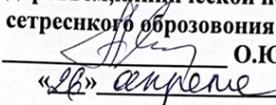




Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский
университет имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Директор Высшей школы управления
здоровьем, клинической психологии и
сетрессного образования


О.Ю. Алешкина
«26» апреля 2024 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Дисциплина: «Расстройства личности»
(наименование дисциплины)

Специальность: 37.05.01 «клиническая психология»
(код и наименование специальности)

Квалификация: Клинический психолог
(квалификация (степень) выпускника)

1. КАРТА КОМПЕТЕНЦИЙ

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции (или ее части)
1	2
Исследование и оценка	ОПК-2. Способен применять научно обоснованные методы оценки уровня психического развития, состояния когнитивных функций, эмоциональной сферы, развития личности, социальной адаптации различных категорий населения
ИОПК-2.1. Владеет навыками получения, математико- статистической обработки, анализа и обобщения результатов клинико-психологического исследования, представления их научному сообществу. ИОПК-2.2. Умеет получать результаты объективного исследования, обрабатывать их с помощью математико-статистических методов, анализировать и обобщать, представлять научному сообществ.	
Психодиагностическая деятельность, экспертная деятельность	ПК-9. Способен проводить психологической диагностике и составлению психологических заключений по результатам диагностического обследования различных групп населения
ИПК-13 знать теорию, методологию психодиагностику, классификацию психодиагностических методов, их возможности и ограничения, предъявляемые к ним требования. ИПК-14 уметь планировать и проводить диагностическое обследование с использованием стандартизированного инструментария, включая обработку результатов. ИПК-15 владеть скрининговыми обследованиями (мониторинг) с целью анализа динамики психического развития, определение лиц, нуждающихся в психологической помощи. ИПК-43 знать структуру сбора психологического анамнеза. ИПК-44 уметь организовывать и проводить психодиагностические исследования. ИПК владеть методами психологической диагностики. ИПК-45 знать особенности активной коммуникации и информационно - аналитической деятельности	

2. ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНИВАНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Семестр	Шкала оценивания			
	«неудовлетворительно»	«удовлетворительно»	«хорошо»	«отлично»
знать				
6	<p>Студент не способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале дисциплины. Не знает историю, современное состояние проблемы закономерностей нормального и анормального развития, функционирования психики и личности. Не знает теоретические основы и принципы патопсихологического анализа нарушений психической деятельности и личности при психических расстройствах.</p>	<p>Студент усвоил основное содержание материала дисциплины, но имеет пробелы в усвоении материала, не препятствующие дальнейшему усвоению учебного материала. Имеет несистематизированные знания о клинико-психологической феноменологии, механизмах и факторах риска возникновения расстройств психического, психосоматического здоровья и развития, истории, современном состоянии проблемы закономерностей нормального и анормального развития, функционирования психики и личности.</p>	<p>Студент способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале. Знает основные механизмы и факторы риска возникновения расстройств психического, психосоматического здоровья и развития, теоретические основы и принципы патопсихологического анализа нарушений психической деятельности и личности при психических расстройствах.</p>	<p>Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала дисциплины. Знает основные механизмы и факторы риска возникновения расстройств психического, психосоматического здоровья и развития. Показывает глубокое знание и понимание истории, современного состояния проблемы закономерностей нормального и анормального развития, функционирования психики и личности, клинико-психологической феноменологии, механизмов и факторов риска возникновения расстройств психического, психосоматического здоровья и развития.</p>
уметь				
6	<p>Студент не умеет выбирать и применять методы психологической оценки и диагностики, соответствующие</p>	<p>Студент испытывает затруднения при самостоятельной постановке практической и исследовательской задачи, составлении программы</p>	<p>Студент умеет самостоятельно выбирать и применять методы психологической оценки и диагностики, соответствующие поставленной задаче,</p>	<p>Студент умеет последовательно выбирать и применять методы психологической оценки и диагностики, соответствующие поставленной задаче, использовать</p>

	<p>поставленной задаче. Не умеет использовать методы психологического консультирования, психопрофилактики, реабилитации и психотерапии в работе с индивидами, группами, учреждениями, представителями различных субкультур.</p>	<p>диагностического обследования больных с психическими расстройствами и их семей с целью определения структуры дефекта, а также факторов риска и дезадаптации. Студент непоследовательно и не систематизировано прогнозирует изменения и оценивает их динамику в различных сферах функционирования человека при медицинском и психологическом воздействии, направленном на гармонизацию жизнедеятельности индивида. Студент затрудняется при выборе и применении методов психологической оценки и диагностики, соответствующие поставленной задаче.</p>	<p>прогнозировать изменения и оценивать их динамику в различных сферах психического функционирования человека при медицинском и психологическом воздействии, направленном на гармонизацию жизнедеятельности индивида. Студент умеет использовать методы психологического консультирования, психопрофилактики, реабилитации и психотерапии в работе с индивидами, группами, учреждениями, представителями различных субкультур.</p>	<p>методы психологического консультирования, психопрофилактики, реабилитации и психотерапии в работе с индивидами, группами, учреждениями, представителями различных субкультур. Студент умеет самостоятельно ставить практические и исследовательские задачи, составлять программы диагностического обследования больных с психическими расстройствами и их семей с целью определения структуры дефекта, а также факторов риска и дезадаптации.</p>
--	---	--	--	--

владеть

<p>6</p>	<p>Студент не владеет навыком диагностики психологической оценки состояния психического, психосоматического здоровья и развития в детском и взрослом возрасте. Не владеет разнообразными стратегиями психопрофилактической, психокоррекционной, реабилитационной и психотерапевтической</p>	<p>Студент владеет основными навыками диагностики психологической оценки состояния психического, психосоматического здоровья и развития в детском и взрослом возрасте. Студент в основном способен самостоятельно создавать и применять психодиагностические, психотерапевтические, консультационные и коррекционные технологии с</p>	<p>Студент владеет знаниями всего изученного программного материала, материал излагает последовательно разнообразные стратегиями психопрофилактической, психокоррекционной, реабилитационной и психотерапевтической работы с учетом характера и факторов нарушения здоровья и развития, допускает незначительные ошибки и недочеты при воспроизведении изученного материала.</p>	<p>Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала. Студент владеет методами, процедурами и техниками диагностики психологической оценки состояния психического, психосоматического здоровья и развития в детском и взрослом возрасте. Студент показывает глубокое и полное владение всем объемом изучаемой дисциплины в части</p>
-----------------	---	---	--	---

	<p>работы с учетом характера и факторов нарушения здоровья и развития.</p>	<p>последующей обработкой данных на основе общегуманитарных и математико-статистических методов. Студент в основном владеет навыком использования теоретических основ и методов классических и современных направлений психотерапии.</p>	<p>Студент способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале, владеет навыком выделения значимых методов, процедур и техник диагностики психологической оценки состояния психического, психосоматического здоровья и развития в детском и взрослом возрасте.</p>	<p>способности самостоятельного выделения значимых свойств разнообразных стратегий психопрофилактической, психокоррекционной, реабилитационной и психотерапевтической работы с учетом характера и факторов нарушения здоровья и развития.</p>
--	--	---	---	---

2. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Перечень экзаменационных вопросов

1. Понятие «личность», категории определений.
2. Общие положения теорий личности
3. Определение личности. Понятия нормы и патологии
4. Акцентуации личности по К. Леонгарду
5. Варианты акцентуаций личности
6. Невротические расстройства: определение и модели патологии
7. Динамика неврозов
8. Типы психологических конфликтов (по Мясищеву).
9. Фобические и тревожные расстройства. История изучения и общие диагностические указания
10. Агарофобия. Клиника, диагностика, психокоррекция.
11. Социальные фобии. Клиника, диагностика, психокоррекция.
12. Специфические (изолированные) фобии. Клиника, диагностика, психотерапия.
13. Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога). Клиника, диагностика, психотерапия.
14. Генерализованное тревожное расстройство. Клиника, диагностика, психотерапия.
15. Клинические проявления обсессивно-компульсивных расстройств.
16. Диагностика и психотерапия обсессивно-компульсивных расстройств
17. Реакция на стресс. Модели патологии
18. Этиология и патогенез посттравматического стрессового расстройства
19. Клиника посттравматического стрессового расстройства
20. Диагностика посттравматического стрессового расстройства
21. Расстройства адаптации. Модели патологии, клиника и диагностика
22. Психокоррекция посттравматических стрессовых расстройств
23. Распространенность и клинические проявления диссоциативных расстройств
24. Течение и дифференциальная диагностика истерических расстройств
25. Этиология соматоформных расстройств
26. Соматизированное расстройство: клиника и диагностика
27. Ипохондрическое расстройство: этиология, клиника, диагностика
28. Психотерапия ипохондрического расстройства
29. Соматоформная вегетативная дисфункция: клиника, диагностика, психотерапевтическое лечение

