) словесный контакт;
- Б) болевая чувствительность;
- В) рефлекс;
- Г) связная диалогическая речь.

79. Устойчивая совокупность симптомов, объединенных единым патогенетическим механизмом – это:

- А) симптом;
- Б) синдром;
- В) фактор;
- Г) болезнь.

80. Принцип классификации синдромов как уровней или «регистров» был выдвинут:

- А) Гиппократом;
- Б) А.В. Снежневским;
- В) Э. Крепелином;
- Г) В.М. Блейхером.

81. Астенический синдром входит в регистр:

- А) невротических и невротоподобных синдромов;
- Б) аффективных синдромов;
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов;
- Г) амнестических синдромов.

82. Обсессивный синдром входит в регистр:

- А) невротических и невротоподобных синдромов;
- Б) аффективных синдромов;
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов;
- Г) амнестических синдромов.

83. Истерический синдром входит в регистр:

- А) невротических и невротоподобных синдромов;
- Б) аффективных синдромов;
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов;
- Г) синдромов нарушения сознания.

84. Депрессивный синдром входит в регистр:

- А) невротических и невротоподобных синдромов;
- Б) аффективных синдромов;
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов;
- Г) амнестических синдромов.

85. Маниакальный синдром входит в регистр:

- А) невротических и невротоподобных синдромов;
- Б) аффективных синдромов;
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов;
- Г) синдромов нарушенного сознания.

86. Апат-абулический синдром входит в регистр:

- А) невротических и невротоподобных синдромов;
- Б) аффективных синдромов;
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов;
- Г) синдромов нарушенного сознания.

87. Параноидный синдром входит в регистр:

- А) невротических и невротоподобных синдромов;
- Б) аффективных синдромов;
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов;

Г) синдромов нарушенного сознания.

88. Синдром Кандинского – Клерамбо входит в регистр:

- А) невротических и неврозоподобных синдромов;
- Б) аффективных синдромов;
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов;
- Г) синдромов нарушенного сознания.

89. Синдром психического автоматизма входит в регистр:

- А) невротических и неврозоподобных синдромов;
- Б) аффективных синдромов;
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов;
- Г) синдромов нарушенного сознания.

90. Парафренный синдром входит в регистр:

- А) амнестических синдромов;
- Б) аффективных синдромов;
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов;
- Г) синдромов нарушенного сознания.

91. Галлюцинозы входят в регистр:

- А) амнестических синдромов;
- Б) аффективных синдромов;
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов;
- Г) синдромов нарушенного сознания.

92. Делириозный синдром входит в регистр:

- А) амнестических синдромов;
- Б) аффективных синдромов;
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов;
- Г) синдромов нарушенного сознания.

93. Онейроидный синдром входит в регистр:

- А) амнестических синдромов;
- Б) аффективных синдромов;
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов;
- Г) синдромов нарушенного сознания.

94. Аментивный синдром входит в регистр:

- А) амнестических синдромов;
- Б) аффективных синдромов;
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов;
- Г) синдромов нарушенного сознания.

95. Сумеречное помрачение сознания входит в регистр:

- А) амнестических синдромов;
- Б) аффективных синдромов;
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов;
- Г) синдромов нарушенного сознания.

96. Психоорганический синдром входит в регистр:

- А) амнестических синдромов;
- Б) аффективных синдромов;
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов;
- Г) синдромов нарушенного сознания.

97. Корсаковский синдром входит в регистр:

- А) амнестических синдромов;
- Б) аффективных синдромов;
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов;
- Г) синдромов нарушенного сознания.

98. Деменция входит в регистр:

- А) амнестических синдромов;
- Б) аффективных синдромов;
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов;
- Г) синдромов нарушенного сознания.

99. Наиболее тяжелым из перечисленных является:

- А) амнестический синдром;
- Б) аффективный синдром;
- В) бредовый и галлюцинаторный синдром;
- Г) синдром нарушенного сознания.

100. Состояния, проявляющиеся функциональными (обратимыми) непсихотическими нарушениями. Быстрая утомляемость с чувством психологического и физического дискомфорта, сопровождающиеся тревогой, беспокойством с внутренней напряженностью. При малейших поводах они усиливаются. Такие состояния сопровождаются эмоциональной лабильностью и повышенной раздражительностью, ранней бессонницей, отвлекаемостью внимания и т.д. – это характеристика:

- А) невротических и неврозоподобных синдромов;
- Б) аффективных синдромов;
- В) бредовых и галлюцинаторных синдромов;
- Г) синдромов нарушенного сознания.

101. Повышенная утомляемость, сочетающаяся со снижением продуктивности в работе, особенно заметным при интеллектуальной нагрузке. Больные жалуются на плохую сообразительность, забывчивость, неустойчивое внимание. Им трудно сосредоточиться на чем-нибудь одном. Они пытаются

усилием воли заставить себя думать об определенном предмете, но вскоре замечают, что у них в голове, непроизвольно, появляются совсем другие мысли, не имеющие отношения к тому, чем они занимаются. Уменьшается число представлений. Затрудняется их словесное выражение: не удается подобрать нужные слова. Сами представления теряют свою четкость. Сформулированная мысль кажется больному неточной, плохо отражающей смысл того, что он ею хотел выразить. Кратковременный отдых не улучшает их самочувствия. Утрачивается психическая уравновешенность. Настроение легко колеблется. Часто наблюдается гиперестезии, т.е. непереносимость громких звуков и яркого света. Сопутствуют вегетативные нарушения – это характеристика:

- А) астенического синдрома;
- Б) обсессивного синдрома;
- В) истерического синдрома;
- Г) апато-абулического синдрома.

102. Психопатологическое состояние с преобладанием явлений навязчивости, непроизвольно возникающих в сознании тягостных и неприятных мыслей, представлений, воспоминаний, страхов, влечений, действий, к которым сохраняется критическое отношение и стремление им противостоять – это характеристика:

- А) астенического синдрома;
- Б) обсессивного синдрома;
- В) истерического синдрома;
- Г) апато-абулического синдрома.

103. Симптомокомплекс психических, вегетативных, двигательных и сенсорных нарушений, часто возникает у незрелых, инфантильных, эгоцентричных личностей после психической травмы. Проявляется, прежде всего, неустойчивостью эмоциональной сферы: бурными, но быстро сменяющимися друг друга чувствами возмущения, протеста, радости, неприязни, симпатии и т.д. Мимика и движения выразительны, чрезмерно экспрессивны, театральны. Характерна образная, нередко патетически-страстная речь, в которой на первом плане находится “Я” больного и стремление любой ценой убедить собеседника в истинности того, во что верят и что хотят доказать – это характеристика:

- А) астенического синдрома;
- Б) обсессивного синдрома;
- В) истерического синдрома;
- Г) апато-абулического синдрома.

104. Характеризуется тетрадой основных признаков: беспричинно сниженным, подавленным настроением с чувством тоски, психомоторной заторможенностью, замедленным темпом мышления, соматическими и вегетативными, расстройствами:

- А) астенический синдрома;

- Б) обсессивный синдром;
- В) депрессивный синдром;
- Г) апато-абулический синдром.

105. При этом состоянии нет отчетливой тоски и тревоги, настроение нерезко снижено, по утрам несколько в большей степени, нет выраженной психомоторной заторможенности. Больные жалуются не столько на слабость, сколько на невозможность заставить себя что-либо делать, развивается своеобразная психическая инертность, снижается уровень побуждений, возникает ощущение собственного безволия, крайне затруднено принятие решений, простые вопросы становятся проблемами, интересы блекнут. Нарастает ощущение бесперспективности, потери цели, собственного бессилия, беспомощности, утрачивается способность испытывать радость. Идеи малоценности обычно возникают лишь как результат неудач, неспособности справиться с возникающими задачами, идей виновности нет, часто чувство зависти к окружающим, «даже к инвалидам, калекам» и жалость к себе – это характеристика:

- А) анергетической депрессии;
- Б) меланхолического синдрома;
- В) тревожно-депрессивного синдрома;
- Г) депрессивно - деперсонализационного синдрома.

106. Отчетливая тоска с суточными колебаниями и витальным компонентом, напряжением, хотя внешние проявления тревоги могут быть незначительными или отсутствовать, психомоторная заторможенность. Суицидные тенденции, как правило, присутствуют, возможны идеи малоценности, виновности. Обсессии встречаются редко и носят характер хульных мыслей или навязчивых мыслей о самоубийстве. Имеются деперсонализационные явления: болезненное бесчувствие, сопровождаемое душевной болью, отсутствие чувства голода, насыщения, иногда сна. Сон тяжелый, с ранними утренними пробуждениями, аппетит резко снижен, наблюдаются похудание, запоры – это характеристика:

- А) анергетической депрессии;
- Б) меланхолического синдрома;
- В) тревожно-депрессивного синдрома;
- Г) депрессивно - деперсонализационного синдрома.

107. Значительный удельный вес тревоги, которая наряду с тоской составляет аффективный стержень синдрома. Настроение резко снижено, возможна тоска с витальным компонентом, суточные колебания настроения обычно выражены. В двигательной сфере — либо двигательное беспокойство в той или иной степени вплоть до резкой ажитации, либо тревожное оцепенение вплоть до обездвиженности. Как правило, беспокойство отмечается значительно чаще. Депрессивные идеи носят двойственный характер («виновен, но страшусь наказания»), часты ипохондрические идеи. Если имеются навязчивости, то они носят характер фобий. Возможны явления ауто- и соматопсихической

деперсонализации. Помимо снижения аппетита, похудения и запоров, отмечаются мышечные спазмы, болевые и неприятные ощущения, которые нередко служат базой для ипохондрических переживаний – это характеристика:

- А) анергетической депрессии;
- Б) меланхолического синдрома;
- В) тревожно-депрессивного синдрома;
- Г) депрессивно - деперсонализационного синдрома.

