

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Сыров Игорь Анатольевич
Должность: Директор
Дата подписания: 19.07.2023 12:28:06
Уникальный программный ключ:
b683afe664d7e9f64175886cf9626a196149ad36

СТЕРЛИТАМАКСКИЙ ФИЛИАЛ
ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«УФИМСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ НАУКИ И ТЕХНОЛОГИЙ»

Факультет Педагогики и психологии
Кафедра Психолого-педагогического образования

Оценочные материалы по дисциплине (модулю)

дисциплина Основы психиатрии

Блок Б1, часть, формируемая участниками образовательных отношений, Б1.В.08
цикл дисциплины и его часть (обязательная часть или часть, формируемая участниками образовательных отношений)

Направление

37.04.01 Психология
код наименование направления

Программа

Клиническая психология

Форма обучения

Очно-заочная

Для поступивших на обучение в
2022 г.

Разработчик (составитель)
кандидат психологических наук, доцент
Долгова Н. Ю.
ученая степень, должность, ФИО

1. Перечень компетенций, индикаторов достижения компетенций и описание показателей и критериев оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю)	3
2. Оценочные средства, необходимые для оценки результатов обучения по дисциплине (модулю).....	7
3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю), описание шкал оценивания	17

1. Перечень компетенций, индикаторов достижения компетенций и описание показателей и критериев оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю)

Формируемая компетенция (с указанием кода)	Код и наименование индикатора достижения компетенции	Результаты обучения по дисциплине (модулю)	Показатели и критерии оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю)				Вид оценочного средства
			1	2	3	4	
			неуд.	удовл.	хорошо	отлично	
ПК-2. Способен выявлять типичные психологические проблемы разных социальных групп клиентов, проводить групповое и индивидуальное консультирование клиентов	ПК-2.3. Владеет: навыками проведения психиатрического обследования, организации группового и индивидуального консультирования клиентов.	Обучающийся должен знать: социальные и правовые аспекты психиатрии; процедуру проведения психиатрического обследования, основные подходы к психологическому воздействию на индивида, группы и сообщества, в зависимости от возрастных, гендерных и этнических	не владеет навыками использования процедуры проведения психиатрического обследования; психологической диагностики прогнозирования изменений и динамики уровня развития познавательной и мотивационно-волевой сферы, самосознания, психомоторики, способностей, характера,	плохо владеет навыками использования процедуры проведения психиатрического обследования; психологической диагностики прогнозирования изменений и динамики уровня развития познавательной и мотивационно-волевой сферы, самосознания, психомоторики, способностей, характера,	владеет навыками использования процедуры проведения психиатрического обследования; психологической диагностики прогнозирования изменений и динамики уровня развития познавательной и мотивационно-волевой сферы, самосознания, психомоторики, способностей, характера,	владеет навыками использования процедуры проведения психиатрического обследования; психологической диагностики прогнозирования изменений и динамики уровня развития познавательной и мотивационно-волевой сферы, самосознания, психомоторики, способностей, характера,	кейс

		особенностей.	темперамента, функциональных состояний, личностных черт и акцентуаций в норме и при психических отклонениях с целью гармонизации психического функционирования человека.	темперамента, функциональных состояний, личностных черт и акцентуаций в норме и при психических отклонениях с целью гармонизации психического функционирования человека. Демонстрируется низкий уровень самостоятельности практического навыка.	темперамента, функциональных состояний, личностных черт и акцентуаций в норме и при психических отклонениях с целью гармонизации психического функционирования человека. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка, но при решении сложных задач требуется помощь со стороны.	темперамента, функциональных состояний, личностных черт и акцентуаций в норме и при психических отклонениях с целью гармонизации психического функционирования человека.	
	ПК-2.2. Умеет: выявлять психические отклонения, определять и планировать	Обучающийся должен уметь: применять основные положения психологически	не умеет применять основные положения психологических теорий в	умеет применять основные положения психологических теорий в	умеет применять основные положения психологических теорий в	умеет применять основные положения психологических теорий в	реферат, кейс