30. Хроническое соматоформное болевое расстройство: клиника, диагностика, психотерапевтическое лечение
31. Неврастения: клиника, диагностика, психотерапевтическое лечение
32. Специфические расстройства личности: определение и история исследования
33. Специфические расстройства личности: распространенность и классификации
34. Классификация психопатий П.Б.Ганнушкина
35. Генез личностных аномалий при конституциональных ("ядерных") и нажитых психопатиях
36. Этиология специфических расстройств личности
37. Основные клинические проявления специфических расстройств личности
38. Диагностические критерии специфических расстройств личности
39. Параноидное расстройство личности: этиология и клинические проявления
40. Диагностика и психотерапия параноидного расстройства личности
41. Шизоидное расстройство личности: этиология и клинические проявления
42. Диагностика и психотерапия шизоидного расстройства личности
43. Диссоциальное расстройство личности: этиология и клинические проявления
44. Диагностика и психотерапия диссоциального расстройства личности
45. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный подтип: этиология и клинические проявления
46. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный подтип: диагностика и психотерапия
47. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, пограничный подтип: этиология и клинические проявления
48. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, пограничный подтип: диагностика и психотерапия
49. Истерическое расстройство личности: этиология и клинические проявления
50. Истерическое расстройство личности: диагностика и психотерапия
51. Ананкастное расстройство личности: этиология и клинические проявления
52. Ананкастное расстройство личности: диагностика, течение и психотерапия
53. Тревожное («уклоняющееся», «избегающее») расстройство личности: этиология и клинические проявления
54. Тревожное («уклоняющееся», «избегающее») расстройство личности: диагностика и психотерапия
55. Зависимое расстройство личности: этиология и клинические проявления
56. Зависимое расстройство личности: диагностика и психотерапия
57. Патологическая склонность к азартным играм: этиология и клинические проявления

58. Патологическая склонность к азартным играм: диагностика и психотерапия
59. Патологические поджоги (пиромания): этиология, клинические проявления, возможности психотерапии
60. Патологическое воровство (клептомания): этиология, клинические проявления, возможности психотерапии

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕМ ДЛЯ КУРСОВЫХ РАБОТ

1. Патологии личности в источниках, принадлежащих древним культурам
2. Аномалии личности в трудах отечественных и зарубежных ученых XIX века
3. Аномалии личности в рамках «учения о психической дегенерации»
4. Учение о психопатиях в отечественной психиатрии
5. Учение о психопатических личностях в западной психиатрии XX века
6. Сравнительный анализ акцентуаций и расстройств личности по трудам отечественных и зарубежных ученых
7. Распространенность расстройств личности (современное состояние проблемы, инструменты, возможности и причины ограничения исследований).
8. Сравнительный анализ систематизаций и классификаций расстройств личности.
9. Сопоставление и сравнительный анализ типов личностных расстройств (психопатий), выделяемых в отечественной психиатрии, с Международной классификацией болезней.
10. Генез и формирование расстройств личности по данным отечественных и зарубежных ученых.
11. Классические и современные психоаналитические концептуализации этиологии, условий и механизмов развития расстройств личности
12. Структура и динамика личности в норме и патологии в соответствии с основными концепциями личности (динамической, бихевиоральной и экзистенциальной)
13. Исследование психопатий с социально-психологических позиций (история, специфика оценки, возможности и ограничения).
14. Параноидное расстройство личности в работах отечественных и зарубежных ученых.
15. Шизоидное расстройство личности в работах отечественных и зарубежных ученых.
16. Диссоциальное расстройство личности в работах отечественных и зарубежных ученых.
17. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности в работах отечественных и зарубежных ученых.
18. Истерическое расстройство личности в работах отечественных и зарубежных ученых.
19. Психастеническая психопатия в работах отечественных и зарубежных ученых.
20. Структурная характеристика основных форм и уровней личностной патологии при симптоматических неврозах и неврозах характера.
21. Диагностика психопатий астенического круга (при помощи психометрического инструментария)
22. Диагностика психопатий возбудимого круга (при помощи психометрического инструментария)

23. Диагностика преморбидных акцентуаций личности у больных алкоголизмом
24. Диагностика преморбидных акцентуаций личности у больных наркоманиями
25. Диагностика преморбидных личностных расстройств у больных алкоголизмом
26. Диагностика преморбидных личностных расстройств у больных наркоманиями
27. Самосознание у больных алкоголизмом
28. Самосознание у больных наркоманиями
29. Самосознание у больных с личностными расстройствами
30. Когнитивные нарушения у больных алкоголизмом с сопутствующими расстройствами личности
31. Когнитивные нарушения у больных наркоманиями с сопутствующими расстройствами личности
32. Когнитивные стили у больных с психастеническими расстройствами личности
33. Когнитивные стили у больных с расстройствами личности возбуждимого круга
34. Самооценка у больных с личностными расстройствами
35. Психологическая защита у больных с личностными расстройствами
36. Нарушения адаптации у больных с личностными расстройствами
37. Тревога у больных с расстройствами личности
38. Агрессия у больных с расстройствами личности
39. Мишени психокоррекции у больных с психастеническими расстройствами личности
40. Мишени психокоррекции у больных с расстройствами личности возбуждимого круга
41. Компенсации и декомпенсации у больных с личностными расстройствами
42. Особенности социализации у больных с личностными расстройствами.
43. Коммуникативная компетентность у больных с личностными расстройствами
44. Значение страха в формировании личностных расстройств
45. Значение фрустрации в формировании личностных расстройств
46. Суицидальное поведение у больных с личностными расстройствами

ИТОГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ

Вариант 1

Укажите один правильный ответ:

1. Группой психогенно обусловленных болезненных состояний, характеризующихся парциальностью и эгодистонностью многообразных клинических проявлений, не изменяющих самосознания личности и осознания болезни, называются:

- а) психозы;
- б) неврозы;
- в) психопатии;
- г) тревожно-депрессивные состояния;

2. Основой невроза, условием для его развития является:

- а) акцентуация характера;
- б) интрапсихический конфликт;
- в) межперсональный конфликт;
- г) органический субстрат;

3. Острые волны на энцефалограмме встречаются при:

- а) остром неврозе ;
- б) затяжном неврозе;
- в) невротической реакции;
- г) невротическом развитии личности;

4. Коморбидность обсессивно-компульсивных расстройств наблюдается с:

- а) аффективными расстройствами;
- б) пищевыми расстройствами;
- в) расстройствами памяти;
- г) эндогенными психозами;

5. Ближким к неврозу навязчивых состояний является:

- а) невроз ожиданий;
- б) тревожное расстройство;

- в) тревожно-фобическое расстройство;
- г) неврастения;

6. Прототипической моделью орального характера является:

- а) чистоплотность, бережливость;
- б) упрямство и жестокость;
- в) склонность к лидерству;
- г) зависимость от матери;

7. Ипохондрическое расстройство в рамках соматоформной патологии проявляется:

- а) бредовыми идеями о наличии соматического заболевания без наличия органических нарушений в соответствующих органах;
- б) сверхценными идеями о наличии соматического заболевания, стабильными соматическими жалобами;
- в) навязчивыми воспоминаниями о перенесенном тяжелом соматическом заболевании;
- г) сверхценными идеями о наличии соматического заболевания, без сопутствующих соматических жалоб;

8. Для лечения соматизированной тревоги используются препараты:

- а) ксанакс;
- б) прозак;
- в) тиаприд;
- г) карбамазепин;

9. Для постановки диагноза соматоформной вегетативной дисфункции необходимо учитывать все нижеперечисленные критерии, кроме:

- а) симптомы автономного вегетативного раздражения относимые пациентом к проявлению заболевания в сердечно-сосудистой системе;
- б) симптомы автономного вегетативного раздражения относимые пациентом к проявлению заболевания в опорно-двигательной системе;
- в) симптомы автономного вегетативного раздражения относимые пациентом к проявлению заболевания в мочеполовой системе;
- г) наличие не менее 2 вегетативных симптомов;

10. Акцент в терапии эксплозивного расстройства ставится на:

- а) психотерапию;
- б) физиотерапию;
- в) психофармакотерапию;
- г) профилактику;