108. Больные не жалуются на сниженное настроение, заявляя, что они вообще не чувствуют никакого настроения, что настроение полностью отсутствует. Мимика скорее отсутствующая, чем печальная, обычна гипомимия, глаза блестящие, малоподвижные, слегка экзофтальмированные. Во время беседы больные могут улыбаться вежливой, привычной, ничего не выражающей улыбкой, которая иногда вводит в заблуждение врача относительно глубины депрессии и опасности суицида. Отчетливой психомоторной заторможенности нет. Исчезает ощущение привязанности, любви, тепла по отношению к близким, особенно детям, что в еще большей степени усиливает чувство душевной боли, вызванное отсутствием эмоций – это характеристика:

- А) анергетической депрессии;
- Б) меланхолического синдрома;
- В) тревожно-депрессивного синдрома;
- Г) депрессивно - деперсонализационного синдрома.

109. Характеризуется триадой основных симптомов: беспричинным и стойким повышенным настроением, ускорением темпа мышления, психомоторным возбуждением:

- А) депрессивный синдром;
- Б) маниакальный синдром;
- В) Апато-абулический синдром;
- Г) Психоорганический синдром.

110. Проявляется выраженными эмоциональной тупостью и абулией:

- А) депрессивный синдром;
- Б) маниакальный синдром;
- В) Апато-абулический синдром;
- Г) Психоорганический синдром.

111. Проявляется систематизированным монотематическим бредом, не сопровождающимся ни галлюцинациями, ни психическими автоматизмами, ни нарушениями памяти. Это могут быть бредовые идеи изобретательства, реформаторства, преследования, ревности. Бред развивается постепенно, на основе одностороннего истолкования реальных жизненных событий, которые связываются больным и приводятся в упорядоченную систему взглядов, приобретающую в сознании больного значение доминанты. Все происходящее преломляется через призму этих взглядов, соответственно оценивается,

принимается или отвергается больным. Больные отличаются стеничной аффективностью и большой активностью в плане реализации своих "изобретений", разоблачения неверной супруги, борьбы со своими "преследователям и т. д. – это характеристика:

- А) паранойяльного синдрома;
- Б) параноидного синдрома;
- В) парафренного синдрома;
- Г) синдрома психического автоматизма.

112. Несистематизированный политематический бред, сочетающийся с обманами восприятия (чаще всего в виде вербальных, реже - обонятельных или тактильных галлюцинаций) и, часто, с теми или иными явлениями психического автоматизма. В содержании бреда представлены идеи отношения, преследования, отравления, ущерба, внешнего воздействия, иногда идеи колдовства, порчи, в некоторых случаях ипохондрические. Тематика бреда, содержание галлюцинаций и характер психических автоматизмов тесно связаны между собой. Этот синдром наблюдается как в рамках острых психотических приступов (острый параноид) так и при хронических психических заболеваниях. Может протекать на фоне измененного депрессивного настроения или тревоги и сопровождаться бредовыми идеями соответствующего содержания – это характеристика:

- А) паранойяльного синдрома;
- Б) параноидного синдрома;
- В) парафренного синдрома;
- Г) синдрома психического автоматизма.

113. Проявляются в наплывах мыслей (ментизм), "разматывание" воспоминаний, "похищение" мыслей больного или их "озвучивание", "вкладывание" ему чужих "сделанных" мыслей, чувство открытости субъективного мыслей больного для окружающих и "чтения" его мыслей другими, "эхо-мысли":

- А) ассоциативные (идеаторные, идеовербальные) автоматизмы;
- Б) сенсорные (сенестопатические, чувственные) автоматизмы;
- В) двигательные (моторные, кинестетические) автоматизмы;
- Г) психопатические автоматизмы.

114. Проявляются возникновением, чаще во внутренних органах, неприятных, тягостных или болевых ощущений, сопровождаемых убежденностью в том, что они вызываются со специальной целью воздействием извне — бред физического воздействия. Больные сообщают об ощущениях сдавления, стягивания, перекручивания, натяжения, боли, холода, жжения и т.д.:

- А) ассоциативные (идеаторные, идеовербальные) автоматизмы;
- Б) сенсорные (сенестопатические, чувственные) автоматизмы;
- В) двигательные (моторные, кинестетические) автоматизмы;
- Г) психопатические автоматизмы.

115. Проявляются убежденность больных в том, что совершаемые ими движения и поступки происходят под воздействием внешней силы. Вначале появляются отдельные ненужные, произвольные жесты или мимические движения, возникают мгновенно проходящие состояния обездвиженности. Их сопровождает ощущение произвольности и чуждости субъекту:

- А) ассоциативные (идеаторные, идеовербальные) автоматизмы;
- Б) сенсорные (сенестопатические, чувственные) автоматизмы;
- В) двигательные (моторные, кинестетические) автоматизмы;
- Г) психопатические автоматизмы.

116. Представляет собой сочетание фантастического бреда величия. с более или менее систематизированным бредом преследования или воздействия. Бредовые идеи постоянно сопровождаются слуховыми галлюцинациями или псевдогаллюцинациями, а также психическими автоматизмами. Нередко наблюдаются и обманы памяти в форме фантастических конфабуляций. Больные считают себя повелителями мира, приписывают себе бессмертие, божественное происхождение, утверждают, что написали под псевдонимами книги всех великих писателей и т.д. С этими грандиозными идеями величия связано и содержание конфабуляций - воспоминания о космических полетах, жизни в античном мире. Настроение больных обычно приподнятое, но встречается и депрессивный вариант этого синдрома - синдром Котара: больной считает себя величайшим преступником, источником всего зла на земле, причиной войн, стихийных бедствий, болезней и смертей. Заслуживает в наказание бесконечные мучения, а потому обречен на бессмертие. Одновременно он может утверждать, что у него сгнили внутренние органы, разрушается организм, у него нет мозга или, что он уже умер, превращается в труп и в таком виде будет существовать вечно – это характеристика:

- А) паранойяльного синдрома;
- Б) параноидного синдрома;
- В) парафренного синдрома;
- Г) синдрома психического автоматизма.

117. Состояние непрерывного галлюцинирования, обусловленное наплывом преимущественно какого-либо одного вида галлюцинаций – это характеристика:

- А) паранойяльного синдрома;
- Б) параноидного синдрома;
- В) галлюциноза;
- Г) синдрома психического автоматизма.

118. Симптомокомплекс сопровождающийся снижением памяти, интеллекта и аффективной лабильностью – это:

- А) Корсаковский синдром;
- Б) синдром психического автоматизма;

- В) психоорганический синдром;
- Г) деменция.

119. Сочетание фиксационной амнезии, псевдореминисценций и конфабуляций – это:

- А) Корсаковский синдром;
- Б) синдром психического автоматизма;
- В) психоорганический синдром;
- Г) деменция.

120. Утрата накопленных способностей и знаний, общее снижение продуктивности психической деятельности, изменение личности – это:

- А) Корсаковский синдром;
- Б) синдром психического автоматизма;
- В) психоорганический синдром;
- Г) деменция.

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

- А) Галена;
- Б) Галя;
- В) Клейста;
- Г) Лурия.

122. Автором культурно-исторической теории развития ВПФ был:

- А) Сеченов;
- Б) Бехтерев;
- В) Выготский;
- Г) Карвасарский.

123. Зона ближайшего развития – это:

- А) ближайший к текущей дате возрастной период;
- Б) то, что может ребенок с помощью взрослого;
- В) уровень достигнутого интеллектуального развития;
- Г) критерий учебной успеваемости.

124. Системообразующим фактором для всех типов функциональных объединений в соответствии с концепцией П.К. Анохина является:

- А) наличие связи между элементами системы;
- Б) многочисленность элементов системы;
- В) наличие нескольких уровней в системе;
- Г) цель.

125. Термин «гетерохронность» в нейропсихологии обозначает:

- А) трудности формирования гностических функций;

- Б) неодновременность развития функций;
- В) патологию со стороны двигательного аппарата;
- Г) различия в результатах нейропсихологического тестирования.

126. Изменчивость мозговой организации функций является отражением принципа:

- А) системной локализации функций;
- Б) динамической локализации функций;
- В) иерархической соподчиненности функций;
- Г) структурной локализации функций.

127. Жесткость организации мозговых функций обуславливается:

- А) меньшей подверженностью травмам;
- Б) их реализацией в макросистемах мозга;
- В) более ранним периодом формирования;
- Г) как реализацией в макросистемах мозга, так и более ранним периодом формирования.

128. Основным тезисом эквипотенциализма является:

- А) многоуровневость организации ВПФ;
- Б) функциональная равноценность левого и правого полушарий;
- В) принципиальная схожесть протекания психических процессов у всех людей;
- Г) равноценность роли всех зон мозга в реализации психической деятельности.

129. Выберите отличительные характеристики ВПФ:

- А) произвольность;
- Б) опосредованность;
- В) прижизненность формирования;
- Г) наличие биологической основы.

130. Медиабазальные отделы головного мозга по классификации А.Р. Лурия относятся к:

- А) энергетическому неспецифическому блоку;
- Б) блоку переработки экстероцептивной информации;
- В) блоку программирования, регуляции и контроля;
- Г) не относятся ни к одному из блоков.

131. Нарушения контроля за исполнением собственного поведения в основном связано с:

- А) патологией лобных долей;
- Б) повреждением глубоких структур мозга;
- В) нарушением работы теменно-затылочных отделов;
- Г) височной патологией.

132. Расстройства различных видов ощущений называются:

- А) агнозиями;
- Б) галлюцинациями;
- В) сенсорными расстройствами;
- Г) иллюзиями.

133. Общим признаком зрительных агнозий являются:

- А) неспособность увидеть что-либо;
- Б) изменения полей зрения;
- В) нарушения мыслительных процессов;
- Г) потеря способности узнавания.

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

- А) аутоагнозией;
- Б) тактильной агнозией;
- В) дермолексией;
- Г) соматоагнозией.

135. Аутоагнозия – признак:

- А) нижнетеменного поражения;
- Б) верхнетеменного поражения;
- В) среднетеменного поражения;
- Г) поражения вторичных отделов зрительного анализатора.

136. Принцип сенсорных коррекций сложных движений был разработан:

- А) Бехтеревым;
- Б) Сеченовым;
- В) Лурия;
- Г) Бернштейном.

