

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Приволжский исследовательский медицинский университет"
Министерства здравоохранения Российской Федерации



УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе
Богомолова Е.С.

«27» 06 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине **Общая психопатология**

направление подготовки **37.04.01 Психология**

профиль **Клиническая психология**

Квалификация выпускника:

Магистр

Форма обучения:

очно-заочная

Нижний Новгород
2024

Фонд оценочных средств по дисциплине «*Общая психопатология*» предназначен для контроля знаний по программе магистратуры по направлению подготовки 37.04.01 Психология, профилю Клиническая психология.

1. Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине «Общая психопатология»

Компетенция	Результаты обучения	Виды занятий	Оценочные средства
ПК-2	способен осуществлять диагностику, экспертизу и коррекцию психических процессов, состояний, психологических свойств, поведения и различных видов деятельности человека с учетом индивидуальных, возрастных и социально-психологических особенностей, личностных и социальных факторов риска		
	<p>ИД-1пк-2.1 планирует и проводит диагностическое обследование (мониторинг) с целью анализа динамики психического развития и определения лиц, нуждающихся в психологической помощи</p> <p>ИД-2пк-2.2 анализирует и обобщает результаты психологического обследования потребностей, рисков и ресурсов клиентов, психологических особенностей их социального окружения и условий жизни</p> <p>ИД-3пк-2.3 участвует в разработке и реализации программ психокоррекционной работы, направленной на улучшение состояния и динамики психических процессов, состояний, психологических свойств, поведения и различных видов деятельности клиентов, преодоление проблем в сфере общения</p>	Лекции, практические занятия, самостоятельная работа	Тестовые задания, опрос, ситуационные задачи
ПК-6	способен организовывать и осуществлять психологическое просвещение и психопрофилактику, направленные на сохранение и укрепление психологического здоровья населения		
	<p>ИД-1пк-6.1 участвует в сборе и обобщении информации о рисках и формировании прогноза возможного неблагополучия в состоянии и динамике психологического здоровья населения</p> <p>ИД-2пк-6.2 планирует и осуществляет психологическое просвещение населения, работников органов и организаций социальной сферы, включая систему здравоохранения</p> <p>ИД-3пк-6.3 разрабатывает и реализует совместно с другими специалистами программы профилактической работы, направленные на улучшение состояния и динамики психологического здоровья населения</p>	Лекции, практические занятия, самостоятельная работа	Тестовые задания, опрос, ситуационные задачи

Текущий контроль по дисциплине «Общая психопатология» осуществляется в течение всего срока освоения данной дисциплины. Выбор оценочного средства для проведения текущего контроля на усмотрение преподавателя.

Промежуточная аттестация обучающихся по дисциплине «Общая психопатология» проводится по итогам обучения и является обязательной.

2. Критерии и шкала оценивания

Индикаторы компетенции	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

3. Оценочные средства (полный перечень оценочных средств)

3.1. Текущий контроль

3.1.1. Контролируемый раздел дисциплины «Общая психопатология»

Ситуационные задачи:

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	005
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больная Н., 27 лет, служащая. Анамнез жизни: Наследственность не отягощена. Росла и