11. К критериям пограничного эмоционально-неустойчивого расстройства относятся все, кроме:

- а) склонность к установлению интенсивных, но нестабильных отношений с окружающими;
- б) неуверенность в восприятии себя, своих целей и предпочтений;
- в) преувеличенные усилия избежать состояния покинутости, одиночества;
- г) утрата стойкого чувства внутренней пустоты;

12. Психофармакотерапия пограничных больных носит характер:

- а) этиологический;
- б) патогенетический;
- в) симптоматический;
- г) профилактический;

13. Автором фразы- «Все, что не имеет близкого отношения к его "Я", кажется параноику мало заслуживающим внимания»- является:

- а) В.Х.Кандинский;
- б) С.С.Корсаков;
- в) И.М.Балинский;
- г) П.Б.Ганнушкин;

14. Экспансивные параноики –это:

- а) ранимые и стыдливые;
- б) вялые фанатики;
- в) ревнивцы и сутяги;
- г) робкие и застенчивые;

15. При общении врача с параноидными личностями допустимо все перечисленное, кроме:

- а) уважительное отношение к пациенту;
- б) душевная близость при общении с пациентом;

- в) удерживание некоторой дистанции с пациентом;
- г) однозначность и ясность высказываний врача;

16. Психоанализ объясняет развитие ананкастного расстройства в результате наличия у пациента:

- а) фаллического характера;
- б) пассивной гомосексуальности;
- в) идентификации с противоположным полом;
- г) анального характера;

17. «Он обыкновенно большой педант, формалист и требует от других того же самого; всякий пустяк, всякое отступление от формы... тревожит его, и он не только беспокоится, но и сердится, особенно если дело идет о подчиненных»- такую характеристику дал ананкастной личности:

- а) А.Е. Личко;
- б) К. Леонгард;
- в) Н.Г. Гаранян;
- г) П.Б. Ганнушкин;

18. В психотерапии ананкастного расстройства личности методом первого выбора является:

- а) гипнотерапия;
- б) психоанализ;
- в) трудовая терапия;
- г) когнитивная терапия;

19. Орально-восприимчивое расстройство личности по К. Абрахам является:

- а) исходом зависимого расстройства личности;
- б) самостоятельной нозологией, исключаящей зависимые черты;
- в) предшественником зависимого расстройства личности;
- г) самостоятельной нозологией, включающей черты зависимости;

20. «Нервная слабость», чрезмерная чувствительность, впечатлительность выявляются прежде всего:

- а) в обычных повседневных ситуациях;
- б) в беседе с психотерапевтом;
- в) случайно;
- д) в необычных, экстремальных ситуациях;

21. Реакции «ухода из действительности» или реакции отказа по П.Б. Ганнушкину обычно возникают:

- а) при необходимости действовать и решать самостоятельно в изменившихся условиях;
- б) при ожидании изменений ситуации;
- в) при представлениях о том, что возможны перемены;
- г) в экстремальных, неожиданных ситуациях;

22. При диссоциативных состояниях в рамках ПТСР могут встречаться:

- а) истинные галлюцинации;
- б) метаморфозии;
- в) псевдогаллюцинации;
- г) дереализация;

23. В суицидальных попытках лиц с тревожным расстройством в отличие от других типов расстройств:

- а) ярко выражено стремление привлечь к себе внимание;
- б) основной целью является манипулирование людьми;
- в) нет стремления привлечь к себе внимание;
- г) основной целью является желание отомстить «обидчикам»;

24. Среди сопутствующих расстройств у тревожных личностей часто наблюдаются следующие:

- а) маниакальные;
- б) шизоаффективные;
- в) депрессивные;
- г) судорожные;

25. При наличии признаков социальной фобии назначают:

- а) нормотимики;
- б) антидепрессанты из группы СИОЗС;

- в) транквилизаторы бензодиазепинового ряда;
- г) антидепрессанты из группы ИМАО;

26. При тревожном расстройстве тревожность и тенденции избегающего поведения особенно отчетливо нарастают при:

- а) стабильном социальном положении;
- б) стабильном материальном положении;
- в) сохранении родительской опеки ;
- д) вступлении в самостоятельную жизнь;

27. «Чувствительность окружающих они измеряют своей меркой и не хотят причинить другим то, от чего сами страдают» - так описывал тревожную личность:

- а) А.Е. Личко;
- б) Т.Е. Юдин;
- в) П.Б. Ганнушкин;
- г) С.А. Суханов;

28. Вандализм и бродяжничество являются типами поведения:

- а) антидисциплинарного;
- б) аутоагрессивного;
- в) девиантного;
- г) делинквентного;

29. Коморбидность обсессивно-компульсивных расстройств наблюдается с:

- а) аффективными расстройствами;
- б) пищевыми расстройствами;
- в) расстройствами памяти;
- г) эндогенными психозами;

30. Близким к неврозу навязчивых состояний является:

- а) невроз ожиданий;
- б) тревожное расстройство;
- в) тревожно-фобическое расстройство;
- г) неврастения;

31. При общении врача с параноидными личностями допустимо все перечисленное, кроме:

- а) уважительное отношение к пациенту;
- б) душевная близость при общении с пациентом;
- в) удерживание некоторой дистанции с пациентом;
- г) однозначность и ясность высказываний врача;

32. Психоанализ объясняет развитие ананкастного расстройства в результате наличия у пациента:

- а) фаллического характера;
- б) пассивной гомосексуальности;
- в) идентификации с противоположным полом;
- г) анального характера;

33. «Он обыкновенно большой педант, формалист и требует от других того же самого; всякий пустяк, всякое отступление от формы тревожит его, и он не только беспокоится, но и сердится, особенно если дело идет о подчиненных»- такую характеристику дал ананкастной личности:

- а) А.Е. Личко;
- б) К. Леонгард;
- в) Н.Г. Гаранян;
- г) П.Б. Ганнушкин;

34. В психотерапии ананкастного расстройства личности методом первого выбора является:

- а) гипнотерапия;
- б) психоанализ;
- в) трудовая терапия;
- г) когнитивная терапия;

35. Орально-восприимчивое расстройство личности по К. Абрахам является:

- а) исходом зависимого расстройства личности;
- б) самостоятельной нозологией, исключаящей зависимые черты;
- в) предшественником зависимого расстройства личности;
- г) самостоятельной нозологией, включающей черты зависимости;

36. «Нервная слабость», чрезмерная чувствительность, впечатлительность выявляются прежде всего:

- а) в обычных повседневных ситуациях;
- б) в беседе с психотерапевтом;
- в) случайно;
- д) в необычных, экстремальных ситуациях;

37. Реакции «ухода из действительности» или реакции отказа по П.Б. Ганнушкину обычно возникают:

- а) при необходимости действовать и решать самостоятельно в изменившихся условиях;
- б) при ожидании изменений ситуации;
- в) при представлениях о том, что возможны перемены;
- г) в экстремальных, неожиданных ситуациях;

38. Аффективные расстройства у патологических игроков можно стабилизировать назначением:

- а) карбамазепина ;
- б) велаксина;
- в) amitриптилина;
- г) контемнола;

39. Переменные психотерапевта и переменные пациента:

- а) они эмпирически понятны и инериндивидуальны;
- б) интраиндивидуально независимые друг от друга;
- в) они состоят в интериндивидуальном взаимодействии;
- д) они состоят в интериндивидуальном взаимодействии, что затрудняет их эмпирическое исследование;

40. Поддержка со стороны окружения это характеристика переменной:

- а) в эзотерическом контексте;
- б) в институциональном и организационном контексте;
- в) в социальном контексте;
- г) в религиозном контексте;

41. Для лиц с пироманией характерно:

- а) отсутствие психосексуальных отклонений;
- б) дисциплинированность в школе;
- в) злоупотребление алкоголем;
- г) высокий уровень интеллекта;

42. Очень часто единственным способом предотвращения патологического поведения больных является:

- а) электросудорожная терапия;
- б) принудительная госпитализация;
- в) тюремное заключение;
- г) психотерапевтическое лечение;

43. Коморбидность клептомании отмечена со всеми перечисленными расстройствами, кроме:

- а) неврозы;
- б) депрессии;
- в) женская пиромания;
- г) соматическая анорексия;

44. Непреодолимое стремление к выдергиванию волос на теле или голове называется:

- а) дромомания;
- б) клептомания ;
- в) трихотилломания;
- г) дипсомания;

45. При диссоциативных состояниях в рамках ПТСР могут встречаться:

- а) истинные галлюцинации;
- б) метаморфозии;
- в) псевдогаллюцинации;
- г) дереализация;

46. Прототипической моделью фаллического характера является:

- а) зависимость от матери;
- б) честолюбие и тщеславие;
- в) упрямство и жестокость;

г) ожидание подтверждения своей значимости извне;

47. Прототипической моделью фаллического характера является:

- а) зависимость от матери;
- б) честолюбие и тщеславие;
- в) упрямство и жестокость;
- г) ожидание подтверждения своей значимости извне;

48. Предрасполагающими факторами к диссоциативной фуге не является:

- а) алкоголизм;
- б) шизоидный тип личности;
- в) психастенический тип личности;
- г) истероидный тип личности;

49. Длительность фуги в среднем составляет:

- а) от нескольких секунд до нескольких минут;
- б) от нескольких минут до нескольких часов;
- в) от нескольких часов до нескольких дней;
- г) от нескольких дней до нескольких недель;

50. В отличие от эпилептического припадка при истерическом припадке встречается:

- а) вскрикивание при падении, непроизвольное мочеиспускание и дефекация;
- б) очаговая или диффузная органическая симптоматика;
- в) психотравмирующий эпизод в анамнезе;
- г) оглушение, сопор и кома.