137. Замена нужных движений на шаблонные является признаком:

- А) кинестетической апраксии;
- Б) пространственной апраксии;
- В) кинестетической апраксии;
- Г) регуляторной апраксии.

138. Приобретенное речевое расстройство вследствие поражения левого полушария называется:

- А) алалией;
- Б) мутизмом;
- В) дизартрией;
- Г) афазией.

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

- А) афферентной моторной афазии;

- Б) сенсорной афазии;
- В) семантической афазии;
- Г) динамической афазии.

140. Основным дефектом при вербальной алексии является:

- А) слабое зрение;
- Б) нарушение симультанного узнавания;
- В) перепутывание букв;
- Г) нарушение симультанного узнавания и перепутывание букв.

141. Аграфия – это:

- А) потеря способности к рисованию;
- Б) потеря способности переноса навыков письма с правой руки на левую у правшей;
- В) навязчивые повторения отдельных букв при письме и штрихов при рисовании;
- Г) нарушение способности правильно по форме и смыслу писать.

142. Акалькулия часто сочетается с:

- А) семантической афазией;
- Б) кинестетической апраксией;
- В) соматоагнозией;
- Г) эмоциональными расстройствами.

143. Неспецифические расстройства памяти преимущественно связаны с работой:

- А) первого блока мозга;
- Б) второго блока мозга;
- В) третьего блока мозга;
- Г) второго и третьего блока мозга.

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

- А) между теменной и височной корой;
- Б) от зрительного анализатора к третичным полям;
- В) внутри лимбической системы;
- Г) между ретикулярной формацией и лобной корой.

145. Поражение конвекситальных отделов лобных долей мозга вероятнее приводит к такому эмоциональному состоянию, как:

- А) безразличное благодушие;
- Б) грусть;
- В) депрессия;
- Г) тревога.

146. Процесс опознания от общего к частному более представлен:

- А) в левом полушарии;
- Б) в правом полушарии;
- В) одинаково в обоих полушариях;
- Г) в зависимости от стимульного материала.

147. Очаговые процессы проявляются аффективными расстройствами по типу экзальтации или депрессии, а также пароксизмами тоски, тревоги, страха в сочетании с осознаваемыми и переживаемыми вегетативными реакциями, то это вероятнее всего с:

- А) поражением медиальных отделов височной области;
- Б) поражением латеральных отделов височной области;
- В) поражением затылочных долей головного мозга;
- Г) поражением височно-теменно-затылочная подобласти.

148. Нарушения зрительно-перцептивной деятельности в виде зрительных агнозий возникают вероятнее всего в связи с:

- А) поражением медиальных отделов височной области;
- Б) поражением латеральных отделов височной области;
- В) поражением затылочных долей головного мозга;
- Г) поражением височно-теменно-затылочная подобласти.

149. Синдром акустической агнозии формируется при поражении:

- А) лобных отделов мозга;
- Б) медиальных отделов височной области;
- В) латеральных отделов височной области;
- Г) верхней и нижней теменной областей.

150. Сочетание нарушений сознания (дезориентировка больного в месте, во времени, своем заболевании и в собственной личности), нарушения памяти (характеризующиеся модальной неспецифичностью, нарушением отсроченного в условиях интерференции воспроизведения по сравнению с относительно сохранным непосредственным и нарушением избирательности процессов воспроизведения) характерно при:

- А) заднелобном синдроме;
- Б) поражении префронтальных отделов лобных долей;
- В) поражении медиальных отделов лобных долей;
- Г) поражении базальных отделов лобных долей.

151. Возникновении эфферентной апраксии вероятнее всего при:

- А) заднелобном синдроме;
- Б) поражении префронтальных отделов лобных долей;
- В) поражении медиальных отделов лобных долей;
- Г) поражении базальных отделов лобных долей.

152. Возникновение регуляторной апраксии вероятнее всего при:

- А) заднелобном синдроме;
- Б) поражении префронтальных отделов лобных долей;
- В) поражении медиальных отделов лобных долей;
- Г) поражении базальных отделов лобных долей.

153. Возникновение эмоционально-личностных расстройств вероятнее всего при:

- А) заднелобном синдроме;
- Б) поражении префронтальных отделов лобных долей;
- В) поражении медиальных отделов лобных долей;
- Г) поражении базальных отделов лобных долей.

154. Возникновение грубого нарушение целенаправленного поведения (аспонтанность) и замена актуального и адекватного выполнения деятельности системными персеверациями и стереотипиями вероятнее всего при:

- А) поражении глубинных отделов лобных долей мозга;
- Б) поражении префронтальных отделов лобных долей;
- В) поражении медиальных отделов лобных долей;
- Г) поражении базальных отделов лобных долей.

155. Синдром «дископии-дисграфии» проявляется в том, что:

- А) нарушено называние стимулов, поступающих в правое полушарие мозга;
- Б) больному становится полностью недоступно письмо левой рукой в сочетании с невозможностью рисовать (срисовывать) правой рукой;
- В) возникает дефицит в регуляции мозговой деятельности и связанные с ним нарушения сознание, эмоций, внимания и памяти;
- Г) аспонтанности.

156. Патопсихологические синдромы были выделены:

- А) Б.В. Зейгарник;
- Б) А.В. Снежневским;
- В) А.И. Кудрявцевым;
- Г) В.М. Блейхером.

157. Маниакально-депрессивный психоз и функциональные аффективные психозы соответствуют:

- А) шизофреническому синдрому;
- Б) олигофреническому синдрому;
- В) аффективно-эндогенному;
- Г) экзогенно-органическому.

158. Умственная отсталость соответствует:

- А) шизофреническому синдрому;
- Б) олигофреническому синдрому;

- В) аффективно-эндогенному;
- Г) экзогенно-органическому.

159. Церебральный атеросклероз, последствия черепно-мозговых травм соответствуют:

- А) шизофреническому синдрому;
- Б) олигофреническому синдрому;
- В) аффективно-эндогенному синдрому;
- Г) экзогенно-органическому синдрому.

160. Истинная эпилепсия соответствует:

- А) шизофреническому синдрому;
- Б) эндогенно-органическому синдрому;
- В) аффективно-эндогенному синдрому;
- Г) экзогенно-органическому синдрому.

161. Акцентуированные и аномальные личности и обусловленные в значительной мере аномальной почвой психогенные реакции соответствуют:

- А) шизофреническому синдрому;
- Б) олигофреническому синдрому;
- В) личностно-аномальному синдрому;
- Г) экзогенно-органическому синдрому.

162. Реактивные психозы соответствуют:

- А) шизофреническому синдрому;
- Б) олигофреническому синдрому;
- В) аффективно-эндогенному синдрому;
- Г) психогенно – психотическому синдрому.

163. Неврозы и невротические реакции соответствуют:

- А) шизофреническому синдрому;
- Б) олигофреническому синдрому;
- В) аффективно-эндогенному синдрому;
- Г) психогенно-невротическому синдрому.

164. Мотивационный компонент деятельности характеризует:

- А) то, каким образом достигается результат;
- Б) то, как больной формулирует для себя, ради чего он выполняет те или иные задания, определяет систему отношений, складывающихся и проявляющихся в исследовании;
- В) то, как протекает психическая деятельность;
- Г) то, из чего состоит мыслительный процесс.

165. Операциональный компонент деятельности характеризует:

- А) то, каким образом достигается результат;

Б) то, как больной формулирует для себя, ради чего он выполняет те или иные задания, определяет систему отношений, складывающихся и проявляющихся в исследовании;

В) то, как протекает психическая деятельность;

Г) то, из чего состоит мыслительный процесс.

166. Динамическая характеристика деятельности это:

А) то, каким образом достигается результат;

Б) то, как больной формулирует для себя, ради чего он выполняет те или иные задания, определяет систему отношений, складывающихся и проявляющихся в исследовании;

В) то, как протекает психическая деятельность;

Г) то, из чего состоит мыслительный процесс.

167. Не относится к основным составляющим патопсихологического синдрома:

А) аффективное реагирование, мотивация, система отношений больного;

Б) характеристика действий больного при решении познавательной задачи – целенаправленность, способность к контролю, критичность;

В) протекание деятельности во времени;

Г) прогноз течения соматического заболевания.

168. О каком виде влияния соматического заболевания на психику идет речь: «шоковая реакция личности на болезнь, формирование неадекватной внутренней структуры болезни»:

А) соматогенном;

Б) психогенном;

В) невротическом;

Г) психопатическом.

169. О каком виде влияния соматического заболевания на психику идет речь: «Воздействие интоксикации на ЦНС»:

А) соматогенном;

Б) психогенном;

В) невротическом;

Г) психопатическом.

170. Сомато-вегетативный уровень нервно-психического реагирования проявляется в:

А) 0-3 года;

Б) 4-10 лет;

В) 12-16 лет;

Г) 7-12 лет.

171. Психомоторный уровень нервно-психического реагирования проявляется в:

- А) 0-3 года;
- Б) 4-10 лет;
- В) 12-16 лет;
- Г) 7-12 лет;

172. Аффективный уровень нервно-психического реагирования проявляется в:

- А) 0-3 года;
- Б) 4-10 лет;
- В) 12-16 лет;
- Г) 7-12 лет.

173. Эмоционально – идеаторный уровень нервно-психического реагирования проявляется в:

- А) 0-3 года;
- Б) 4-10 лет;
- В) 12-16 лет;
- Г) 7-12 лет.

174. Повышенная возбудимость, склонность к расстройствам пищеварения, питания, сна, навыков опрятности характерны для такого уровня нервно-психического реагирования, как:

- А) Сомато-вегетативный;
- Б) Психомоторный;
- В) Аффективный;
- Г) Эмоционально – идеаторный.

175. Двигательная расторможенность, тики, заикание характерны для такого уровня нервно-психического реагирования, как:

- А) Сомато-вегетативный;
- Б) Психомоторный;
- В) Аффективный;
- Г) Эмоционально – идеаторный.

176. Наличие страхов, уходы из дома и бродяжничество характерны для такого уровня нервно-психического реагирования, как:

- А) Сомато-вегетативный;
- Б) Психомоторный;
- В) Аффективный;
- Г) Эмоционально – идеаторный.