	<p>работу при решении социально- и индивидуально значимых задач в сфере охраны здоровья и смежных с ней областей.</p>	<p>х теорий в работе с индивидом, группой; прогнозировать изменения и динамику уровня развития и функционирования различных составляющих психики в норме и при психических отклонениях.</p>	<p>работе с индивидом, группой; прогнозировать изменения и динамику уровня развития и функционирования различных составляющих психики в норме и при психических отклонениях.</p>	<p>работе с индивидом, группой; не умеет прогнозировать изменения и динамику уровня развития и функционирования различных составляющих психики в норме и при психических отклонениях. Умения фрагментарны и носят репродуктивный характер.</p>	<p>работе с индивидом, группой; умеет прогнозировать изменения и динамику уровня развития и функционирования различных составляющих психики в норме и при психических отклонениях. Умения носят репродуктивный характер, применяются к решению типовых заданий.</p>	<p>работе с индивидом, группой; прогнозировать изменения и динамику уровня развития и функционирования различных составляющих психики в норме и при психических отклонениях.</p>	
	<p>ПК-2.1. Знает: базовые принципы проведения психиатрического обследования; основные цели, задачи, направления</p>	<p>Обучающийся должен владеть: навыками использования процедуры проведения психиатрического обследования; психологическо</p>	<p>не знает социальные и правовые аспекты психиатрии; процедуру проведения психиатрического обследования,</p>	<p>плохо знает социальные и правовые аспекты психиатрии; не понимает процедуру проведения психиатрического</p>	<p>знает социальные и правовые аспекты психиатрии; процедуру проведения психиатрического</p>	<p>знает социальные и правовые аспекты психиатрии; процедуру проведения психиатрического</p>	<p>устный опрос на практических занятиях, тестирование</p>

	психиатрии.	й диагностики прогнозирования изменений и динамики уровня развития познавательной и мотивационно-волевой сферы, самосознания, психомоторики, способностей, характера, темперамента, функциональных состояний, личностных черт и акцентуаций в норме и при психических отклонениях с целью гармонизации психического функционирования человека.	основные подходы к психологическому воздействию на индивида, группы и сообщества, в зависимости от возрастных, гендерных и этнических особенностей.	обследования, знает некоторые подходы к психологическому воздействию на индивида, группы и сообщества, в зависимости от возрастных, гендерных и этнических особенностей.	знает некоторые подходы к психологическому воздействию на индивида, группы и сообщества, в зависимости от возрастных, гендерных и этнических особенностей.	основные подходы к психологическому воздействию на индивида, группы и сообщества, в зависимости от возрастных, гендерных и этнических особенностей.	
--	-------------	--	---	--	--	---	--

2. Оценочные средства, необходимые для оценки результатов обучения по дисциплине (модулю)

Тестовые задания

1. Истинные галлюцинации нередко возникают при:

- 1/ маниакальном синдроме
- 2/ острых экзогенных психозах
- 3/ неврозах
- 4/ алкогольном делирии

2. Псевдогаллюцинации являются довольно типичным симптомом:

- 1/ алкогольных психозов
- 2/ истерии
- 3/ болезни Альцгеймера
- 4/ шизофрении

3. Вербальными можно назвать галлюцинации:

- 1/ комментирующие
- 2/ тактильные
- 3/ императивные
- 4/ гипногогические

4. Псевдогаллюцинации, как правило:

- 1/ характеризуются интрапроекцией
- 2/ усиливаются при надавливании на глазные яблоки
- 3/ наделены чувством сделанности
- 4/ тесно связаны с реальными объектами, взаимодействуют с ними

5. ИЛЛЮЗИИ:

- 1/ не являются безусловным признаком психической болезни
- 2/ могут возникать в дебюте некоторых острых психозов
- 3/ появляются у здоровых людей при недостатке информации
- 4/ являются ошибочным (преображенным) восприятием реально существующих объектов

6. ГАЛЛЮЦИНАЦИИ:

- 1/ относятся к негативным (дефицитарным) симптомам
- 2/ являются расстройством невротического уровня
- 3/ встречаются только при шизофрении
- 4/ являются ошибочным восприятием объектов и явлений там, где в действительности ничего нет

7. Следующие факты правильно характеризуют понятие ГАЛЛЮЦИНАЦИИ:

- 1/ являются признаком психоза
- 2/ реальный предмет (явление) принимается за что-то другое
- 3/ воспринимается объект(явление) там, где ничего нет
- 4/ внезапно возникают и также внезапно исчезают, обычно существуют короткое время

8. Для СЕНЕСТОПАТИЙ характерно следующее:

- 1/ больной затрудняется в описании своих ощущений

- 2/ нередко возникают при шизофрении
- 3/ часто сочетаются с ипохондрическими суждениями
- 4/ усиливаются в вечернее время

9. Расстройства восприятия, обычно протекающие по типу пароксизмов:

- 1/ психосенсорные расстройства
- 2/ сенестопатии
- 3/ "deja vu" и "jamais vu"
- 4/ гиперэстезия

10. Факторы, способствующие возникновению иллюзий:

- 1/ эмоциональное напряжение, предуготовленные представления
- 2/ недостаточная коррекция со стороны органов чувств (снижение слуха и зрения, недостаток света, избыточный шум)
- 3/ состояния утомления, истощения
- 4/ отставание в психическом развитии

11. Показанием к срочной (даже без согласия больного) госпитализации являются:

- 1/ комментирующие галлюцинации
- 2/ сценopodobные галлюцинации
- 3/ сенестопатии
- 4/ императивные галлюцинации

12. СИНДРОМ ГАЛЛЮЦИНОЗА обычно:

- 1/ характеризуется обильными галлюцинациями
- 2/ возникает в результате экзогенного поражения
- 3/ сопровождается расстройствами восприятия в пределах одного анализатора
- 4/ возникает на фоне ясного сознания

13. Психосенсорные расстройства обычно являются проявлением:

- 1/ повышенного настроения (мании)
- 2/ алкогольного галлюциноза
- 3/ неврозов
- 4/ органических поражений ЦНС

14. В каком случае иллюзии являются безусловным признаком психоза?

- 1/ если они сопровождаются чувством тревоги
- 2/ если они сопровождаются помрачением сознания
- 3/ если они возникают в условиях недостатка информации
- 4/ если они приобретают фантастический (парейдолический) характер

15. Наиболее точное определение понятия ГАЛЛЮЦИНОЗ:

- 1/ обильные галлюцинации
- 2/ обильные слуховые галлюцинации
- 3/ обильные галлюцинации в пределах одного анализатора
- 4/ возникающие на фоне ясного сознания обильные галлюцинации в пределах одного анализатора
- 5/ возникающие на фоне ясного сознания обильные слуховые галлюцинации, сопровождающиеся чувством "сделанности"

16.Понижение восприимчивости к внешним раздражителям называется:

- 1/ сенестопатия
- 2/ гипомнезия
- 3/ парестезия
- 4/ криптомнезия
- 5/ ни одно из перечисленного

17.АНЕСТЕЗИЯ:

- 1/ является типичным симптомом шизофрении
- 2/ обычно указывает на помрачение сознания
- 3/ может возникать при истерическом неврозе
- 4/ возникает вследствие повреждения стрио-паллидарной системы
- 5/ ничего из указанного выше

18.ИСТИННЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ:

- 1/ всегда амнезируются по минованию психоза
- 2/ всегда наделены свойством экстрапроекции
- 3/ всегда сочетаются с помрачением сознания
- 4/ всегда указывают на повреждение затылочных долей
- 5/ ничего из указанного выше

19.ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИИ:

- 1/ являются типичным симптомом шизофрении
- 2/ впервые описаны В.Х.Кандинским
- 3/ нередко сочетаются с психическим автоматизмом и бредом воздействия
- 4/ обычно наделены чувством сделанности
- 5/ все указанное выше верно

20.ПСИХОСЕНСОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА:

- 1/ являются характерным симптомом шизофрении
- 2/ входят в состав синдрома Кандинского-Клерамбо
- 3/ включают в себя сенестопатии и парестезии
- 4/ нередко протекают по типу эпилептиформных пароксизмов
- 5/ характеризуются всеми перечисленными выше свойствами.