Вариант 2

Укажите один правильный ответ:

1. Демонстративный тип акцентуации является ослабленным аналогом психопатии:

- а) эпилептоидной;
- б) истерической;
- в) циклоидной;
- г) шизоидной;

2. Эмоциональная эмпатия может быть

- а) основанной на механизмах отождествления и идентификации;
- б) базирующейся на интеллектуальных процессах (сравнения и аналогии);
- в) проявляющейся в способности к прогностическому представлению о другом человеке, основанном на интуиции;
- г) способность воспринимать негативное отношение окружающих;

3. Предикативная эмпатия может быть

- а) основанной на механизмах отождествления и идентификации;
- б) базирующейся на интеллектуальных процессах (сравнения и аналогии);
- в) проявляющейся в способности к прогностическому представлению о другом человеке, основанном на интуиции;
- г) способность воспринимать негативное отношение окружающих;

4. Тревога — ...

- а) это эмоция, направленная в будущее, связанная с прогнозированием, предвосхищением, ожиданием возможных неудач, с формированием соответствующих отношений и установок;
- б) связана с переживанием прошлого, когда в воображении вновь и вновь возникают образы пережитых конфликтов, психотравмирующих событий;
- в) когда личность, погруженная в свой психологический мир, занятая собой, своими чувствами, идеями, впечатлениями, мало интересуется другими людьми, обнаруживая беспомощность в ситуации, требующей взаимодействия и сотрудничества с окружающими;
- г) затрудняет установление психологического контакта с больным, взаимодействие с ним, не обеспечивает необходимой степени эмоциональной поддержки;

5. Интровертированность ...

- а) это эмоция, направленная в будущее, связанная с прогнозированием, предвосхищением, ожиданием возможных неудач, с формированием соответствующих отношений и установок;
- б) связана с переживанием прошлого, когда в воображении вновь и вновь возникают образы пережитых конфликтов, психотравмирующих событий;
- в) когда личность, погруженная в свой психологический мир, занятая собой, своими чувствами, идеями, впечатлениями, мало интересуется другими людьми, обнаруживая беспомощность в ситуации, требующей взаимодействия и сотрудничества с окружающими;
- г) «экономия эмоций»;

6. Прототипической моделью фаллического характера является:

- а) зависимость от матери;
- б) честолюбие и тщеславие;
- в) упрямство и жестокость;
- г) ожидание подтверждения своей значимости извне;

7. Группой психогенно обусловленных болезненных состояний, характеризующихся парциальностью и эгодистонностью многообразных клинических проявлений, не изменяющих самосознания личности и осознания болезни, называются:

- а) психозы;
- б) неврозы;
- в) психопатии;
- г) тревожно-депрессивные состояния;

8. Основой невроза, условием для его развития является:

- а) акцентуация характера;
- б) интрапсихический конфликт;
- в) межперсональный конфликт;
- г) органический субстрат;

9. Острые волны на энцефалограмме встречаются при:

- а) остром неврозе ;
- б) затяжном неврозе;

- в) невротической реакции;
- г) невротическом развитии личности;

10. Коморбидность обсессивно-компульсивных расстройств наблюдается с:

- а) аффективными расстройствами;
- б) пищевыми расстройствами;
- в) расстройствами памяти;
- г) эндогенными психозами;

11. Близким к неврозу навязчивых состояний является:

- а) невроз ожиданий;
- б) тревожное расстройство;
- в) тревожно-фобическое расстройство;
- г) неврастения;

12. Прототипической моделью орального характера является:

- а) чистоплотность, бережливость;
- б) упрямство и жестокость;
- в) склонность к лидерству;
- г) зависимость от матери;

13. Ипохондрическое расстройство в рамках соматоформной патологии проявляется:

- а) бредовыми идеями о наличии соматического заболевания без наличия органических нарушений в соответствующих органах;
- б) сверхценными идеями о наличии соматического заболевания, стабильными соматическими жалобами;
- в) навязчивыми воспоминаниями о перенесенном тяжелом соматическом заболевании;
- г) сверхценными идеями о наличии соматического заболевания, без сопутствующих соматических жалоб;

14. Для лечения соматизированной тревоги используются препараты:

- а) ксанакс;
- б) прозак;
- в) тиаприд;
- г) карбамазепин;

15. Для постановки диагноза соматоформной вегетативной дисфункции необходимо учитывать все нижеперечисленные критерии, кроме:

- а) симптомы автономного вегетативного раздражения относимые пациентом к проявлению заболевания в сердечно-сосудистой системе;
- б) симптомы автономного вегетативного раздражения относимые пациентом к проявлению заболевания в опорно-двигательной системе;
- в) симптомы автономного вегетативного раздражения относимые пациентом к проявлению заболевания в мочеполовой системе;
- г) наличие не менее 2 вегетативных симптомов;

16. Акцент в терапии эксплозивного расстройства ставится на:

- а) психотерапию;
- б) физиотерапию;
- в) психофармакотерапию;
- г) профилактику;

17. К критериям пограничного эмоционально-неустойчивого расстройства относятся все, кроме:

- а) склонность к установлению интенсивных, но нестабильных отношений с окружающими;
- б) неуверенность в восприятии себя, своих целей и предпочтений;
- в) преувеличенные усилия избежать состояния покинутости, одиночества;
- г) утрата стойкого чувства внутренней пустоты;

18. Психофармакотерапия пограничных больных носит характер:

- а) этиологический;
- б) патогенетический;
- в) симптоматический;
- г) профилактический;

19. Автором фразы- «Все, что не имеет близкого отношения к его «Я», кажется параноику мало заслуживающим внимания»- является:

- а) В.Х.Кандинский;
- б) С.С.Корсаков;

- в) И.М.Балинский;
- г) П.Б.Ганнушкин;

20. При диссоциативных состояниях в рамках ПТСР могут встречаться:

- а) истинные галлюцинации;
- б) метаморфозии;
- в) псевдогаллюцинации;
- г) дереализация;

21. В суицидальных попытках лиц с тревожным расстройством в отличие от других типов расстройств:

- а) ярко выражено стремление привлечь к себе внимание;
- б) основной целью является манипулирование людьми;
- в) нет стремления привлечь к себе внимание;
- г) основной целью является желание отомстить «обидчикам»;

22. Среди сопутствующих расстройств у тревожных личностей часто наблюдаются следующие:

- а) маниакальные;
- б) шизоаффективные;
- в) депрессивные;
- г) судорожные;

23. При наличии признаков социальной фобии назначают:

- а) нормотимики;
- б) антидепрессанты из группы СИОЗС;
- в) транквилизаторы бензодиазепинового ряда;
- г) антидепрессанты из группы ИМАО;

24. При тревожном расстройстве тревожность и тенденции избегающего поведения особенно отчетливо нарастают при:

- а) стабильном социальном положении;
- б) стабильном материальном положении;
- в) сохранении родительской опеки;
- д) вступлении в самостоятельную жизнь;

25. «Чувствительность окружающих они измеряют своей меркой и не хотят причинить другим то, от чего сами страдают» - так описывал тревожную личность:

- а) А.Е. Личко;
- б) Т.Е. Юдин;
- в) П.Б. Ганнушкин;
- г) С.А. Суханов;

26. Прототипической моделью фаллического характера является:

- а) зависимость от матери;
- б) честолюбие и тщеславие;
- в) упрямство и жестокость;
- г) ожидание подтверждения своей значимости извне;

27. Группой психогенно обусловленных болезненных состояний, характеризующихся парциальностью и эгодистонностью многообразных клинических проявлений, не изменяющих самосознания личности и осознания болезни, называются:

- а) психозы;
- б) неврозы;
- в) психопатии;
- г) тревожно-депрессивные состояния;

28. Основой невроза, условием для его развития является:

- а) акцентуация характера;
- б) интрапсихический конфликт;
- в) межперсональный конфликт;
- г) органический субстрат;

29. Острые волны на энцефалограмме встречаются при:

- а) остром неврозе ;
- б) затяжном неврозе;
- в) невротической реакции;
- г) невротическом развитии личности;

30. Коморбидность обсессивно-компульсивных расстройств наблюдается с:

- а) аффективными расстройствами;
- б) пищевыми расстройствами;
- в) расстройствами памяти;
- г) эндогенными психозами;

31. Близким к неврозу навязчивых состояний является:

- а) невроз ожиданий;
- б) тревожное расстройство;
- в) тревожно-фобическое расстройство;
- г) неврастения;

32. Прототипической моделью орального характера является:

- а) чистоплотность, бережливость;
- б) упрямство и жестокость;
- в) склонность к лидерству;
- г) зависимость от матери;

33. Ипохондрическое расстройство в рамках соматоформной патологии проявляется:

- а) бредовыми идеями о наличии соматического заболевания без наличия органических нарушений в соответствующих органах;
- б) сверхценными идеями о наличии соматического заболевания, стабильными соматическими жалобами;
- в) навязчивыми воспоминаниями о перенесенном тяжелом соматическом заболевании;
- г) сверхценными идеями о наличии соматического заболевания, без сопутствующих соматических жалоб;

34. Для лечения соматизированной тревоги используются препараты:

- а) ксанакс;
- б) прозак;
- в) тиаприд;
- г) карбамазепин;

35. Для постановки диагноза соматоформной вегетативной дисфункции необходимо учитывать все нижеперечисленные критерии, кроме:

- а) симптомы автономного вегетативного раздражения относимые пациентом к проявлению заболевания в сердечно-сосудистой системе;
- б) симптомы автономного вегетативного раздражения относимые пациентом к проявлению заболевания в опорно-двигательной системе;
- в) симптомы автономного вегетативного раздражения относимые пациентом к проявлению заболевания в мочеполовой системе;
- г) наличие не менее 2 вегетативных симптомов;

36. Акцент в терапии эксплозивного расстройства ставится на:

- а) психотерапию;
- б) физиотерапию;
- в) психофармакотерапию;
- г) профилактику;

37. К критериям пограничного эмоционально-неустойчивого расстройства относятся все, кроме:

- а) склонность к установлению интенсивных, но нестабильных отношений с окружающими;
- б) неуверенность в восприятии себя, своих целей и предпочтений;
- в) преувеличенные усилия избежать состояния покинутости, одиночества;
- г) утрата стойкого чувства внутренней пустоты;

38. Психофармакотерапия пограничных больных носит характер:

- а) этиологический;
- б) патогенетический;
- в) симптоматический;
- г) профилактический;

39. Автором фразы- «Все, что не имеет близкого отношения к его "Я", кажется параноику мало заслуживающим внимания»- является:

- а) В.Х.Кандинский;
- б) С.С.Корсаков;
- в) И.М.Балинский;
- г) П.Б.Ганнушкин;

40. Экспансивные параноики –это:

- а) ранимые и стыдливые;
- б) вялые фанатики;
- в) ревнивцы и сутяги;
- г) робкие и застенчивые;

41. При общении врача с параноидными личностями допустимо все перечисленное, кроме:

- а) уважительное отношение к пациенту;
- б) душевная близость при общении с пациентом;
- в) удерживание некоторой дистанции с пациентом;
- г) однозначность и ясность высказываний врача;

42. Психоанализ объясняет развитие ананкастного расстройства в результате наличия у пациента:

- а) фаллического характера;
- б) пассивной гомосексуальности;
- в) идентификации с противоположным полом;
- г) анального характера;

43. «Он обыкновенно большой педант, формалист и требует от других того же самого; всякий пустяк, всякое отступление от формы... тревожит его, и он не только беспокоится, но и сердится, особенно если дело идет о подчиненных»- такую характеристику дал ананкастной личности:

- а) А.Е. Личко;
- б) К. Леонгард;
- в) Н.Г. Гаранян;
- г) П.Б. Ганнушкин;

44. В психотерапии ананкастного расстройства личности методом первого выбора является:

- а) гипнотерапия;
- б) психоанализ;
- в) трудовая терапия;
- г) когнитивная терапия;

45. Орально-восприимчивое расстройство личности по К. Абрахам является:

- а) исходом зависимого расстройства личности;
- б) самостоятельной нозологией, исключаяющей зависимые черты;
- в) предшественником зависимого расстройства личности;
- г) самостоятельной нозологией, включающей черты зависимости;

46. «Нервная слабость», чрезмерная чувствительность, впечатлительность выявляются прежде всего:

- а) в обычных повседневных ситуациях;
- б) в беседе с психотерапевтом;
- в) случайно;
- д) в необычных, экстремальных ситуациях;

47. Реакции «ухода из действительности» или реакции отказа по П.Б. Ганнушкину обычно возникают:

- а) при необходимости действовать и решать самостоятельно в изменившихся условиях;
- б) при ожидании изменений ситуации;
- в) при представлениях о том, что возможны перемены;
- г) в экстремальных, неожиданных ситуациях;

48. При общении врача с параноидными личностями допустимо все перечисленное, кроме:

- а) уважительное отношение к пациенту;
- б) душевная близость при общении с пациентом;
- в) удерживание некоторой дистанции с пациентом;
- г) однозначность и ясность высказываний врача;

49. Психоанализ объясняет развитие ананкастного расстройства в результате наличия у пациента:

- а) фаллического характера;
- б) пассивной гомосексуальности;
- в) идентификации с противоположным полом;
- г) анального характера;

50. «Он обыкновенно большой педант, формалист и требует от других того же самого; всякий пустяк, всякое отступление от формы... тревожит его, и он не только беспокоится,

**но и сердится, особенно если дело идет о подчиненных»- такую характеристику дал
ананкастной личности:**

- а) А.Е. Личко;
- б) К. Леонгард;
- в) Н.Г. Гаранян;
- г) П.Б. Ганнушкин.

Вариант 3

Укажите один правильный ответ:

1. При психопатии деформация личности обычно носит характер:

- а) глобальный;
- б) тотальный;
- в) парциальный;
- г) при психопатии не происходит деформации личности;

2. Аффективно-лабильный тип акцентуации является ослабленным аналогом психопатии:

- а)эпилептоидной;
- б) истерической;
- в)циклоидной;
- г)шизоидной;

3. Согласно концепции Блейхера акцентуации являются:

- а) проявлением латентных психопатий;
- б) компенсацией психопатий;
- в) проявлением явных психопатий;
- г) проявлением психоза;

4. Доказана вовлеченность в патогенез обсессивно-компульсивного расстройства следующих нейромедиаторных систем:

- а) серотонинергической, дофаминергической;
- б) адреналовой, глутаматергической;
- в) ацетилхолинергической, энкефалинергической;
- г) ГАМК-ергической, глутаматергической;

5. У родственников больных обсессивно-компульсивным расстройством часто выявляют синдром:

- а) Ганзера;
- б) Туррета;
- в) Корсакова;
- г) Габека;

6. В лечении обсессивно-компульсивного расстройства могут использоваться все перечисленные группы препаратов, кроме:

- а) антидепрессанты;
- б) нейролептики;
- в) психостимуляторы;
- г) нормотимики;

7. К характеристикам психогенной амнезии относится:

- а) амнезию неизбежно сопровождают отклонения на ЭЭГ;
- б) память может вернуться при проведении гипноза;
- в) возвращение памяти всегда постепенное и чаще не полное;
- г) страдает больше кратковременная память;

8. Если констатируются лишь отдельные характерологические отклонения, хорошо компенсированные и приводящие к нарушениям поведения лишь в относительно непродолжительные периоды декомпенсаций, то диагноз «расстройство личности»:

- а) необходимо уточнить;
- б) неправилен;
- в) не вызывает сомнений;
- г) необходимо исключить;

9. К типам психопатических личностей по Крепелину относится:

- а) циклоиды;
- б) бездушные;
- в) возбудимые;
- г) шизоиды;