177. Формирование сверхценных образований – психогенных патохарактерологических реакций (протесты, эмансипация), синдрома анорексии характерны для такого уровня нервно-психического реагирования, как:

- А) Сомато-вегетативный;

- Б) Психомоторный;
- В) Аффективный;
- Г) Эмоционально – идеаторный.

178. Достоинством теста Векслера при проведении патопсихологического исследования является:

- А) обилие тестовых заданий;
- Б) возможность получить сведения как о вербальном, так и о невербальном интеллекте;
- В) составить общее представление о структуре интеллекта;
- Г) наличие стандартизированных данных.

179. Подбор по образцу и называние цветов используется для диагностики:

- А) объема внимания;
- Б) зрительного гнозиса;
- В) праксиса;
- Г) конструктивного праксиса.

180. Подбор по образцу геометрических фигур используется для диагностики:

- А) слухового гнозиса;
- Б) зрительного гнозиса;
- В) праксиса;
- Г) конструктивного праксиса.

181. Узнавание контурных изображений используется для диагностики:

- А) слухового гнозиса
- Б) зрительного гнозиса
- В) праксиса
- Г) конструктивного праксиса

182. Узнавание перечеркнутых изображений используется для диагностики:

- А) слухового гнозиса;
- Б) зрительного гнозиса;
- В) праксиса;
- Г) конструктивного праксиса.

183. Различение ритмических последовательностей используется для диагностики:

- А) слухового гнозиса;
- Б) зрительного гнозиса;
- В) праксиса;
- Г) конструктивного праксиса.

184. Ориентировка в сторонах собственного тела и тела напротив сидящего используется для диагностики:

- А) слухового гнозиса;
- Б) зрительного гнозиса;
- В) пространственного восприятия;
- Г) конструктивного праксиса.

185. Дифференцировка пространственных понятий используется для диагностики:

- А) слухового гнозиса;
- Б) зрительного гнозиса;
- В) пространственного восприятия;
- Г) конструктивного праксиса.

186. Называние частей суток в патопсихологическом исследовании используется для диагностики:

- А) предметного гнозиса;
- Б) движений и действий;
- В) временного восприятия;
- Г) общей осведомленности.

187. Складывание разрезных картинок в патопсихологическом исследовании используется для диагностики:

- А) предметного гнозиса;
- Б) движений и действий;
- В) конструктивного восприятия;
- Г) общей осведомленности.

188. Проба Заззо в патопсихологическом исследовании используется для диагностики:

- А) предметного гнозиса;
- Б) движений и действий;
- В) синкинезий;
- Г) общей осведомленности.

189. Пробе Хеда в патопсихологическом исследовании используется для диагностики:

- А) предметного гнозиса;
- Б) движений и действий;
- В) синкинезий;
- Г) зрительно-пространственной организации движений.

190. Заучивание 10 слов при 4-х кратном предъявлении используется для диагностики:

- А) экспрессивной речи;
- Б) конкретного мышления;
- В) графических навыков;

Г) механической памяти.

191. Методика «Пиктограмма» используется в патопсихологическом диагностическом исследовании для оценки:

- А) уровня механической памяти;
- Б) форм мышления;
- В) логической памяти;
- Г) особенностей мышления.

192. Методика «Опосредованное запоминание» используется в патопсихологическом диагностическом исследовании для оценки:

- А) наглядно - образного мышления;
- Б) логической памяти;
- Г) обученности;
- Г) обучаемости.

193. На выявление и измерение общего уровня относительно простых знаний и, тем самым, направленности и широты познавательных интересов, степени развития основных интеллектуальных функций (памяти и мышления), направлен такой субтест в методике Векслера, как:

- А) «Понятливость»;
- Б) «Осведомленность»;
- В) «Сходство»;
- Г) «Арифметический».

194. На выявление и измерение перцептивных способностей, включенных в зрительное узнавание знакомых объектов, умение дифференцировать существенное от второстепенного, направлен такой субтест в методике Векслера, как:

- А) «Словарный»;
- Б) «Сходство»;
- В) «Недостающие детали»;
- Г) «Повторение цифр».

195. На выявление умений строить умозаключения на основе жизненного опыта с опорой на здравый смысл, в котором, по мнению Д. Векслера, взаимодействуют интеллектуальные и эмоциональный факторы, направлен такой субтест в методике Векслера, как:

- А) «Последовательный картинки»;
- Б) «Сходство»;
- В) «Понятливость»;
- Г) «Повторение цифр».

196. Требуется от испытуемого продемонстрировать высокую концентрированность произвольного внимания, сообразительность, четкость оперирования числовым материалом такой субтест в методике Векслера, как:

- А) «Шифровка»;
- Б) «Словарный»;
- В) «Понятливость»;
- Г) «Арифметический».

197. Направлен на выявление и измерение способностей к логическому обобщению и степени развития этих способностей такой субтест в методике Векслера, как:

- А) «Словарный»;
- Б) «Кубики Косса»;
- В) «Сходство»;
- Г) «Недостающие детали».

198. Обнаруживает качество оперативной памяти и активного внимания такой субтест в методике Векслера, как:

- А) «Сходство»;
- Б) «Повторение цифр»;
- В) «Словарный»;
- Г) «Понятливость».

199. Предполагает свободное оперирование словами родного языка, успешность выполнения напрямую зависит от уровня образования и культуры мышления испытуемого – это характеристика такого субтеста методики Векслера, как:

- А) «Сходство»;
- Б) «Повторение цифр»;
- В) «Словарный»;
- Г) «Понятливость».

200. Наиболее информативен в структуре невербального интеллекта, направлен на выявление аналитико-синтетических способностей такой субтест в методике Векслера, как:

- А) «Складывание фигур»;
- Б) «Кубики Косса»;
- В) «Последовательные картинки»;
- Г) «Недостающие детали».

201. Требуется умения организовывать отдельные части смыслового сюжета в единое целое, выявляет перцептивное внимание и зрительное «схватывание» материала, понимание и предвосхищение событий такой субтест в методике Векслера, как:

- А) «Складывание фигур»;

- Б) «Кубики Косса»;
- В) «Последовательные картинки»;
- Г) «Недостающие детали».

6 Схема анализа данных по методике СМИЛ

Подготовка заключения по профилю СМИЛ – это процесс, который предполагает несколько этапов, помимо самого процесса тестирования и обработки результатов.

После того, как результаты обработаны, представлены в виде профиля и таблицы, следует обратиться к анализу профилю по алгоритму № 1.

Алгоритм № 1. «Анализ профиля».

1. Сравнить данные контрольных шкал с «критическими значениями». Сделать вывод о достоверности результатов исследования.
2. Сравнить данные контрольных шкал между собой, сделать вывод
А) об отношении к тестированию
Б) о внимательности испытуемого и его способности правильно понимать вопросы теста
В) о таких особенностях личности, как осторожность и склонность к демонстрации собственной социабельности.
3. Подсчитать среднее значение по шкалам, приближенность шкал к отметке в 70 Т-баллов или к отметке 30 Т-баллов, сделать вывод об уровне профиля.
4. Сделать заключение об актуальном состоянии испытуемого.
5. Проанализировать рельеф профиля: линейный, зигзагообразный или пикообразный.
6. Сделать заключение о типе выраженности черт личности.
7. Выделить шкалы, по которым отмечены повышения относительного среднего уровня профиля.
8. Выделить основные характеристики, характерные для данных шкал, включающие: а) свойства личности; б) особенности жизненной позиции; в) особенности восприятия; г) ведущие потребности; д) ситуации, являющиеся стрессовыми; е) реагирование на стресс; ж) условия оптимальной эффективности; з) стиль общения.
9. Проанализировать сочетания пиков по шкалам.
10. Выделить особенности, которые привносят данные сочетания по параметрам: а) свойства личности; б) особенности жизненной позиции; в) особенности восприятия; г) ведущие потребности; д)

ситуации, являющиеся стрессовыми; е) реагирование на стресс; ж) условия оптимальной эффективности; з) стиль общения.

11. Скорректировать выделенные особенности по пикам и их сочетаниям в соответствии с уровнем профиля.

После того, как завершен алгоритм № 1, перейти собственно к написанию заключения, то есть к алгоритму № 2.

Алгоритм № 2 «Написание заключения»

1. Описать актуальное состояние испытуемого и отношение к тестированию (сначала описать, затем аргументировать). *Если результаты недостоверны, то необходимо сделать вывод о причинах и предположить, о каких особенностях личности идет речь. В этом случае заключение предполагает только такое описание.*
2. Перечислить наиболее выраженные черты личности (также сначала описать, затем аргументировать), включая целостное представление о типе реагирования испытуемого (стенический в норме, стенический в состоянии дезадаптации, гипостенический в норме, гипостенический в ситуации дезадаптации)
3. Описать особенности жизненной позиции испытуемого (если профиль предоставляет для этого информацию)
4. Особенности восприятия (если профиль предоставляет для этого информацию)
5. Ведущие потребности (если профиль предоставляет для этого информацию)
6. Перечислить ситуации, которые являются стрессовыми (также сначала описать, затем аргументировать)
7. Описать наиболее характерные для испытуемого реакции на стресс (также сначала описать, затем аргументировать)
8. Описать условия оптимальной эффективности испытуемого (также сначала описать, затем аргументировать)
9. Описать стиль общения испытуемого (также сначала описать, затем аргументировать)

7 Схема анализа данных по тесту Векслера

Тест Векслера является первым в данном направлении, опубликован в 1939 году. Мы используем модификацию теста 1955 года, WAIS – (шкала интеллекта взрослых).

Создавая методику, Векслер исходил из следующего определения интеллекта: **«Интеллект - комплексная глобальная способность индивидуума целенаправленно вести себя, разумно мыслить и успешно взаимодействовать с внешней средой»**

В отечественных исследованиях тест Векслера был адаптирован в Ленинградском психоневрологическом институте им. Бехтерева, успешно использовался в комплексном лонгитюдном изучении интеллекта (Б.Г. Ананьев, 1969), применялся в дифференциальной диагностике задержки психического развития и умственной отсталости (А.Ю. Панасюк, 1976), а также судебно-психологической экспертизе подростков (Л.А. Калинина, 1980).