21.Больной пытается расцарапать кожу, так как постоянно чувствует зуд, считает, что у него под кожей ползают мелкие насекомые и черви. ОПИСАННОЕ

РАССТРОЙСТВО НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1/ парейдолические иллюзии
- 2/ тактильные галлюцинации
- 3/ вербальные галлюцинации
- 4/ деперсонализация
- 5/ псевдогаллюцинации

22.Полиморфное психическое расстройство, связанное с распадом процессов мышления и эмоциональных реакций:

- 1/ шизофрения
- 2/ маниакально-депрессивный психоз
- 3/ эпилепсия
- 4/ олигофрения
- 5/ истерия

23. Остро возникающее помрачение сознания, сопровождающееся эмоционально насыщенными яркими галлюцинациями, появлением отрывочных образных бредовых идей, возбуждения и агрессивности.

1. Большие эпилептические припадки
2. Амбулаторный автоматизм
3. Эпилептический делирий
4. Малые эпилептические припадки
5. Дисфория

24. Остро возникающие тоскливо-злобное настроение, приводящее иногда к агрессии.

1. Малые эпилептические припадки
2. Большие эпилептические припадки
3. Амбулаторный автоматизм
4. Эпилептический делирий
5. Дисфория

25. Настороженность, ощущение неопределенной угрозы, тревоги, проявляющиеся в начальные периоды шизофрении.

1. Параноидный этап
2. Вторичная кататония
3. Парафренный этап
4. Паранойяльный этап
5. Бредовая готовность

Решение кейсов

Кейс № 1.

Больная Н., 64 лет. В больницу поступает повторно. Заболела в возрасте 55 лет. Заболевание дебютировало тревожно-депрессивной симптоматикой. В больнице лежит подолгу. Обычно очень тревожна, суетлива, постоянно находится в движении, заламывает руки. Обращается к врачу с просьбой «умертвить» ее, так как она недостойна жить: со-вершила много грехов, плохо воспитала детей. Из-за нее страдает семья, они голодают, им нечего надеть. Все вокруг знают о ее вине, смотрят на нее с презрением. Плохо спит, отка-зывается от еды. Под влиянием лечения наблюдаются короткие ремиссии, а затем симп-томатика возобновляется с прежней силой.

Определить синдром и заболевание.

Кейс № 2.

Больной Р., 19 лет. Длительное время находился в стационаре в состоянии ступора. Затем внезапно пришел в сильное возбуждение. Сбрасывает в себя одежду, белье, обмотал голову полотенцем. Выражение лица хмурое, на окружающих обращает мало внимания. Все время крутит головой, причудливо изгибается, хлопает себя ладонями по груди, плю-ет на соседа. Все это больной прodelывает молча, не произнося ни слова. Привлечь вни-мание больного почти не удается. При попытке одеть его, накормить со злобой отталкива-ет от себя

санитаров. Однако принесенную ему пищу съел с жадностью, предварительно перемешав компот с мясным блюдом. Купировать возбуждение удалось лишь введением галоперидола.

Определить синдром и заболевание.

Кейс № 3.

Больная Н., 27 лет. Росла и развивалась нормально. По характеру спокойная. Впервые заболела в 16 лет, лечилась более 6 месяцев. Отмечались тоска, отчаянье, была двигательнo заторможена, медлительна, высказывала идеи самообвинения и самоуничужения, пыталась покончить с собой, отказывалась от пищи, плохо спала. По выздоровлении не-плохо себя чувствовала в течение 11 лет, училась, работала, вышла замуж. Последнее время без видимой причины стала грустной, была подавлена, угнетена, почти перестала разговаривать, отвечала односложно. В клинике: заторможена, отказывается от еды, высказывала идеи самообвинения. Спит плохо, отмечает чувство отсутствия сна, ничем не занята, сидит в одной позе, глубоко вздыхает. Мимика однообразная, скорбная, малопо-движная. Страдает запорами, кожа сухая, зрачки расширены.

Кейс № 4.