		<p>развивалась соответственно возрасту, окончила школу и институт, получив специальность бухгалтера.</p> <p>По характеру спокойная, общительная, ответственная. Употребление алкоголя отрицает.</p> <p>Анамнез заболевания: Со слов больной, впервые заболела в 16 лет, когда отмечались сниженное настроение, тоска, отсутствие желания учиться и встречаться с друзьями, снизился аппетит, была заторможенной и медлительной, «не могла ни на чем сосредоточиться», обвиняла себя в «лени и глупости», высказывала суицидальные мысли.</p> <p>Была госпитализирована в психиатрическую клинику, стационарно лечилась 4 месяца, затем амбулаторно около года.</p> <p>После улучшения состояния окончила школу, поступила в институт, параллельно работала официанткой.</p> <p>Второй эпизод в возрасте 21 года: постепенно снизилось настроение, появилось чувство тоски, снизился аппетит, ухудшился сон, стала пропускать занятия в институте, не общалась с друзьями. Была повторно госпитализирована в психиатрическую клинику, лечилась стационарно 3 месяца.</p> <p>После нормализации состояния окончила институт, работа по специальности.</p> <p>Настоящее ухудшение около трех месяцев, когда стала подавленной, грустной, малоразговорчивой, малоактивной, часто отказывалась от еды, жаловалась на плохой сон, тоску, отсутствие желания заниматься чем-либо, трудности сосредоточения, запоры и головные боли. Обвиняла себя в том, что «создает проблемы окружающим», «на работе отчет, а я здесь – все им испортила». С целью самоубийства приняла большую дозу транквилизаторов, родственниками была вызвана СМП.</p> <p>Психический статус: Настроение снижено. Больная заторможена, медлительна, на вопросы отвечает односложно, после паузы. Голос тихий. Сидит в одной позе, опустив голову, мимика однообразная, скорбная.</p> <p>Жалуется на тоску, плохой сон, отсутствие аппетита, повторяет «все испортила», «лучше бы меня и вовсе не было». Высказывает суицидальные мысли, обвиняет родственников в том, что «не дали закончить».</p> <p>Соматический статус: Сниженного питания, за 2 месяца похудела на 5 кг. Кожа сухая, тонус снижен. Зрачки расширены. Страдает запорами.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Депрессивный синдром.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	Диагноз тяжелого депрессивного эпизода поставлен на основе критериев, согласно рекомендациям МКБ-10:

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Снижение настроения, 2. Ангедония (утрата интересов и удовольствий), 3. Снижение активности, <p>А также дополнительных симптомов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушенный сон, 2. Сниженный аппетит, 3. Снижение способности к сосредоточению и вниманию, 4. Идеи виновности, 5. Попытка суицида.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование синдрома
P0	-	Обоснование полностью не верно.

3.2. Промежуточный контроль

3.2.1. Кейсы

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	<p>Пациент, 19 лет, по настоянию матери впервые обратился к психиатру.</p> <p>Анамнез со слов матери: в возрасте 17 лет без видимой причины ухудшилось настроение, не было желания что-либо делать, отдалился от друзей, снизился аппетит, похудел за этот период на 10 кг, нарушился сон, вставал по утрам в 3-4 часа и не мог уснуть, появились идеи вины, считал, сам виноват в своем состоянии, т.к. «может взять себя в руки», трудно было учиться, из-за снижения концентрации внимания и ухудшения памяти. Суицидальных мыслей не возникало. Такое состояние длилось около 8 месяцев, затем симптомы купировались, настроение стало ровным. К врачам не обращался, лечение не получал.</p> <p>В течение последних трех недель стал мало спать по ночам, настроение было приподнятое, временами был раздражителен, обрил голову, в высказываниях был непоследователен, говорил, что стал «Солнцем», т.к. видел свет «льющийся из меня на Землю».</p> <p>При осмотре: труднодоступен продуктивному контакту. На вопросы отвечает не по существу, не в плане задаваемого вопроса. Настроение повышено, с оттенком раздражительности. Речь громкая, скандированная. Многословен. Сообщает, что «в голове множество мыслей». Активно жестикулирует. Держится без дистанции. Во время беседы вскакивает, ходит по кабинету, отвлекается на посторонние вещи. Критики к поведению нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Биполярное аффективное расстройство (БАР) I типа, текущий

		маниакальный эпизод с психотическими симптомами.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не установлен текущий эпизод, не указано наличие или отсутствие психотической симптоматики.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз биполярного аффективного расстройства установлен на основании настоящего психического статуса – маниакальный эпизод с психотическими чертами длительностью 3 недели; в анамнезе депрессивный эпизод длительностью 8 месяцев.</p> <p>Текущий маниакальный эпизод с психотическими симптомами установлен на основании данных анамнеза: в течении последних трех недель сохранялось преимущественно повышенное настроение с раздражительностью, снизилась потребность во сне, присутствие бреда величия – стал «Солнцем» и галлюцинации видел свет «льющийся из меня на Землю» и данных объективного осмотра: повышение физической активности, повышенная говорливость, ускорение течения мыслей – субъективное ощущение скачки идей, поведение, неадекватное обстоятельствам (снижение нормального социального контроля), повышенная отвлекаемость.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	<p>Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование текущего эпизода.</p> <p>Или обоснование текущего эпизода дано неверно.</p>
P0	-	<p>Обоснование биполярного аффективного расстройства и текущего эпизода даны неверно.</p> <p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
B	3	Установите и обоснуйте тип течения БАР.
О	-	<p>БАР I типа установлен на основании данных анамнеза депрессивный эпизод в течении 8 месяцев, когда ухудшилось настроение, не было желания что-либо делать, отдалился от друзей, снизился аппетит, похудел за этот период на 10 кг, нарушился сон, вставал по утрам в 3-4 часа и не мог уснуть, появились идеи вины, трудно было учиться, из-за снижения концентрации внимания и ухудшения памяти. Текущий эпизод маниакальный с психотическими симптомами.</p>
P2	-	Тип течения БАР установлен и обоснован верно.
P1	-	Тип течения БАР установлен верно, однако обоснован не полностью.
P0	-	Тип течения БАР установлен и обоснован полностью не верно.