Однако показатель IQ – суммарный показатель интеллекта в настоящее время не является абсолютной и неоспоримой величиной, характеризующей уровень интеллекта.

Даже психологи, развивающие тестологическое направление (D. Rapoport, 1945), не придают первостепенного значения показателю IQ и выдвигают на передний план значение разброса, то есть анализа оценок, полученных при сравнении выполнений заданий по различным субтестам Векслера. Таким образом, значение IQ — показателя межличностного, интериндивидуального — отстает перед фактором разброса, имеющим внутриличностное, интраиндивидуальное значение.

Поставлена под сомнение характеристика IQ как показателя степени развития интеллекта. Этому в немалой мере способствуют наблюдения относительно упражняемости ряда свойств, характеризующих IQ (Л.В. Занков, 1963). Л.А. Вяткина (1970) рассматривает результат испытаний по Векслеру как характеристику не задатков, а достигнутого уровня умственного развития. Однако и как показатель умственного развития IQ снабжает исследователя не абсолютными, а лишь относительными данными применительно к определенной группе обследуемых. А. Anastasi считает, что IQ — это только условный способ выразить оценку в некоторых видах тестов, и так его нужно интерпретировать. Таким образом, IQ в последнее время рассматривается как эмпирический показатель, лишь относительно свидетельствующий о состоянии функции интеллекта. С этим связано то, что многие исследователи отказываются пользоваться самим понятием IQ, прибегая к понятиям «суммарный показатель», «статистический показатель», «общий корригированный показатель».

Полученные при исследовании по тесту Векслеру данные опираются на математически обработанные результаты обследований больших групп больных различной нозологической принадлежности и не всегда применимы в решении вопросов индивидуальной нозологической диагностики. Сам D. Wechsler в интерпретации получаемых с помощью его метода результатов

при обследовании больных шизофренией придавал большое значение их качественному анализу. Так, при этом отмечалось несоответствие правильности решения задания степени его трудности, акцентировалось внимание на выявлении в процессе исследования таких особенностей мышления, как резонерство, тенденция к чрезмерным обобщениям, т. е. свойств, не поддающихся количественному определению.

Есть и еще одна сторона вопроса. Даже такой относительно разносторонний по методическим приемам тест, как интеллектуальная шкала Векслера, не может претендовать на универсальную валидность. В частности, этот тест не включает ряд методик, особенно хорошо зарекомендовавших себя при выявлении шизофренических расстройств мышления, например, методик классификации, исключения, образования пиктограмм и т. п. Объяснение переносного смысла пословиц у ряда больных шизофренией оказывается сохранным, и гораздо более ценной в информативном отношении при этом заболевании является методика соотнесения пословиц с фразами. Диагностическая ценность теста Векслера неодинакова при различных вариантах клинического задания, которым руководствуется патопсихолог. Она значительно выше, когда проводится дифференциальная диагностика шизофрении и органических поражений головного мозга, и сводится главным образом к качественной интерпретации результатов при отграничении шизофрении от психопатий или невротических состояний. В этом отношении представляют интерес данные G. Dahl (1968), исследовавшего психопатологически контрастные группы психически больных (шизофрения, органические поражения головного мозга, неврозы), сходных по полу, возрасту и IQ. Существенных диагностических различий он при этом не обнаружил. Лишь мозаичный субтест (кубики Кооса) отличал больных с органическими заболеваниями головного мозга от больных шизофренией и неврозами. На этом основании G. Dahl предостерегает от некритического использования теста Векслера для решения вопросов клинической диагностики.

В то же время исследование интеллектуальной деятельности с помощью тестов позволяет получить данные, характерные для обследуемого в сравнении с другими пациентами той же возрастной группы, определяющие в том или ином отношении его индивидуальные особенности. Возможность стандартизованной оценки достигнутых при обследовании результатов имеет положительное значение при характеристике глубины психического дефекта отдельного больного или группы больных общей нозологической принадлежности. Кроме того, тщательный и тонкий качественный анализ результатов при учете их количественного значения оказался весьма результативным в определении личностных особенностей обследуемых (И.Н. Гильяшева, 1969, 1971).

Можно думать, что психометрические тесты окажутся полезными при обследовании какой-либо категории больных в динамике, на различных этапах течения заболевания и онтогенеза. Правомерность такого подхода показана D. Bromley (1966), использовавшей метод Векслера для характеристики функций интеллекта при старении. Преобладающая масса

исследований интеллекта при старении произведена методом «поперечных срезов». Изучение динамики интеллекта путем «поперечных срезов» дает средние данные для разных возрастных групп. При этом стираются индивидуальные различия, картина того или иного процесса получается интегративной, выявляет определенную тенденцию.

Развитие и спад интеллектуальных функций можно проследить в одной и той же группе лонгитудинальным («продольным») методом. Так, при этом можно выявить внезапные скачки интеллектуального уровня на некоторых онтогенетических этапах у отдельных лиц, проследить роль соматических и социальных факторов в возникновении этих скачков или спадов. Кроме того, при такой организации исследования можно учесть исходный уровень интеллектуальной деятельности. Однако для проведения лонгитудинального исследования требуется подготовка идентичных и достаточно выверенных наборов субтестов. Наиболее результативным D. Bromley считает сочетание обоих методов — «поперечных срезов» и лонгитудинального.

Категоричность суждений здесь может оказать плохую услугу. Мы хотели лишь высказать мнение, основанное на некотором опыте их применения. Можно, однако, полагать, что наиболее правильным было бы их применение в общем комплексе патопсихологического исследования наряду с другими преимущественно качественными методиками и при выработке определенных показаний к их использованию.

Собственно Векслер для наиболее точного и обоснованного применения методики рекомендовал ее показатели анализировать поэтапно:

1. Квалификация величин показателей IQ.
2. Учет соотношения величин оценок вербального и невербального IQ.
3. Учет величины разброса шкальных оценок по субтестам методики.
4. Учет характера правильности ответов испытуемого на задания субтестов (ввиду того, что задания в субтестах располагаются по нарастающей сложности).
5. Качественный анализ ответов испытуемого (особенно в субтесте «Последовательные картинки») и его реакций, сопутствующих тестированию.

Для качественной краткой характеристики показателей IQ Векслер предложил следующую таблицу (Таблица 19)

Результаты работ В.М. Блейхера свидетельствуют об изменчивости с возрастом оценок по субтестам «Сложение фигур» и «Недостающие детали», в то время, как оценки в «Повторении цифр» и «Сходстве» меняются незначительно. Сам же Векслер несколько иначе представлял структуру субтестов, чьи значения подвержены возрастным изменениям. В частности, наименее подверженными возрастным изменениям он считал субтесты «Словарный», «Осведомленность», «Сложение фигур», «Недостающие детали». Наиболее подверженными снижению оценок : «Повторение цифр», «Сходство», «Шифровка», «Кубики Косса» (таблица 20).

Таблица 19 - Границы определения уровней интеллектуального развития

Оценка показателя	Характеристика уровня интеллектуального развития	% встречаемости в выборке (n = 1700 чел)
130 и выше	Весьма высокий интеллект	2,2
120-129	Высокий интеллект	6,7
110-119	Хорошая норма интеллекта	16,1
90-109	Средний уровень интеллекта	50,0
80-89	Сниженная норма интеллекта	16,1
70-79	Пограничный уровень	6,7
69 и ниже	Умственный дефект	2,2

Таким образом, **алгоритм анализа данных по тесту Векслера** состоит из следующих этапов:

1. Соотнести общий показатель IQ с границами уровней интеллектуального развития (то есть с таблицей 19).
2. Вычислить разницу вербального IQ и невербального IQ.
3. Сделать выводы о наличии/отсутствии риска невротических/психотических расстройств.
4. Обратить внимание на данные субтестов «Повторение цифр», «Сходство», «Шифровка»,
5. Сделать вывод о качестве и порядке выполнения заданий в данных субтестах: какие вспомогательные интеллектуальные действия применял испытуемый, как быстро понимал смысл задания, как быстро вработывался и переносил навык на новое задание
6. Обратить внимание на субтест «Кубики Косса».
7. Проанализировать процесс выполнения задания, скорость понимания процесса действий с кубиками, метод, с помощью которого больной выполнял задания, характер аналитико-синтетической деятельности, наличие/отсутствие совершенствования и автоматизации навыков складывания фигур по образцу.
8. В соответствии с таблицей 20 сделать выводы о качестве и характере влияния социального анамнеза на результаты выполнения заданий по субтестам.

Таблица 20 - Функции интеллекта, определяемые субтестами шкал Векслера

Субтест	Изучаемая функция	Фактор, влияющий на результат
Осведомленность	Сохранение в памяти материала длительное время. Ассоциации и организация опыта.	Культурная среда, интересы.
Понимание	Абстрактное мышление. Организация знаний. Формирование понятий.	Возможность приобщения к культуре. Реакция на реальные ситуации. Объем внимания.
Арифметический	Сохранение в памяти арифметических операций	Возможность овладения основными арифметическими операциями
Установления сходства	Анализ связей, взаимосвязей. Формирование вербальных понятий.	Возможность приобщения к культуре
Словарный	Языковое развитие. Формирование понятий.	Возможность приобщения к культуре
Цифровые ряды	Немедленное воспроизведение. Слуховые образы (отчасти – зрительные образы)	Объем внимания
Последовательные картинки	Зрительное восприятие отношений (визуальная интуиция)	Возможность приобщения к культуре
Недостающие детали	Зрительное восприятие, анализ. Зрительные образы.	Опыт восприятия окружающей среды
Составление фигур	Зрительное восприятие, синтез. Визуально-моторная интеграция	Степень и точность двигательной активности
Кубики Кооса	Восприятие формы. Зрительное восприятие, анализ. Зрительно-моторная интеграция	Степень двигательной активности. Уровень цветного зрения
Шифровка	Немедленное воспроизведение. Визуально-моторная интеграция. Зрительные образы	Степень двигательной активности

8 Практические задания для тренировки практических навыков по курсу «Клиническая психология»

8.1 Профили СМИЛ для тренировки практических навыков

Случай 1. Женщина, 25 лет, среднее профессиональное образование, обследование в рамках уточнения причин психосоматического расстройства.