Больная Б., 30 лет, служащая. Порвав отношения с человеком, за которого хотела выйти замуж, стала нервничать, перестала спать. Через 3 дня появились странности в поведении. Заявила сотрудникам, что чувствует их недоброжелательное отношение к ней. Считала, что окружающие над ней насмеваются, о чем-то перешептываются между собой, «намекают» в разговорах на ее плохое поведение. Считает, что «им все известно». Видимо, о ней сообщили какие-то компрометирующие сведения, и она думает, что это сделал ее жених, она его даже видела выходящим из учреждения. Решила, что теперь для нее все кончено, жить ей не нужно. Была помещена в психиатрическую больницу. Ориентирована, заторможена, тревожна. Настроение подавленное. Слышит за стеной разговоры сослуживцев и соседей по комнате о себе. Они намекают на сожительство ее с каким-то мужчиной, бранят ее. Считает, что персонал больницы и больные «смотрят презрительно». Отказывается от еды. При уговорах поесть заявляет: «Смеетесь вы надо мной, не есть мне, а умирать надо». Под влиянием лечения, в частности рациональной психотерапии, состояние постепенно улучшилось, появилось критическое отношение к перенесенному заболеванию, и после 3-месячного пребывания в больнице выписалась с выздоровлением.

Определить синдром и, по возможности, заболевание.

Кейс № 5.

Больная 30 лет. Наследственность отягощена: дядя по матери страдал умственной отсталостью, двоюродный брат — психастеник. Развивалась нормально. Всегда веселая, жизнерадостная, энергичная, подвижная. В возрасте 25 лет и 30 лет перенесла приступы

заболевания с переживанием чувства тоски. Пыталась покончить с собой. Последний месяц стала плохо работать, делала ошибки, плохо спала. Стала задумчивой, медлительной, не справлялась с домашними работами, не успевала. Родным говорила, что она лентяйка, «распутная женщина», она не достойна мужа и детей. Считает, что все презирают ее. Держится одиноко.

Определить синдром и заболевание.

Кейс № 6.

Больная Х., 22 года. Поступила в психиатрический стационар в состоянии сильного психомоторного возбуждения. Поминутно вскакивает с постели, кричит, плюется, стучит кулаками о стену, нападает на других больных и пытается их ударить. В постели все время крутится, то обнажается, сбрасывает с себя одежду, то натягивает на голову одеяло, бьет себя кулаками по голове, рвет постельное белье. Большею частью все это проделывает молча, выражение лица сумрачное, озлобленное. На вопросы то не отвечает, то начинает со злобой нецензурно браниться. Повторяет движения других людей: врач поднял руку — и больная подняла, врач хлопнул в ладоши — и больная сделала то же. Временами, наряду с двигательным возбуждением, начинает безумолку говорить, в свою речь без всякого смысла включает слова и фразы, услышанные из разговора окружающих. Вот образец речи больной: «Уберите аминазин, в постели можете курить на голодный желудок, я вам сказала, чтобы психов гнать отсюда, бросьте издеваться, я сама вам покажу, хоть вы кривые, а я косая, инъекцию галоперидола закатите на стол (услышала, как врач сказала медсестре, что больной нужно сделать инъекцию галоперидола), я вся тут перемажусь, как свинья» и т. п.

Определить синдром и диагноз.

Темы рефератов

1. Этиология и патогенез психических расстройств.
2. Социально-психологические факторы возникновения и развития психических расстройств.
3. Факторы риска возникновения психической патологии.
4. Психиатрическое обследование.
5. Общая семиотика психических расстройств.
6. Терапия психических расстройств.
7. Экспертиза психически больных.
8. Судебно-психиатрическая экспертиза.
9. Экспертиза трудоспособности психически больных.
10. Экспертиза годности к военной службе.
11. Группы признаков эпилепсии.

12. Этиология и диагностика эпилепсии.
13. Лечение и профилактика эпилепсии.
14. Характеристика маниакально-депрессивного психоза.
15. Этиология и диагностика маниакально-депрессивного психоза.
16. Лечение и профилактика маниакально-депрессивного психоза.
17. Основные психопатологические синдромы шизофрении.
18. Этиология и диагностика шизофрении.
19. Лечение и профилактика шизофрении.
20. Общая характеристика олигофрении.