10. Эксплозивный тип представляет собой людей:

- а) уравновешенных, активных, с веселым нравом;
- б) склонных к неожиданным сменам настроения;
- в) лишенных чувства сострадания, стыда, раскаяния, совести;
- г) вспыльчивых, раздражительных, легко возбудимых;

11. Эксплозивный тип представляет собой людей:

- а) уравновешенных, активных, с веселым нравом;
- б) склонных к неожиданным сменам настроения;
- в) лишенных чувства сострадания, стыда, раскаяния, совести;
- г) вспыльчивых, раздражительных, легко возбудимых;

12. Гипертимики представляют собой людей:

- а) склонных к неожиданным сменам настроения;
- б) вспыльчивых, раздражительных, легко возбудимых;
- в) неустойчивых, легко подвергаемых как положительным, так и отрицательным влияниям ;
- г) уравновешенных, активных, с веселым нравом;

13. В соответствии со взглядами Причарда в основе психопатий лежит:

- а) извращение моральных принципов;
- б) генетическая обусловленность;
- в) плохие условия жизни в детстве;
- г) алкоголизм родителей;

14. Прототипической моделью орального характера является:

- а) чистоплотность, бережливость;
- б) упрямство и жестокость;
- в) склонность к лидерству;
- г) зависимость от матери;

15. Акцент в терапии эксплозивного расстройства ставится на:

- а) психотерапию;
- б) физиотерапию;
- в) психофармакотерапию;
- г) профилактику;

16. К критериям пограничного эмоционально-неустойчивого расстройства относятся все, кроме:

- а) склонность к установлению интенсивных, но нестабильных отношений с окружающими;
- б) неуверенность в восприятии себя, своих целей и предпочтений;
- в) преувеличенные усилия избежать состояния покинутости, одиночества;
- г) утрата стойкого чувства внутренней пустоты;

17. Психотерапия пограничных больных носит характер:

- а) этиологический;
- б) патогенетический;
- в) симптоматический;
- г) профилактический

18. Автором фразы- «Все, что не имеет близкого отношения к его "Я", кажется параноику мало заслуживающим внимания»- является:

- а) В.Х.Кандинский;
- б) С.С.Корсаков;
- в) И.М.Балинский;
- г) П.Б.Ганнушкин;

19. Экспансивные параноики –это:

- а) ранимые и стыдливые;
- б) вялые фанатики;
- в) ревнивы и сутяги;
- г) робкие и застенчивые;

20. При общении врача с параноидными личностями допустимо все перечисленное, кроме:

- а) уважительное отношение к пациенту;
- б) душевная близость при общении с пациентом;
- в) удерживание некоторой дистанции с пациентом;
- г) однозначность и ясность высказываний врача;

21. Психоанализ объясняет развитие ананкастного расстройства в результате наличия у пациента:

- а) фаллического характера;
- б) пассивной гомосексуальности;
- в) идентификации с противоположным полом;
- г) анального характера;

22. «Он обыкновенно большой педант, формалист и требует от других того же самого; всякий пустяк, всякое отступление от формы... тревожит его, и он не только беспокоится,

но и сердится, особенно если дело идет о подчиненных»- такую характеристику дал ананкастной личности:

- а) А.Е. Личко;
- б) К. Леонгард;
- в) Н.Г. Гаранян;
- г) П.Б. Ганнушкин;

23. В психотерапии ананкастного расстройства личности методом первого выбора является:

- а) гипнотерапия;
- б) психоанализ;
- в) трудовая терапия;
- г) когнитивная терапия;

24. Орально-восприимчивое расстройство личности по К. Абрахам является:

- а) исходом зависимого расстройства личности;
- б) самостоятельной нозологией, исключаящей зависимые черты;
- в) предшественником зависимого расстройства личности;
- г) самостоятельной нозологией, включающей черты зависимости;

25. «Нервная слабость», чрезмерная чувствительность, впечатлительность выявляются прежде всего:

- а) в обычных повседневных ситуациях;
- б) в беседе с психотерапевтом;
- в) случайно;
- г) в необычных, экстремальных ситуациях;

26. Реакции «ухода из действительности» или реакции отказа по П.Б. Ганнушкину обычно возникают:

- а) при необходимости действовать и решать самостоятельно в изменившихся условиях;
- б) при ожидании изменений ситуации;
- в) при представлениях о том, что возможны перемены;
- г) в экстремальных, неожиданных ситуациях;

27. Аффилиация это - ...

- а) эмоциональная стабильность;
- б) потребность человека быть в обществе других людей, стремление к «присоединению»;
- в) психологическое качество, обеспечивающее адекватную коммуникацию в системе взаимоотношений «врач-больной»;
- г) это эмоция;

28. Внешне (психологически) аффилиация выступает

- а) в общительности, желании сотрудничать с другими людьми, постоянно находиться вместе с ними, в особенностях невербального поведения;
- б) как определенный класс социальных взаимодействий, имеющих повседневный и в то же время фундаментальный характер;
- в) в виде чувства привязанности и верности;
- г) как эмоциональная стабильность, уравновешенность при отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом;

29. Эмоциональная эмпатия –

- а) основанной на механизмах отождествления и идентификации;
- б) базирующейся на интеллектуальных процессах (сравнения и аналогии);
- в) проявляющейся в способности к прогностическому представлению о другом человеке, основанном на интуиции;
- г) способность воспринимать негативное отношение окружающих;

30. Предикативная эмпатия

- а) основанной на механизмах отождествления и идентификации;
- б) базирующейся на интеллектуальных процессах (сравнения и аналогии);
- в) проявляющейся в способности к прогностическому представлению о другом человеке, основанном на интуиции;
- г) способность воспринимать негативное отношение окружающих;

31. Тревога — ...

- а) это эмоция, направленная в будущее, связанная с прогнозированием, предвосхищением, ожиданием возможных неудач, с формированием соответствующих отношений и установок;
- б) связана с переживанием прошлого, когда в воображении вновь и вновь возникают образы пережитых конфликтов, психотравмирующих событий;

- в) когда личность, погруженная в свой психологический мир, занятая собой, своими чувствами, идеями, впечатлениями, мало интересуется другими людьми, обнаруживая беспомощность в ситуации, требующей взаимодействия и сотрудничества с окружающими;
- г) затрудняет установление психологического контакта с больным, взаимодействие с ним, не обеспечивает необходимой степени эмоциональной поддержки;

32. Интровертированность ...

- а) это эмоция, направленная в будущее, связанная с прогнозированием, предвосхищением, ожиданием возможных неудач, с формированием соответствующих отношений и установок;
- б) связана с переживанием прошлого, когда в воображении вновь и вновь возникают образы пережитых конфликтов, психотравмирующих событий;
- в) когда личность, погруженная в свой психологический мир, занятая собой, своими чувствами, идеями, впечатлениями, мало интересуется другими людьми, обнаруживая беспомощность в ситуации, требующей взаимодействия и сотрудничества с окружающими;
- г) экономия эмоций»;

33. Прототипической моделью фаллического характера является:

- а) зависимость от матери;
- б) честолюбие и тщеславие;
- в) упрямство и жестокость;
- г) ожидание подтверждения своей значимости извне;

34. Психэстетической пропорцией Кретчмер называл сочетание:

- а) чувствительности и враждебности;
- б) безчувствия и душевной теплоты;
- в) чувствительности и эмоциональной холодности;
- г) безчувствия и эмоциональной холодности;

35. Наряду с шизоидными реакциями в динамике этого типа РЛ могут выявляться расстройства:

- а) фобические;
- б) эпилептические;
- в) истероформные ;
- г) тревожно-депрессивные;

36. Наиболее подходящим методом психотерапии у шизоидных больных является:

- а) рациональная психотерапия;
- б) эриксоновский гипноз;
- в) групповая психотерапия;
- г) йога-терапия;

37. Под «стеклянной преградой» Кретчмер понимал:

- а) эмоциональную тупость;
- б) формальность контактов;
- в) избирательную общительность;
- г) эмоциональную холодность и чувствительность;

38. К чертам экспансивных шизоидов относятся все перечисленные, кроме:

- а) сильная воля;
- б) высокомерие, холодность;
- в) самолюбие, стеничность;
- г) изысканность, стилизованные манеры;

39. При общении врача с параноидными личностями допустимо все перечисленное, кроме:

- а) уважительное отношение к пациенту;
- б) душевная близость при общении с пациентом;
- в) удерживание некоторой дистанции с пациентом;
- г) однозначность и ясность высказываний врача;

