

Документ подписан простой электронной подписью
 Информация о владельце:
 ФИО: Косенок Сергей Михайлович
 Должность: ректор
 Дата подписания: 14.06.2024 08:38:55
 Уникальный программный ключ:
 e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

**Тестовое задание для диагностического тестирования по дисциплине:
 Практикум по патопсихологической диагностике, СЕМЕСТР 9**

Код, направление подготовки	37.05.01 Психология
Направленность (профиль)	Клиническая психология
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Психологии
Выпускающая кафедра	Психологии

Проверяемая компетенция	№	Задание	Варианты ответов	Тип сложности вопроса	Кол-во баллов за правильный ответ
ОК-1 ПК-3 ПК-4	1	Задачи патопсихологического исследования	1) психодиагностические; 2) консультирование; 3) психокоррекционные	низкий	2,0
ОК-1 ПК-3 ПК-4	2	Предмет патопсихологии	1) Анормальная психика; 2) Нарушения психической деятельности, структура и закономерности различных форм ее распада; 3) Психические возможности человека	низкий	2,0
ОК-1 ПК-3 ПК-4	3	Методики определения устойчивости внимания и способности к концентрации, выделить верные:	1) Таблицы Шульте; 2) Счёт по Крепелину; 3) Пиктограммы; 4) Отсчитывание от 100	низкий	2,0
ОК-1 ПК-3 ПК-4	4	Нарушение динамического компонента внимания и умственной работоспособности проявляется:	1) повышенной истощаемостью, лабильностью, инертностью; 2) пресыщаемостью, снижением психической активности, дефицитом 3) целенаправленности	низкий	2,0

			<p>внимания;</p> <p>4) количеством ошибок и временных характеристик выполнения в конце</p> <p>5) выполнения пробы или психологического исследования в целом;</p> <p>6) всеми видами познавательной деятельности.</p>		
ОК-1 ПК-3 ПК-4	5	Вид помощи, необходимый при болезненном состоянии психики:	<p>1) психиатрическая помощь;</p> <p>2) психологическая коррекция;</p> <p>3) консультирование, обучение, развитие;</p> <p>4) медикаментозное лечение</p>	низкий	2,0
ОК-1 ПК-3 ПК-4	6	К основным принципам патопсихологического исследования по Зейгарник относятся все указанные, кроме:	<p>1) построение эксперимента по типу функциональной пробы</p> <p>2) опора только на стандартизированные методы диагностики</p> <p>3) качественного анализа данных хода и результатов исследования</p> <p>4) изучение закономерностей распада психической деятельности в сопоставлении с закономерностями формирования психических процессов в норме.</p>	средний	5,0
ОК-1 ПК-3 ПК-4	7	К типичным нарушениям мышления при шизофрении относятся все указанные, кроме:	<p>1) резонерство</p> <p>2) разноплановость</p> <p>3) соскальзывания</p> <p>4) склонность к детализации</p>	средний	5,0
ОК-1 ПК-3 ПК-4	8	Для исследования мышления используются все указанные методики,	<p>1) классификации</p>	средний	5,0

		кроме:	<ul style="list-style-type: none"> 2) запоминание 10 слов 3) исключения предметов 4) методика Выготского-Сахарова 		
ОК-1 ПК-3 ПК-4	9	Типичными нарушениями мышления при эпилепсии являются все указанные, кроме	<ul style="list-style-type: none"> 1) замедленности 2) тугоподвижности 3) разноплановости 4) вязкость 	средний	5,0
ОК-1 ПК-3 ПК-4	10	«Кубики Коса» являются одним из субтестов:	<ul style="list-style-type: none"> 1) субтестом из «Теста Векслера» 2) субтестом из методики «Куб Линка» 3) субтестом из «Матрицы Равенна» 4) субтестом из теста «Кеттелла» 	средний	5,0
ОК-1 ПК-3 ПК-4	11	К особенностям наблюдения за испытуемым в патопсихологическом эксперименте относят все, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> 1) отношения испытуемого к экспериментатору и к эксперименту 2) подбор диагностических средств в эксперименте 3) реакция испытуемого на успех или неуспех 4) эмоциональное состояние испытуемого во время эксперимента 	средний	5,0
ОК-1 ПК-3 ПК-4	12	Все характеристики относят к типичному олигофреническому слабоумию, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> 1) тотальность 2) деменция 3) иерархичность 4) недоразвитие 	средний	5,0
ОК-1 ПК-3 ПК-4	13	К нарушениям памяти относят все, кроме:	<ul style="list-style-type: none"> 1) амнезия 2) конфабуляция 3) слабость 	средний	5,0