Вопросы к устному опросу на практических занятиях

Психиатрия как наука

1. История становления психиатрии.
2. Этиология и патогенез психических расстройств. Генеологический и близнецовый методы.
3. Заболевания с установленной генетической природой.
4. Социально-психологические факторы возникновения и развития психических расстройств: бихевиористский, социобиологический, когнитивный и социокультурный подход, психодинамическая концепция.
5. Факторы риска возникновения психической патологии: возраст, пол, психофизиологическая конституция, климатический и географический факторы.
6. Психиатрическое обследование. Клинический метод. Общесоматическое и лабораторное обследование. Нейрофизиологические методы. Исследование структуры мозга. Психологические методы.
7. Общая семиотика психических расстройств. Психопатологический симптом и синдром.
8. Классификация психических расстройств.
9. Терапия психических расстройств: купирующая, поддерживающая и корригирующая. Психотерапия. Психопрофилактика и реабилитация.

Социальные и правовые аспекты психиатрии

1. Организация психиатрической помощи в России и её правовые основы.
2. Психиатрическое обслуживание детей.
3. Стационарная помощь душевнобольным.
4. Закон «о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».
5. Деонтология в психиатрии. Основные положения Кодекса профессиональной этики психиатров.

6. Экспертиза психически больных. Виды экспертизы. Развитие судебно-психиатрической экспертизы в России.

7. Судебно-психиатрическая экспертиза в Уголовном кодексе. Определение понятия невменяемости.

8. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. Правоспособность и гражданская дееспособность. Критерии признания человека недееспособным.

Симптомы, синдромы и классификация психических расстройств

1. Краткие сведения о деятельности головного мозга и ее нарушениях при психических заболеваниях.

2. Современные представления о сути психических болезней. Причины психических заболеваний, их классификация, варианты течения, исходы и прогноз.

3. Понятие об отдельных симптомах и синдромах психических заболеваний. Значимость клинических симптомов и синдромов в динамике и течении заболевания.

4. Основные синдромы психических заболеваний, их виды и типичные проявления, значение для судебной психиатрии: аффективные, галлюцинаторно-бредовые, двигательных и волевых нарушений, нарушения сознания, слабоумия.

5. Методы обследования психически больных. Роль и место вспомогательных методов обследования при установлении психических заболеваний.

Эпилепсия

1. Эпилепсия как хроническое эндогенно-органическое прогрессирующее заболевание.

2. Классификация эпилептических расстройств.

3. Идеопатическая и симптоматическая эпилепсия.

4. Систематика эпилепсии в МКБ-10.

5. Продромальный период эпилепсии.

6. Лечение и профилактика эпилепсии. Направленность терапевтических мероприятий на уменьшение частоты припадков, смягчение личностных изменений и купирование эпилептических психозов.

Шизофрения

1. Шизофрения как хроническое психическое эндогенное прогрессирующее заболевание. Продуктивная и негативная симптоматика.

2. Основные психопатологические синдромы шизофрении.

3. Основные учения о шизофрении.

4. Этиология: генетическая и биологическая теории.

5. Формы шизофрении: параноидная, гебефреническая, кататоническая, простая и циркулярная.
6. Типы течения: непрерывный, шубообразный, периодический.
7. Дифференциально-диагностическая оценка шизофрении. Лечение и профилактика.

Олигофрения

1. Основные критерии олигофрении. Этиология: наследственные (генетические) аномалии; органические эндогенные повреждения организма в период раннего онтогенеза.
2. Классификации олигофрений. Классификация Е. Сухаревой по критерию времени действия повреждающего фактора.
3. Классификация по МКБ – 10 по критерию недоразвития интеллекта.
4. Дебильность, имбецильность и идиотия.
5. Дифференцированные формы олигофрении: хромосомные aberrации, наследственные формы олигофрении, олигофрении вследствие внутриутробных инфекций и интоксикаций, олигофрении вследствие пренатальной патологии и вредности постнатального периода.
6. Диагностика. Сложность лечения олигофрений. Меры профилактики. Социальная реабилитация.

Расстройства личности и влечений

1. Психопатии как стойкие, врожденные или приобретенные характерологические расстройства. Отличие психопатий от других заболеваний, в том числе и психических.
2. Вклад П.Б.Ганнушкина в описание психопатий.
3. Основные диагностические критерии. Динамика психопатий. Классификации психопатий .
4. Клинические типы психопатий: паранойяльный, шизоидный, неустойчивый, возбудимый, истерический, психастенический, астенический, аффективный, эмоционально тупые личности.
5. Этиология и диагностика психопатий. Лечение и профилактика психопатий.
6. Расстройства влечений. Импульсивные действия. Импульсивные влечения (дипсомания, дромания, клептомания, пиромания, суицидомания).
7. Нарушения идентификации поля и расстройства сексуального предпочтения.