3.2.2. Тестовые задания

<i>Тестовые вопросы и варианты ответов</i>	<i>Компетенция, формируемая тестовым вопросом</i>
<p>1 Критериями псевдогаллюцинаций не является:</p> <p>A/ чувство сделанности, наведенности</p> <p>B/ Проекция в рамках чувственного горизонта</p> <p>C/ Интрапроекция галлюцинаций</p> <p>D/ Соответствие предметам и явлениям действительности</p>	ПК-2, ПК-6
<p>2 Что из нижеперечисленного определяет структуру синдрома психического автоматизма?</p> <p>A/ псевдогаллюцинации</p> <p>B/ бредовые идеи воздействия</p> <p>C/ отчуждение собственных психических процессов</p> <p>D/ Все выше перечисленное</p>	ПК-2, ПК-6
<p>3 В структуре синдрома Кандинского-Клерамбо наблюдаются все симптомы, КРОМЕ:</p> <p>A/ Сознание болезненного характера имеющихся расстройств</p> <p>B/ Псевдогаллюцинации</p> <p>C/ Бредовые идеи воздействия</p> <p>D/ Ментизм /наплыв произвольных ассоциаций/</p> <p>E/ Отчуждение собственных психических процессов</p>	ПК-2, ПК-6
<p>4 При маниакальном синдроме наблюдаются все симптомы, КРОМЕ:</p> <p>A/ Хаотичные бессмысленные движения</p> <p>B/ Повышенная отвлекаемость</p> <p>C/ Стремление к общению, альтруизм</p> <p>D/ Повышение аппетита, гиперсексуальность</p> <p>E/ Переоценка своих возможностей, способностей</p>	ПК-2, ПК-6
<p>5 Старушка без каких-либо оснований стала конфликтовать с соседями. Заявляет, что соседи воруют соль из солонки. Попытки родственников разубедить ее в этом оказались безуспешными.</p> <p>A/ паралогическое мышление</p> <p>B/ сверхценные идеи</p> <p>C/ навязчивые идеи</p> <p>D/ психические автоматизмы</p> <p>E/ бред</p>	ПК-2, ПК-6
<p>6 Какие условия необходимы для возникновения</p>	ПК-2, ПК-6

<p>индуцированного бреда? А/ правдоподобие фабулы бреда В/ длительное, тесное общение с душевнобольным С/ внушаемость и примитивность индуцируемого D/ Все выше перечисленное</p>	
<p>7 Какие темы наиболее часто выступают в качестве фабулы сверхценных идей? А/ идеи величия В/ идеи изобретательства С/ идеи воздействия D/ идеи ревности</p>	ПК-2, ПК-6
<p>8 Какова обычная последовательность смены синдромов хронического бреда? А/ парафренный-параноидный-паранойяльный В/ паранойяльный-параноидный-парафренный С/ парафренный-паранойяльный-параноидный D/ параноидный-паранойяльный-парафренный E/ паранойяльный-парафренный-параноидный</p>	ПК-2, ПК-6
<p>9 Отсутствие воспоминаний о событиях, происшедших по выходе больного из бессознательного состояния: А/ ретроградная амнезия В/ антероградная амнезия С/ фиксационная амнезия D/ все указанные виды амнезий E/ ни один из названных симптомов</p>	ПК-2, ПК-6
<p>10 Проведение всех следующих мероприятий необходимо для наиболее полной адаптации больных с дебильностью, КРОМЕ: А/ постоянное лекарственное лечение В/ обучение в специальных школах С/ физическое воспитание D/ приобщение к труду E/ поощрение стремления к общению и творчеству</p>	ПК-2, ПК-6