			слеодообразования 4) шперрунг		
ОК-1 ПК-3 ПК-4	14	К нарушениям мышления относят указанные, кроме:	1) нарушения операциональной стороны мышления 2) нарушение динамики мышления 3) нарушение опосредованности мышления 4) нарушение мотивационного компонента мышления	средний	5,0
ОК-1 ПК-3 ПК-4	15	Испытуемому оказываются все виды помощи, кроме:	1) направляющей 2) систематической 3) стимулирующей 4) организующей	средний	5,0
ОК-1 ПК-3 ПК-4	16	Больная Г. 14 лет. ученица 8 класса. Всегда спокойная, застенчивая, за последнее время девочка стала вести себя дерзко и развязно. Перестала ходить в школу, несколько раз не ночевала дома, на улице подмигивала незнакомым молодым людям. В отделении психиатрической больницы держится в стороне от детей и подростков. Большую часть времени ничем не занята, но иногда, оставшись в одиночестве, танцует, что-то напевает. Гиперсексуальна, в присутствии других детей и, особенно, мальчиков, ложится в кровать, задирает халат и голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры	1) Гебефренический синдром. 2) Апатический синдром. 3) Кататоническое возбуждение.	высокий	8,0

		<p>дерзко заявляет: "А что тут такого? Раз трусики шьют, то пусть их видят все!" Себя называет "Вильгельмом-завоевателем по фамилии Перепрыжкин"</p> <p>Постоянно гримасничает, морщит лоб, закрывает глаза, хмурит брови. Внезапно, без видимой причины, раздражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные ими продукты тут же съедает, кроме того пытается выхватить пищу у других детей. При беседе с врачом девочка неоткровенна, на вопросы отвечает формально и уклончиво. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационарирования. Не обеспокоена перерывом в учебе: "Ничего нет особенного. Переиду учиться в другую школу". При свидании с подругами не проявляет никакой радости". Как Вы назовете этот психопатологический синдром?</p>			
ОК-1 ПК-3 ПК-4	17	<p>Больной Б., 28 лет. Преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные</p>	<p>1) Депрессивный синдром</p> <p>2) Астенический</p>	высокий	8,0

	<p>боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость.</p> <p>Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня "вработывается", голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к тому одежде: "Чувствую себя так, будто на мне власяница!" Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными</p>	синдром		
--	--	---------	--	--

		пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение. Склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения. Как вы оцениваете описанные психопатологические проявления?			
ОК-1 ПК-3 ПК-4	18	Больной В., 37 лет, слесарь. Три дня назад появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось, что его комната наполнена народом, какие-то люди из-за стены кричат, угрожают убить, зовут "пойти выпить". Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, полусобаки-полукошки, слышал стук в окно, крики о помощи. В чрезвычайном страхе выбежал из дома и бросился в отделение милиции, спасаясь от преследования. Оттуда и был доставлен в психиатрическую больницу. В отделении возбужден, особенно в вечернее время, рвется к дверям, к окнам. При беседе внимание на теме разговора сосредоточивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает тряхивать с себя что-то, говорит, что тряхивает ползающих по нему насекомых, видит перед собой "кривляющиеся рожи",		высокий	8,0