Психогенные заболевания

1. Диагностика психогенных заболеваний. Триада К. Ясперса.
2. Классификация психогений: реактивные психозы и неврозы.
3. Систематика психогений в МКБ – 10 (по критерию ведущий синдром).
4. Реактивные психозы. Клинические варианты реактивных психозов: аффективно-шоковая реакция, истерический психоз (пуэрилизм, псевдодеменция, истерическое суме-речное расстройство), реактивная депрессия, реактивный параноид.
5. Этиология и диагностика реактивных психозов. Лечение.
6. Неврозы. Клинические проявления различных неврозов: неврастения, невроз навязчивости (фобии, невроз ожидания, обсессии, компульсии), истерический невроз (двигательные расстройства, сенсорные нарушения, соматовегетативные нарушения, психические расстройства). Этиология, диагностика и лечение неврозов.

Вопросы к зачету

1. Этиология и патогенез психических расстройств.
2. Социально-психологические факторы возникновения и развития психических расстройств.
3. Факторы риска возникновения психической патологии.
4. Психиатрическое обследование.
5. Общая семиотика психических расстройств.
6. Терапия психических расстройств.
7. Экспертиза психически больных.
8. Судебно-психиатрическая экспертиза.
9. Экспертиза трудоспособности психически больных.
10. Экспертиза годности к военной службе.
11. Группы признаков эпилепсии.
12. Этиология и диагностика эпилепсии.
13. Лечение и профилактика эпилепсии.
14. Характеристика маниакально-депрессивного психоза.
15. Этиология и диагностика маниакально-депрессивного психоза.
16. Лечение и профилактика маниакально-депрессивного психоза.
17. Основные психопатологические синдромы шизофрении.
18. Этиология и диагностика шизофрении.
19. Лечение и профилактика шизофрении.
20. Общая характеристика олигофрении.
21. Основные критерии олигофрении.
22. Классификации олигофрений.

23. Диагностика и лечение олигофрении.
24. Характеристика идиотии.
25. Характеристика дебильности.
26. Характеристика имбецильности.
27. Диагностика психогенных заболеваний.
28. Классификация психогений.
29. Реактивные психозы.
30. Этиология, диагностика и лечение реактивных психозов.
31. Неврозы.
32. Этиология, диагностика и лечение неврозов.
33. Основные диагностические критерии и динамика психопатий.
34. Клинические типы психопатий.
35. Лечение и профилактика психопатий.
36. Расстройства влечений.

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю), описание шкал оценивания

Критерии оценки (в баллах) устного опроса на практических занятиях

- 0-0,1 баллов выставляется студенту, если он не дал ответа по вопросам; дал неверные, содержащие фактические ошибки ответы на все вопросы; не смог ответить на дополнительные и уточняющие вопросы; если он отказался отвечать на вопросы.

- 0,2-0,5 баллов выставляется студенту, если он показал неполные знания, допустил ошибки и неточности при ответе на вопросы, продемонстрировал неумение логически выстроить материал ответа и сформулировать свою позицию по проблемным вопросам. При этом хотя бы по одному из заданий ошибки не должны иметь принципиального характера. Студент должен опираться в своем ответе на учебную литературу.

- 0,6- 0,8 балла выставляется студенту, если он дал полный правильный ответ на вопросы с соблюдением логики изложения материала, но допустил при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера. Студент может недостаточно чётко и полно ответить на уточняющие и дополнительные вопросы.

- 0,9-1 балла выставляется студенту, если он сформулировал полный и правильный ответ на вопросы, логично структурировал и изложил материал. При этом студент должен показать знание специальной литературы. Студенту необходимо продемонстрировать умение обозначить проблемные вопросы в соответствующей области знаний, проанализировать их и предложить варианты решений, дать исчерпывающие ответы на уточняющие и дополнительные вопросы.