L	F	K		1Hs	2D	3Hy	4Pd	5Mf	6Pa	7Pt	8Sc	9Ma	0Si
57	82	38		70	88	65	76	20	77	75	92	63	66

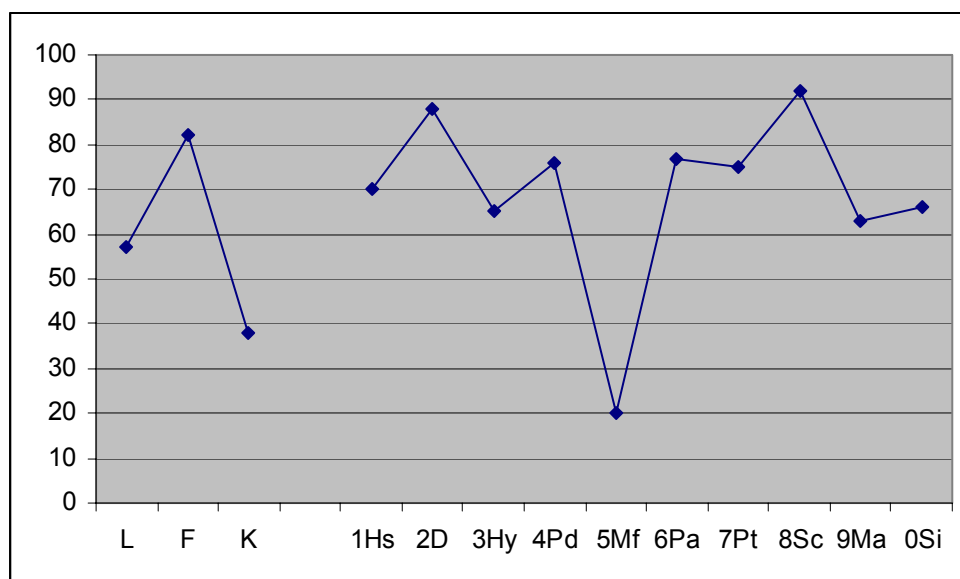


Рисунок 1

Случай 2. Женщина, 21 год, обследование в рамках профессионального отбора.

L	F	K		1Hs	2D	3Hy	4Pd	5Mf	6Pa	7Pt	8Sc	9Ma	0Si
41	69	36		54	42	47	42	56	56	44	53	69	53

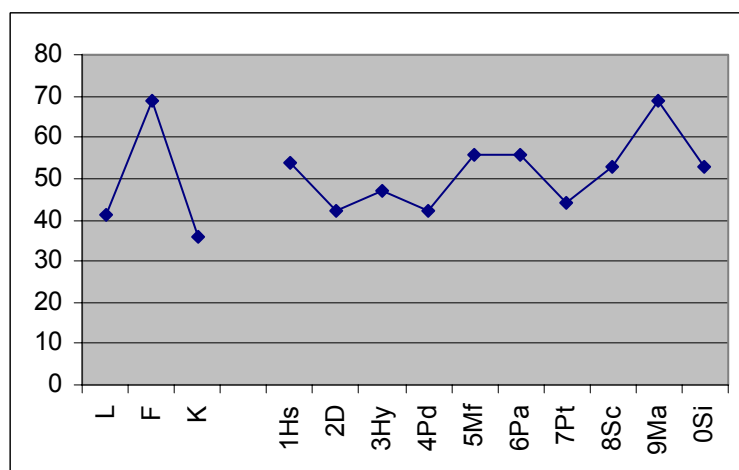


Рисунок 2

Случай 3. Женщина, 19 лет, обследование в рамках индивидуального консультирования по проблемам семейных взаимоотношений.

L	F	K		1Hs	2D	3Hy	4Pd	5Mf	6Pa	7Pt	8Sc	9Ma	0Si
48	79	36		64	68	66	63	50	76	72	74	72	67

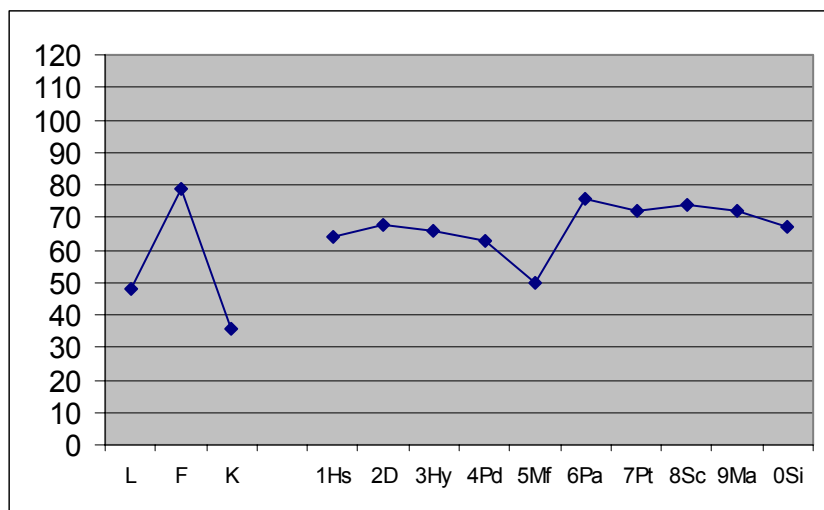


Рисунок 3

Случай 4. Мужчина, 32 года, обследование по направлению МСЭ.

L	F	K		1Hs	2D	3Hy	4Pd	5Mf	6Pa	7Pt	8Sc	9Ma	0Si
40	86	46		51	58	51	83	78	70	60	74	84	43

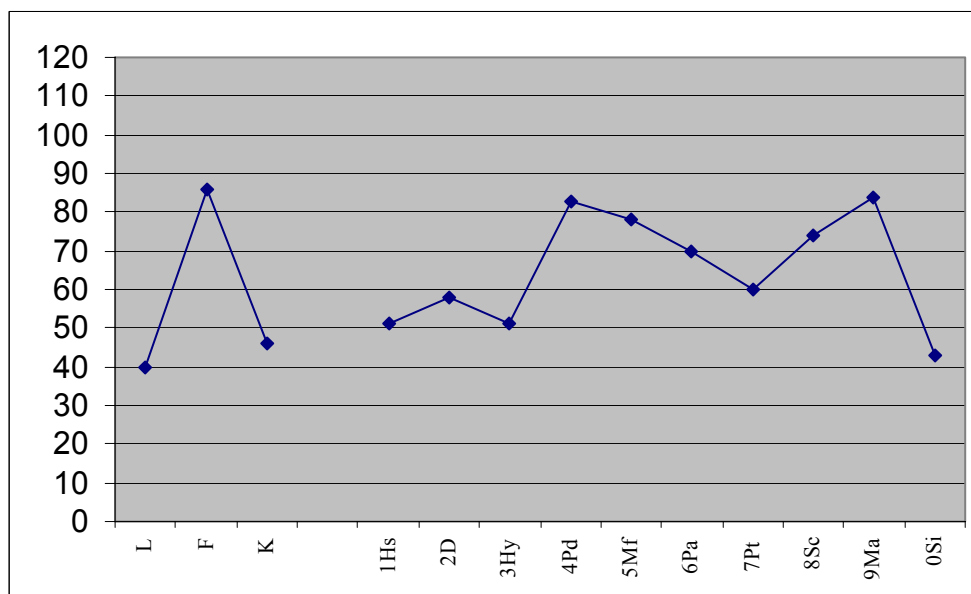


Рисунок 4

8.2 Результаты обследования по тесту Векслера для тренировки практических навыков

Случай 1. 23 года, женщина, студентка факультета гуманитарного профиля.

Таблица 25

Субтест	Сумма баллов	Шк оценки
1. Осведомленность	25	16
2. Понятливость	21	13
3. Арифметический	15	14
4. Сходство	24	17
5. Повторение цифр	12	11
6. Словарный	68	15
Сумма вербальных оценок		86
7. Шифровка	69	14
8. Недост. детали	19	14
9. Кубики Коса	39	12
10. Последов. картинки	32	14
11. Склад. фигур	36	12
Сумма невербальных оценок		66
Общая оценка		152
Вербальный IQ		128
Невербальный IQ		122
Общий IQ		127

Случай 2. 23 года, мужчина, среднеспециальное образование.

Таблица 26

Субтест	Сумма баллов	Шк оценки
1. Осведомленность	26	16
2. Понятливость	17	10
3. Арифметический	10	9
4. Сходство	24	17
5. Повторение цифр	8	6
6. Словарный	30	8
Сумма вербальных оценок		66
7. Шифровка	36	7
8. Недост. детали	8	7
9. Кубики Коса	22	7
10. Последов. картинки	29	12
11. Склад. фигур	26	8
Сумма невербальных оценок		41
Общая оценка		107
Вербальный IQ		109
Невербальный IQ		89
Общий IQ		100

Случай 3. 47 лет, мужчина, среднеспециальное образование.

Таблица 27

Субтест	Сумма баллов	Шк оценки
1. Осведомленность	20	12
2. Понятливость	14	8
3. Арифметический	9	8
4. Сходство	18	12
5. Повторение цифр	7	4
6. Словарный	30	8
Сумма вербальных оценок		52
7. Шифровка	34	6
8. Недост. детали	16	11
9. Кубики Коса	32	10
10. Последов. картинки	28	12
11. Склад. фигур	14	4
Сумма невербальных оценок		43
Общая оценка		95
Вербальный IQ		59
Невербальный IQ		43
Общий IQ		95

Случай 4. 24 года, женщина, сотрудник рекламного агентства, обследование в рамках консалтинговой программы

Таблица 28

Субтест	Сумма баллов	Шк оценки
1. Осведомленность	23	14
2. Понятливость	25	17
3. Арифметический	15	17
4. Сходство	25	18
5. Повторение цифр	15	15
6. Словарный	64	14
Сумма вербальных оценок		95
7. Шифровка	55	10
8. Недост. детали	10	16
9. Кубики Косса	47	16
10. Последов. картинки	32	14
11. Склад. фигур	34	11
Сумма невербальных оценок		67
Общая оценка		162
Вербальный IQ		134
Невербальный IQ		116
Общий IQ		131

9 Рекомендации по выполнению самостоятельной работы

Самостоятельная работа по данной дисциплине предполагает написание реферата по выбранной студентом теме.