		показывает на них пальцем, громко смеется. Как можно оценить описанные психопатологические проявления?			
ОК-1 ПК-3 ПК-4	19	<p>Больная Р, 48 лет, работница. По характеру капризная, своенравная. В трудных жизненных обстоятельствах проявляет робость, нерешительность, непрактичность. После ухода единственного сына в армию дома осталась одна. С этого времени непрерывно лечится у разных врачей. С этого времени непрерывно лечится у разных врачей. Помещенная в психиатрический стационар, большую часть времени лежит в постели. Выражение лица страдальческое, руки бессильно разбросаны. При виде врача начинает охать, держится руками за голову, плачет, жалуется на тяжелое общее состояние: "Все тело болит... Голова разламывается... Не сплю ни минуты". При волнении появляются размашистые движения рук. При ходьбе пошатывается, широко расставляет ноги, держится руками за окружающие предметы. Дважды за время пребывания больной в стационаре у нее наблюдались однотипные припадки. Лежа в постели, она внезапно начинала глухо стонать, метаться, сжимала себе</p>	<p>1) Истерическое поведение</p> <p>2) Симулятивное поведение</p>	высокий	8,0

		<p>руками горло. На вопросы не отвечала, не реагировала на легкий укол. При попытке посмотреть реакцию зрачков на свет "закатывала" глаза. Сухожильные рефлексy оставались сохраненными и даже повышались. После окончания припадка, длящегося 10-15 минут, больная сохраняла о нем смутные воспоминания. Ко всем лечебным мероприятиям больная относится отрицательно, уверяет, что ей ничто не поможет. Себя считает совершенно нетрудоспособной, просит врача добиться через военкомат возвращения ее сына из армии, суждения больной примитивны, нелогичны. Круг интересов ограничен болезнью и бытовыми вопросами. Как можно оценить описанные психопатологические проявления?</p>			
<p>ОК-1 ПК-3 ПК-4</p>	20	<p>Больной С. 37 лет, научный работник. Пришел на амбулаторный прием к врачу-психиатру. Свой разговор с врачом начал с просьбы не считать его психически больным в собственном смысле этого слова: он сознательный человек, успешно трудится, заканчивает диссертацию. Однако за последние месяцы он стал замечать у себя постоянно угнетенное настроение. Тоски,</p>	<p>1) Астено-депрессивный синдром. 2) Ипохондрический синдром.</p>	высокий	8,0

	<p>собственно, нет. Скорее это чувство усталости, безволие, недовольство самим собой. "Хотелось бы уехать, куда глаза глядят, все бросить". Раньше был весь захвачен работой, хотелось скорее закончить диссертацию, чтобы перейти к другим делам, а теперь нет прежнего интереса. Из-за этого стал быстро утомляться, появилась рассеянность, мысли не концентрируются, а ускользают, "разбегаются по всем направлениям". Не вызывают прежнего интереса и чтение художественной литературы, кинофильмы, театр. Все кажется серым, будничным и как будто бы давно знакомым. Рассказывая об этом, больной иронизирует, называет себя нытиком, ипохондриком - "видно я уж ни что больше не гожусь!" Однако за этими высказываниями чувствуется невольное и, видимо, неосознанное желание услышать от врача противоположное мнение. Во всяком случае, уверения врача в полной сохранности его умственных и творческих способностей больной встречает внешне хотя и иронически, но с явным удовлетворением. Точно так же за внешней шутливостью и иронией больной не может скрыть тревоги за свое здоровье. При физическом, неврологическом</p>			
--	---	--	--	--

		<p>обследовании он с пристальным вниманием следит за всеми действиями врача, пытаясь уловить в его тоне или выражении лица намек на наличие каких-либо серьезных симптомов заболевания. После психотерапевтической беседы больной ушел ободренным и успокоенным. Как вы оцениваете описанное состояние?</p>			
--	--	---	--	--	--