Критерии оценки (в баллах) реферата

- 0-1 балла выставляется студенту, если задание не выполнено (ответ отсутствует или вопрос не раскрыт);

- 2-3 балла выставляется студенту, если обнаруживается общее представление о сущности вопроса;

- 4-6 балла выставляется студенту, если вопрос раскрыт частично, использованы необщепринятые сокращения, затрудняющие ее прочтение. Допущено 3–4 фактические ошибки;

- 7-9 балла выставляется студенту, если вопрос раскрыт более чем наполовину, но без ошибок. Имеются незначительные и/или единичные ошибки. Используются ссылки менее чем на половину рекомендованных по данному вопросу источников.

- 10-11 баллов выставляется студенту, если вопрос раскрыт полностью и без ошибок, реферат написан правильным литературным языком без грамматических ошибок, умело использованы ссылки на источники .

Критерии оценки (в баллах) решения кейса

- 1-5 балл выставляется студенту, если задание выполнено формально; или не выполнено;

- 6-10 балла выставляется студенту, если задание выполнено с неточностями, без учета научных положений;

- 11-15 балла выставляется студенту, если соблюдены не все требования, предъявленные к заданию, изложенный материал недостаточно аргументирован;

- 16-21 балла выставляется студенту, если соблюдены не все требования, предъявленные к оформлению задания, при этом автор не проявил самостоятельность и творческий подход, использовал необходимую литературу;

- 22-25 баллов выставляется студенту, если соблюдены все требования, предъявленные к заданию, автор проявил самостоятельность и творческий подход при изложении материала, использовал необходимую литературу.

Критерии оценки (в баллах) тестирования

1 балл выставляется за правильный ответ. Максимум 25 баллов.

Рейтинг-план дисциплины

Виды учебной деятельности студентов	Балл за конкретное задание	Число заданий за семестр	Баллы	
			Минимальный	Максимальный
Модуль 1				
Текущий контроль				
1. Опрос на практических занятиях	1	14	0	14
2. Реферат	11	1	0	11
Рубежный контроль				
Тестирование	25	1	0	25
Модуль 2				
Текущий контроль				
1. Опрос на практических занятиях	14	1	0	14
2. Реферат	11	1	0	11
Рубежный контроль				
Кейс	25	1	0	25
Поощрительные баллы				
1. Активная работа на занятиях	5	1	0	5
2. Участие в научно-практических конференциях, публикация статей	5	1	0	5
Посещаемость (баллы вычитаются из общей суммы набранных баллов)				
1. Посещение лекционных занятий			0	-6

2. Посещение практических (семинарских, лабораторных занятий)			0	-10
Итоговый контроль				
2. Зачет				30

Результаты обучения по дисциплине (модулю) у обучающихся оцениваются по итогам текущего контроля количественной оценкой, выраженной в рейтинговых баллах. Оценке подлежит каждое контрольное мероприятие.

При оценивании сформированности компетенций применяется четырехуровневая шкала «неудовлетворительно», «удовлетворительно», «хорошо», «отлично».

Максимальный балл по каждому виду оценочного средства определяется в рейтинг-плане и выражает полное (100%) освоение компетенции.

Уровень сформированности компетенции «хорошо» устанавливается в случае, когда объем выполненных заданий соответствующего оценочного средства составляет 80-100%; «удовлетворительно» – выполнено 40-80%; «неудовлетворительно» – выполнено 0-40%

Рейтинговый балл за выполнение части или полного объема заданий соответствующего оценочного средства выставляется по формуле:

$$\text{Рейтинговый балл} = k \times \text{Максимальный балл},$$

где $k = 0,2$ при уровне освоения «неудовлетворительно», $k = 0,4$ при уровне освоения «удовлетворительно», $k = 0,8$ при уровне освоения «хорошо» и $k = 1$ при уровне освоения «отлично».

Оценка на этапе промежуточной аттестации выставляется согласно Положению о модульно-рейтинговой системе обучения и оценки успеваемости студентов УУНиТ:

На зачете выставляется оценка:

- зачтено - при накоплении от 60 до 110 рейтинговых баллов (включая 10 поощрительных баллов),
- не зачтено - при накоплении от 0 до 59 рейтинговых баллов.

При получении на экзамене оценок «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», на зачёте оценки «зачтено» считается, что результаты обучения по дисциплине (модулю) достигнуты и компетенции на этапе изучения дисциплины (модуля) сформированы.