40. Психоанализ объясняет развитие ананкастного расстройства в результате наличия у пациента:

- а) фаллического характера;
- б) пассивной гомосексуальности;
- в) идентификации с противоположным полом;
- г) анального характера;

41. «Он обыкновенно большой педант, формалист и требует от других того же самого; всякий пустяк, всякое отступление от формы... тревожит его, и он не только беспокоится, но и сердится, особенно если дело идет о подчиненных»- такую характеристику дал ананкастной личности:

- а) А.Е. Личко;
- б) К. Леонгард;
- в) Н.Г. Гаранян;
- г) П.Б. Ганнушкин;

42. В психотерапии ананкастного расстройства личности методом первого выбора является:

- а) гипнотерапия;
- б) психоанализ;
- в) трудовая терапия;
- г) когнитивная терапия;

43. Орально-восприимчивое расстройство личности по К. Абрахам является:

- а) исходом зависимого расстройства личности;
- б) самостоятельной нозологией, исключаящей зависимые черты;
- в) предшественником зависимого расстройства личности;
- г) самостоятельной нозологией, включающей черты зависимости;

44. «Нервная слабость», чрезмерная чувствительность, впечатлительность выявляются прежде всего:

- а) в обычных повседневных ситуациях;
- б) в беседе с психотерапевтом;
- в) случайно;
- г) в необычных, экстремальных ситуациях;

45. Реакции «ухода из действительности» или реакции отказа по П.Б. Ганнушкину обычно возникают:

- а) при необходимости действовать и решать самостоятельно в изменившихся условиях;
- б) при ожидании изменений ситуации;
- в) при представлениях о том, что возможны перемены;
- г) в экстремальных, неожиданных ситуациях;

46. Прототипической моделью фаллического характера является:

- а) зависимость от матери;
- б) честолюбие и тщеславие;

- в) упрямство и жестокость;
- г) ожидание подтверждения своей значимости извне;

47. При общении врача с параноидными личностями допустимо все перечисленное, кроме:

- а) уважительное отношение к пациенту;
- б) душевная близость при общении с пациентом;
- в) удерживание некоторой дистанции с пациентом;
- г) однозначность и ясность высказываний врача;

48. Психоанализ объясняет развитие ананкастного расстройства в результате наличия у пациента:

- а) фаллического характера;
- б) пассивной гомосексуальности;
- в) идентификации с противоположным полом;
- г) анального характера;

49. «Он обыкновенно большой педант, формалист и требует от других того же самого; всякий пустяк, всякое отступление от формы... тревожит его, и он не только беспокоится, но и сердится, особенно если дело идет о подчиненных»- такую характеристику дал ананкастной личности:

- а) А.Е. Личко;
- б) К. Леонгард;
- в) Н.Г. Гаранян;
- г) П.Б. Ганнушкин;

50. В психотерапии ананкастного расстройства личности методом первого выбора является:

- а) гипнотерапия;
- б) психоанализ;
- в) трудовая терапия;
- г) когнитивная терапия.

КОМПЛЕКТ ПРИМЕРНЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

Сорокалетний строитель считает, что сослуживцы не любят его и боятся, что кто-нибудь подстроит ему производственную травму – падение с лесов. Эта тревога возникла после ссоры в очереди за обедом, когда пациенту показалось, что коллега хочет пройти без очереди и он его одернул. Пациент стал замечать, что новый враг смеется в компании других и ему казалось, что он является объектом их насмешек. Пациент редко говорит по своей инициативе, сидит напряженно, глаза широко раскрыты и тщательно отслеживает все передвижения в кабинете, пытается понять скрытый смысл вопросов, думает, что его порицают.

Мальчиком был нелюдим, считая, что другие дети объединяются против него, чтобы устроить какую-нибудь подлость. В школе учился плохо, но обвинял в этом учителей в их предвзятом отношении. Он бросил учебу, стал хорошим рабочим, однако считает, что никогда не достигнет высокого положения, пациент считает, что его третируют за вероисповедание, но мало чем может это доказать. Он плохо ладит с начальством и товарищами по работе, не понимает шуток. Лучше всего чувствует себя в ситуациях, когда работает и питается в одиночку.

Пациент холоден с родными, требователен к ним. Он не любит гостей беспокоится, когда в гости уходит жена.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины данного расстройства?

Задача 2

Борис 33 года, высоко одаренный молодой человек, программист. Отправился к врачу с довольно расплывчатыми жалобами соматического характера и общим мрачным взглядом на жизнь. Борис практически не общался с людьми. Он жил один, работал в маленьком офисе самостоятельно. На работе, как правило, он также ни с кем не виделся, если не считать, визитов начальника, который давал ему задания. Обедал в одиночестве, раз в неделю в хорошую погоду ходил погулять в зоопарк.

Всю жизнь Борис сторонился людей, в детстве у него было мало друзей. Он всегда предпочитал компаниям уединенные занятия. В школе никогда не встречался с девочками. В годы студенчества лишь однажды оказался в женском обществе после спортивного матча. Общался с

одним относительно близким другом, главным образом они вместе выпивали, но когда тот переехал в другой город, связь прервалась.

Борис как о само собой разумеющемся рассказывал, что ему трудно завести друзей, он не умеет поддерживать беседу. Он сообщил, что подумывал стать «позитивнее», но стоило ему с кем-нибудь заговорить, как он терялся и был счастлив, когда оставался один.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 3

Пациентка 32 года не замужем, безработная жалуется на странные ощущения. Ее чувство отстраненности стало сильным и неприятным. Она ощущает, что будто следит сама за собой, идущей по жизни, и мир вокруг кажется нереальным. Особенно странные чувства возникают, когда она смотрит в зеркало. На протяжении многих лет больная ощущала в себе способность читать чужие мысли. Той же способностью обладают по ее словам еще несколько человек в ее семье. Она считает, что на нее возложена особая миссия, но не знает в чем она заключается.

Она очень застенчива, часто ощущает, что окружающие, что окружающие обращают на нее особое внимание, а иногда думает, что люди переходят на другую сторону улицы, чтобы избежать встречи с ней.

Пациентка говорит в неопределенной абстрактной манере, часто теряет нить разговора, но ее речь никогда не бывает бессвязной. Выглядит робкой и подозрительной. У нее не галлюцинаций или бреда. Она никогда не лечилась по поводу эмоциональных расстройств. Иногда она находила работу, но бросала ее из-за отсутствия интереса.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 4

22 летняя референт К. причиняла массу хлопот начальнику и сослуживцам. Если за ней не следить постоянно, она была не в состоянии выполнять свою работу. Беспомощная и зависимая с виду, она выдавала бурную реакцию на мелкие события и профессиональные требования, выказывая раздражение и разражаясь вспышками гнева. Если окружающие требовали от нее того, чего ей не хотелось делать, она жаловалась на физическое недомогание: тошноту или головную боль. Более того, она часто вообще не выходила на работу. Чтобы сгладить ситуацию К. кокетничала и вела себя с мужчинами в требовательной жеманной манере. В конце концов, после нескольких скандальных выходок она была уволена. На первую встречу с психологом она пришла, но последующие визиты проигнорировала.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 5

Бухгалтер 52 года. Гетеросексуальных контактов избегал. С юности демонстрировал гомосексуальное поведение. По словам близкого друга, предлагал ему гомосексуальный контакт. Критически отзывается о женщинах. В общении демонстративно закидывает голову. В общении излишне жестикулирует, демонстративно закидывает голову, когда смеется, рассказывает различные эпизоды, где он выглядит всегда выигранно. Малоознакомым людям представляется, что он из старинного польского рода, закончил престижное учебное заведение, неоднократно бывал за рубежом. В малознакомой компании и неподходящих общественных местах порой употребляет скабрзные выражения.

Недавно у него умер друг, с которым он жил вместе два года, Друг делал мелкий ремонт, работу по дому, следил за бытом. и который был, зависим от него в материальном и юридическом отношении. Говорит, что очень переживает по поводу его смерти, однако на похороны не поехал, а когда побывал на могиле, то решил, что похоронили не там где нужно.

Жалуется на одиночество и говорит что «не на ком сорвать зло». Окружающих обвиняет в необязательности. Каждого в отдельности критикует за тот или иной образ жизни или

«неправильную жизненную позицию», недостаточную осведомленность или плохую одежду или отношения с другими. Любит рассказывать истории, где ему сделали комплимент или высоко оценили. Завидует другим по мельчайшим поводам, считая, что у кого-то больше свободного времени, или денег или кто-то живут за счет других. Делая любую бытовую покупку (продукты) вступает в контакт с продавцом, объясняя, зачем ему это нужно и чем это обусловлено.