Реферат как вид самостоятельной работы представляет собой малую исследовательскую форму. Суть реферата состоит в том, что студент изучает несколько источников, пересказывает из данных источников только ту часть информации, которая имеет непосредственное отношение к теме реферата. Систематизирует полученную информацию. Результатом систематизации может стать так называемое «рабочее определение» понятий, заключенных в теме реферата, таблица соответствий и/или различий критериев сравнения понятия, выводы о существующих подходах к анализу проблемы, заключенной в теме реферата. Все это и есть «продукт» реферата, отсутствие которого является одновременно свидетельством отсутствия собственно исследовательской работы в реферате. То есть служит основанием для отрицательной оценки.

В процессе работы над рефератом, а также при изложении результатов собственной работы студент обращается к источникам. Доказательное, внятное логичное изложение результатов метаанализа, каковым по сути является написание реферата, включает использование цитат из прочитанной литературы. Пересказ каких-либо фактов, концепций можно считать «неточной» цитатой. В связи с этим ссылка на источники просто необходима, в противном случае основание считать, что предложенный к оцениванию реферат является плагиатом. То есть, если вы не сослались на источник, из которого почерпнул ту или мысль, просто переписали часть текста и не оформили это как цитату с указанием источника и страницы, вы совершили воровство – поступок неблаговидный. Вряд ли, даже уличив Вас в подобном, авторы или другие правообладатели текста станут преследовать Вас в судебном порядке (ведь Вы всего лишь студент, постигающий азы науки), но при этом Вы лишитесь возможности показать свою начитанность и осведомленность по данной теме. Для преподавателя же важным является тот факт, что эти ссылки сигнализируют о том, что Вы ориентируетесь источниках, указанных Вами в списке литературы, и действительно работали с ними, и, что особенно важно, обладаете исследовательской культурой.

Требования к источникам: это должны быть монографии, статьи а научных журналах. Использование учебников и учебно-методических пособий в качестве источников допускается, однако наличие только учебников и учебно-методических пособий значительно снижает оценку за работу. Если список литературы состоит только из статей и учебников, то (естественно, с учетом разработанности темы в науке) можно признавать такой список и такой состав источников недостаточным. Идеальный вариант представляет собой следующее: 1-2 монографии непосредственно по теме, 2-3 учебника по профилирующему предмету, 2-3 учебника по смежным дисциплинам, 1-2

статьи вне зависимости от года их издания и 1-2 статьи не ранее 2-3-летней давности.

Далее приводим темы рефератов с кратким комментарием. Отметим лишь, что студент имеет право на свою интерпретацию предлагаемой темы с соблюдением перечисленных ранее формальных требований к реферату.

9.1 Примерные темы рефератов с кратким инструктажем по каждой теме

Тема 1. *Черты личности и акцентуации характера: соотношения и взаимоотношения понятий.*

В данной теме требуется изучение психических явлений двух различных порядков, находящихся в пересекающихся психологических парадигмах. В связи с этим необходимо раскрыть понятие «черты личности» и понятие «акцентуации характера», найти и доказать наличие «точек пересечения» этих понятий. В качестве доказательства могут быть представлены сообщения об экспериментальных исследованиях в рамках данной тематики, прямые высказывания специалистов: психиатров и психологов.

Тема 2 *Психологическая защита как фиксированная форма поведения.*

При раскрытии данной темы необходимо рассмотреть два понятия: понятие психологической защиты и понятия фиксированной формы поведения. Поскольку данные понятия имеют различную степень разработанность в литературе, необходимо провести некоторый контент-анализ понятий: где, когда и кем, по отношению к чему употреблялись эти понятия. В результате необходимо определить, являются ли данные понятия синонимами, привести доказательства последнего, дать такое рабочее определение понятиям психологической защиты и фиксированных форм поведения, которое бы могло дать четкое представление о взаимоотношениях этих понятий. Подсказка: обязательно прочтите монографию Г.В. Залевского «Фиксированные формы поведения индивидуальных и групповых систем».

Тема 3 *Психологическая защита и копинги: соотношение понятий.*

Очевидно, что для раскрытия данной темы необходимо детальное рассмотрение не только самих понятий, истории их возникновения и употребления в литературе, но и тех психологических парадигм, в рамках которых они бытуют. Кроме того, необходимо проанализировать данные исследований упомянутых психических явлений. Результатом работы должна стать ясная и четкая формулировка соотношения этих понятий со ссылкой на доказательства именно такой точки зрения и несостоятельность противоположных.

Тема 4 *О психическом здоровье А.С. Пушкина.*

Данная тема находится в области так называемой «психиатрической лингвистики». В связи с этим необходимо рассмотреть различные точки зрения

на психическое здоровье А.С. Пушкина, выделив, одновременно основания, по которым авторы делают то или заключение в отношении темы исследования. Резюмировать работу необходимо сравнением тех критериев, которые и легли в основу заключений о том или ином психиатрическом статусе поэта. Подсказка: обязательно прочтите книгу В.П. Белянина «Основы психолингвистической диагностики (модели мира в литературе)».

Тема 5 *К вопросу об эпилептоидной психопатии Ф.М. Достоевского*
Раскрытие темы аналогично предыдущему. Подсказка та же.

Тема 6. *Психоаналитическая парадигма в клинической психологии.*

Эта тема требует достаточной начитанности студента. Во-первых, необходимо составить емкое представление о психоаналитической парадигме. С этой целью вполне естественным будет использование знаний, получаемых в рамках других курсов о психоаналитической парадигме в психологии. Кроме того, не менее четкое и ясное представление должно быть составлено о «клинической психологии» как особой области психологического знания. Затем просто необходимо «просмотреть» как, в качестве какого принципа, насколько ведущей признается психоаналитическая парадигма в разных разделах клинической психологии. Результатом работы должно стать перечисление явлений, объясняемых в рамках психоаналитической парадигмы.

Тема 6. *Бихевиористская парадигма в клинической психологии.*
Раскрытие темы аналогично предыдущему.

Тема 7. *Причины развития психических заболеваний.*

Простое перечисление причин развития психических заболеваний, переписанное с учебника, пусть даже самого замечательного, не может считаться раскрытием темы. Чтобы тема была освещена, необходимо произвести сравнительный анализ причин, описываемых разными авторами, соотнести группы этих причин, рассмотреть, изменились ли причины, описываемые в источниках, например, 100 или 50-летней давности по сравнению с теми, которые описываются в настоящих источниках, попытаться сформулировать причины изменений, если таковые имеются.

Тема 9. *Причины развития детских неврозов.*
Раскрытие темы аналогично предыдущему.

Тема 10. *Причины формирования акцентуаций.*
Раскрытие темы аналогично предыдущему.

Тема 11. *Место акцентуаций в «уровневом» подходе к норме и патологии Братуся.*

Очевидно, что данная тема требует детального описания понятий акцентуации и уровневого подхода к пониманию нормы и патологии. В качестве

результата реферата должно стать четкое определение акцентуации с позиций данного подхода, достаточно аргументированное.

Тема 12. *Ограничения использования опросных методов в психологическом исследовании.*

Раскрытие данной темы требует, во-первых, подробного рассмотрения опросных методов, их возможностей и репертуара выполняемых ими задач. Кроме того, необходимо обсудить такие понятия, как надежность и валидность и в соответствии с выдвинутыми рабочими определениями выделить, во-вторых, моменты снижения надежности и валидности в отношении отдельных категорий людей с теми или иными расстройствами.

Тема 13. *Бихевиористская парадигма в психотерапии.*

Во-первых, описание учения бихевиористов. Во-вторых, описать те техники психотерапии, которые на нем базируются. В-третьих, раскрыть возможности и сферы применения этих техник и в-четвертых, раскрыть их ограничения.

Тема 14. *Способы разграничения психозов и неврозов.*

Чтобы раскрыть эту тему требуется описание и синтезирование взглядов на понятие невроза и то же по отношению к понятию психоза. Привести пример из литературы практического применения тех или определений понятий психоза и невроза. В качестве резюме должен быть выделен ряд признаков, по которым следует различать психоз и невроз.

Тема 15. *Дискалькулии.*

Определение, характеристика, виды и типы данного нарушения. Основные диагностические признаки, этиология и патогенез нарушения. Формы и способы коррекции, средства предупреждения.

Тема 16. *Дисграфии.*

Раскрытие темы аналогично предыдущему.

Тема 17. *Дислексии.*

Раскрытие темы аналогично предыдущему.

Тема 16. *Сказкотерапия в психотерапии зависимости.*

Для того, чтобы реферат был состоятельным требуется описать сказкотерапию как метод психотерапии, выделить ее отличительные особенности как метода и отличительные особенности сказкотерапии в отношении терапии зависимостей.

Тема 17. *Функции психолога в лечебном учреждении.*

Тема реферата сложна прежде всего тем, что психолог в лечебном учреждении не является на сегодняшний день «обычным», привычным специалистом. Поэтому необходимо рассмотреть все точки зрения на роль

психолога в лечебном учреждении, адаптировать эти взгляды по отношению к разным типам лечебных учреждений.

Тема 18. *Методы оценки состояний.*

Во-первых, требуется раскрытие понятия «состояние», различные взгляды на него, отграничение о понятий, который употребляются как синонимичные, например, «статус». Привести типологию состояний и способы их оценки.

Тема 19. *Характер и черты личности.*

Для раскрытия данной темы необходимо подробное обсуждения каждого из понятий с последующим приведением основных точек зрения на характер их взаимоотношений.

Тема 20. *Природа человеческого организма в представлении Парацельса.*

Раскрытие данной темы требует, во-первых, описания собственно взглядов Парацельса. Во-вторых, анализ современного состояния тех идей и взглядов, которые были высказаны Парацельсом.

Тема 21. *Представления о психическом у Везалия.*

Раскрытие темы аналогично предыдущему.

Тема 22. *Исследование экспрессивной речи: цели и прикладное значение. (В рамках клинической психологии)*

Чтобы данная тема была раскрыта, необходимо раскрыть современные представления о целях и задачах патопсихологической диагностики, дать определение экспрессивной речи, перечислить, какие нарушения экспрессивной речи могут рассматриваться как диагностический того или иного нарушения.

Тема 23. *Вклад А.Р. Лурия в развитие нейропсихологии.*

Чтобы данная тема была раскрыта, необходимо, помимо общих биографических сведений об А.Р. Лурии четко и последовательно описать те идеи, которые оказали наиболее существенное влияние на развитие нейропсихологической науки.

Тема 24. *Вклад Л.С. Выготского в развитие нейро- и патопсихологии.*

Раскрытие темы аналогично предыдущему.

Тема 25. *Роль Е.Д. Хомской в современной нейропсихологии.*

Раскрытие темы аналогично предыдущему.

Тема 26. *Концепция структурно-системной организации мозга О.С. Адрианова.*

Необходимо четкое и последовательное изложение указанной концепции.

Тема 27. *Психологические механизмы смыслообразования в ситуации болезни.*

Требуется изложение современных представлений о том, как формируются смыслы и значения переживаемого заболевания. Возможен сравнительный анализ по отношению к двум-трем разнообразным заболеваниям.

Тема 28. *Б.В. Зейгарник. Ее роль в развитии патопсихологии.*
См. тему 23.

Тема 29. *Внутренняя картина болезни. Феноменологическая характеристика.*

Помимо подробного описания того, что представляет собой внутренняя картина болезни, необходимо обратить особое внимание на развитие представлений о данном феномене и четко определить современное состояние данного понятия.

Тема 30. *Проблема произвольности высших психических функций в трудах Л.С. Выготского.*

Необходимо рассмотреть динамику формирования представлений о произвольности и произвольности ВПФ в трудах Л.С. Выготского.

Тема 31. *Проблема произвольности высших психических функций в трудах А.Р. Лурия.*

Раскрытие темы аналогично предыдущему.

Тема 32. *Проблема произвольности высших психических функций в трудах А.Н.Леонтьева .*

Раскрытие темы аналогично теме 30.

Тема 33. *Психологические теории психосоматических взаимоотношений.*

Раскрытие этой темы предполагает, что студент подробно рассмотрит и структурирует существующие в настоящее время теории психосоматических взаимоотношений психологической парадигмы.

Тема 34. *Теории психосоматических взаимоотношений.*

Раскрытие темы аналогично предыдущему.

Тема 35. *Об изменчивости статистики психосоматических расстройств во времени.*

Необходимо рассмотреть аспекты изменения качественного и количественного состава психосоматических симптомов и синдромов за определенный период времени, используя публикации в психологических и медицинских журналах. То есть, скрупулезно собрать данные о том, какие из

психосоматических симптомов считались наиболее распространенными в тот или иной промежуток времени, в том или ином регионе в определенный промежуток времени, выдвинуть предположения о том, с чем это может быть связано.

Тема 36. *Эмоциональный стресс как фактор, способствующий возникновению психосоматических расстройств.*

Рассмотреть различные подходы к пониманию стресса и механизмам его влияния на возникновение психогенных или других заболеваний.

Тема 37 *Страх смерти во внутренней картине болезни онкологических больных*

Для раскрытия данной темы требуется подробное описание специфики переживания страха смерти при наличии в организме человека злокачественной опухоли. Как проявляется страх смерти? Каково его функциональное значение во внутренней картине болезни? Рассматривать его как негативный или как позитивный фактор в комплексном, в том числе психотерапевтическом лечении онкологических больных? Каковы диагностические методы распознавания страха смерти? Как страх смерти соотносится с этапами, стадиями развития заболевания

Тема 38 *Страх смерти во внутренней картине болезни людей с позитивным ВИЧ – статусом*

Раскрытие темы аналогично теме 37.

Тема 39. *Психосоциальные последствия болезни.*

Для раскрытия данной темы необходимо дать максимально полное описание модели болезни, существующее в современной клинической психологии, рассмотреть понятие «психосоциальные последствия», определить спектр последствий «неспецифических», имеющих отношение к любому заболеванию и «специфических», имеющих отношение к отдельным типам заболеваний. Например, можно говорить в сравнительном аспекте о последствиях острых и хронических заболеваний, о социально-психологических последствиях онкологических заболеваний или заболеваниях обмена веществ, или эпилепсии.

Тема 40. *Ятрогении и их профилактика.*

Необходимо раскрыть понятие ятрогении, описать отдельные виды ятрогений, рассмотреть виды и конкретные методы профилактики ятрогений.

Тема 41. *Роль психологических факторов при психосоматических расстройствах.*

Дать понятие психосоматических расстройств, психосоматических

циклов. Описать механизм развития психосоматических синдромов, раскрыть наиболее типичные психологические составляющие психосоматического расстройства.

Тема 42. *Психологические нарушения при дефектах лица.*

Во-первых, описать возможные дефекты лица. Определить реальные и мнимые дефекты лица. Раскрыть этиологию указанных видов дефектов лица. Выявить механизмы формирования психологических нарушений, связанных с врожденными и приобретенными в разных возрастах дефектами лица. Рассмотреть психологические аспекты показаний и противопоказаний к пластическим операциям.

Тема 43. *Особенности психологии участников афганской и чеченской войн.*

Во-первых, описание форм участия в афганской и, в особенности, чеченской кампаниях. Во-вторых, раскрыть понятие ПТСР. В-третьих, история выявления ПТСР как отдельного психопатологического синдрома. Описать особенности развития ПТСР у сотрудников силовых ведомств – участников локальных военных конфликтов и у мирных жителей, на территории проживания которых происходил локальный военный конфликт. Сравнить особенности протекания ПТСР у принимавших участие в афганской и в чеченских кампаниях.

Тема 44. *Психологические нарушения у жертв насилия.*

Понятие насилия, виды и типы насилия. Раскрыть возрастной аспект. Личностный радикал жертв насилия. Нарушения эмоциональной сферы жертв насилия. Личностные изменения жертв насилия.

Тема 45. *Психопрофилактика неблагоприятных функциональных состояний человека*

Понятие функционального состояния. Диапазон функциональных состояний. Первичная и вторичная профилактика неблагоприятных функциональных состояний.

Тема 46. *Состояния деперсонализации при различных психопатологических синдромах.*

Необходимо рассмотреть понятие деперсонализации, его основные характеристики. Описать сходства и различия в проявлениях и функциях деперсонализации при шизофрении, эпилепсии, при других органических поражениях мозга.

Тема 47. Влияние психической травмы в дошкольном возрасте на развитие личности (на примере биографии Ш. Бодлера)

Ш. Бодлер, автор сборника стихов «Цветы зла», ставшего предметом судебного разбирательства за аморальность, был человеком с трагической судьбой. Его отношения с родными, с ближайшим окружением, с обществом всегда носили скандальный характер. Он был наркозависим. Литературоведы, биографы поэта упоминают о наличии психической травмы, связанной со смертью отца, когда Шарлю не исполнилось еще и 6 лет, быстрое замужество матери после кончины отца часто упоминает сам Бодлер как предательство. В реферате необходимо соотнести биографические данные, соотнести с этапами творчества и выявить наличие/отсутствие связи таковых с травмой, определить, по каким признакам можно отнести описанные выше переживания к травматичным. Для этого необходимо помимо биографии и творчества поэта обратиться к литературе сугубо психологического толка. В частности, определить понятие психологической травмы, последствий психологической травмы в раннем возрасте.

Приложение А (справочное)

Ответы на тестовые задания

Таблица А.1

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1	А	51	А	100	А	149	В	199	В
2	Б	52	А	101	А	150	В	200	Б
3	Б	53	В	102	Б	151	А	201	В
4	Б	54	Г	103	В	152	Б	28	Г
5	Б	55	Б	104	В	153	Г	198	Б
6	Б	56	А	105	А	154	А		
7	А	57	Б	106	Б	155	Б		
8	В	58	Г	107	В	156	В		
9	В	59	Б	108	Г	157	В		
10	Б	60	А	109	Б	158	Б		
11	В	61	В	110	В	159	Г		
12	Б	62	Г	111	А	160	Б		
13	А	63	В	112	Б	161	В		
14	Г	64	А	113	А	162	Г		
15	Б	65	Б	114	Б	163	Г		
16	Б	66	Г	115	В	164	Б		
17	Б	67	Б	116	В	165	А		
18	А	68	В	117	В	166	В		
19	В	69	Г	118	В	167	Г		
20	Г	70	А	119	А	168	Б		
21	А	71	В	120	Г	169	А		
22	Б	72	А	121	Б	170	А		
23	А, В	73	Б	122	В	171	Б		
24	А	74	А	123	Б	172	Г		
25	А	75	Б	124	Г	173	В		
26	Б	76	В	125	Б	174	А		
27	В	77	А,Б,В	126	Б	175	Б		
29	В	78	Б,В	127	Г	176	В		
30	Г	79	Б	128	Г	177	Г		
31	Г	80	В	129	А,Б,В	178	Б,В		
32	Г	81	А	130	А	179	Б		
33	Г	82	А	131	А	180	Б		
34	В	83	А	132	В	181	Б		
35	Б	84	Б	133	Г	182	Б		
36	Б	85	Б	134	Б	183	А		
37	Б	86	Б	135	Б	184	В		
38	Б	87	В	136	Г	185	В		
39	Б	88	В	137	Г	186	В,Г		
40	В	89	В	138	Г	187	В		
41	Б	90	В	139	В	188	Б,В		
42	Б	91	В	140	Б	189	Б,Г		
43	А	92	Г	141	Г	190	Г		
44	А	93	Г	142	А	191	В,Г		
45	Б	94	Г	143	А	192	Б		
46	Б	95	Г	144	В	193	Б		
47	Б	96	А	145	А	194	В		
48	В	97	А	146	А	195	В		
49	Г	98	А	147	А	196	Г		
50	Г	99	А	148	В	197	В		