Со служебными обязанностями справляется хорошо, но считает себя недооцененным начальством. Дружеские отношения осложнены постоянной саморекламой повышенными требованиями и безразличием к их мнению. Последнее время злоупотребляет алкоголем. От консультаций с психологом отказался.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 6

22-летний Ефим появился в клинике по постановлению суда. Он ожидал судебного разбирательства в связи с угоном автомобиля и вооруженным грабежом. Из материалов дела следовало, что он неоднократно попадал под арест, начиная с 9 лет, когда его задержали за вандализм. Из школы исключили за хулиганство и лживость. Он много раз убежал из дома и отсутствовал несколько дней или недель, всегда возвращаясь в «потрепанном» виде. Ни на одной работе он не задерживался, несмотря на то, что его обаятельные манеры позволяли ему с легкостью находить себе место. Однако вскоре он отталкивал от себя своим агрессивным эгоистичным поведением.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 7

Алена 35 лет, библиотекарь, вела сравнительно уединенную жизнь, у нее было мало знакомых и не было близких друзей. С детских лет она боялась, что ее обидят или подвергнут критике, а потому была очень робкой и воздерживалась от установления тесных отношений с окружающими. Как-то раз она направилась на свидание с человеком, с которым познакомилась в библиотеке, они были приглашены на вечеринку. Когда они прибыли на место она почувствовала себя крайне неудобно, потому что «плохо одета». Она быстро ушла и отказалась от дальнейших встреч со своим знакомым. Этот случай не давал ей покоя на протяжении двух лет

Попав к психотерапевту, она большую часть времени сидела молча и боялась, что ее будут осуждать. Когда Алена прониклась доверием к психотерапевту, она перечислила много случаев из детства, когда бывала «опустошена» отвратительным поведением на людях своего отца-алкоголика. Она старалась сделать все, чтобы ее школьные товарищи ничего не знали о ее домашних проблемах. Защищая себя от неловких ситуаций и критики, Алена ограничила круг друзей.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 8

Катерина 32 лет, мать двоих детей обратилась за помощью по поводу того, что ее бросил муж. Она выглядела крайне встревоженной и обеспокоенной своим будущим, ей хотелось узнать «как быть дальше». Она хотела, чтобы муж вернулся и казалось, что ее не волновала его склонность к рукоприкладству к тому же на тот момент муж был безработным.

Хотя Катерина хорошо зарабатывала, она сомневалась в своей самостоятельности. Она понимала, что «глупо» было зависеть от мужа, которого она сама называла «законченным неудачником». За последние месяцы Катерина несколько раз подавала на развод, но так и не решилась это сделать. Она грозилась мужу уйти, но когда наступало время переходить к действиям «застывала на пороге, чувствуя слабость во всем теле и пустоту в желудке при мысли жить без Федора.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 9

Александр работал диспетчером на железной дороге и находился на своем месте. Был добросовестен, внимателен к любым мелочам. Однако с сослуживцами тесных отношений не поддерживал, те по их словам считали его немного «не в себе». Например, он сильно расстраивался при малейших изменениях в своем обыденном расписании (застревал в пробке, или мешали в выполнении графиков и планов).

Александр удовольствий от жизни получал мало и постоянно переживал из-за пустяков. Следовать своим жестким правилам он порой не мог из-за чего у него возникали головные боли.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 10

На беседу пришел врач-психиатр 34 лет. Опоздал на 15 минут. Недавно его уволили из больницы, так как он по словам главврача часто опаздывал на работу и пятиминутки, пропускал приемы, забывал о назначенных встречах, не во время подавал отчеты, отказывался выполнять инструкции и казался незаинтересованным в своей работе. Сам пациент полагал, что если принять во внимание невыносимые условия, в которых ему приходилось трудиться, то он просто замечательно справлялся с делом и считал своего начальника требовательным и назойливым. Тем не менее, признавал, что и с предыдущим начальством у него не складывались взаимоотношения.

Пациент состоит в несчастливом браке. Жалуется на жену, называя ее придирой. Жена в свою очередь жалуется на его необязательность и упрямство. Он отказывается от любых домашних дел и ничего не доводит до конца.

В то же время он общителен, обаятелен. Однако друзей как правило раздражает его нежелание считаться с компанией.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 11

Н. был четвертым ребенком в семье, всегда был напуганным, и «глуповатым» подростком. Его звали «Утенком» за необычную походку вразвалочку. В устах окружающих прозвище носило презрительный и насмешливый оттенок. Он редко играл со своими братьями и сестрами или соседскими детьми. Его дразнили за походку и зато что он боялся озорных сверстников. Н. Был первым «козлом отпущения» во дворе и его пугал даже безобидный взгляд, брошенный в его сторону.

Родители были удивлены, когда он показал хорошую успеваемость в первые годы обучения в школе. Однако, примерно в 14 лет его успеваемость снизилась, он отказывался ходить на занятия и жаловался на различные физические боли неопределенного характера. К 15 годам совсем перестал посещать школу, оставаясь дома с двумя младшими братьями. К 17 годам Н., работая в саду все время над чем-то размышлял, иногда разговаривал сам с собой, отказывался садиться за обеденный стол с семьей.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 12

Роман обладал невероятной способностью говорить и лгать так гладко и непосредственно, что ему удавалось убедить даже самых опытных и проницательных людей. За его спиной был целый список преступлений, почти половину жизни он провел в тюрьме. С деньгами обращается небрежно, почти никогда не отдавая долгов. Импульсивен, действует не думая о последствиях, часто ввязывался в драки по малейшим поводам, и любит перемены мест жительства. Его нисколько не беспокоило, если указывали на противоречие в его словах и фактах. Он просто сразу менял тему разговора. Если отказывали в просьбе, он впадал в ярость.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 13

Серафима обратилась за помощью к психотерапевту в надежде, что ей удастся предотвратить распад ее третьего брака. Проблема заключалась в том, что ей «наскучил» ее муж и она стала проявлять все больший интерес к другим мужчинам.

Она пользовалась у мужчин большим успехом, когда была еще подростком. После окончания школы поступила в художественное училище, где встретила сокурсника за которого и вышла замуж. К концу первого года супружества по ее словам они с мужем начали «спать с кем попало» и она не была уверена, что отцом ее дочери был муж. Через несколько месяцев они развелись. Вскоре она вышла замуж за мужчину, который привел их с дочерью в уютный дом, и одарил вниманием и большой любовью. На третий год их брака она увлеклась человеком, с которым она занималась фитнесом. Их связь продолжалась недолго, но за ней последовала череда других коротких романов. Муж принял ее раскаяния и уверения, что подобного не повторится. Но брак был расторгнут, поскольку все повторилось. Через два года Серафима встретила своего нынешнего мужа. В течение трех лет у нее не возникало желания развлечься на стороне. Она получала удовольствие от «заигрывания» с другими мужчинами, но оставалась верной своему мужу, несмотря на то, что он будучи журналистом, уезжал в командировки на месяц-другой. Однако во время последней поездки у нее пробудилась тяга к любовным приключениям и в этот момент она обратилась к психотерапевту.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?

2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 14

Степан попал в поле зрения психолога в связи с тем, что его жена настояла на том, чтобы они обратились в семейную консультацию. По ее словам «все в доме должно вращаться вокруг его удобств, настроений и желаний в ущерб остальным». Степан не участвует в жизни семьи за исключением скудного заработка. И жена устала быть его матерью и прислугой. С ним невозможно делиться сокровенным. Степан выглядел любезным и несколько надменным. Он работал в коммерческой фирме художником и с нетерпением ждал выходных, когда он мог посвящать себя серьезной живописи. Он утверждал, что ему необходимо отдавать все свободное время и энергию «реализации своего таланта». Он признался, что не умеет делиться мыслями, чувствами с другими и что скорее всего ему интереснее быть с самим собой наедине, чем общаться с другими.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 15

Дмитрий был старшим ребенком и единственным сыном в семье с шестью детьми. Мать не позволяла ему чрезмерно напрягаться, и ограничивала его обязанности. В результате он не сумел овладеть многими навыками. Женитьбу устроили родители. Родилось четверо детей. Однажды Дмитрий поехал в Америку навестить своих сестер, за это время в результате пожара погибли все члены его семьи за исключением одного сына. Вернувшись, он работал на швейной фабрике, выполняя несложную работу помощника наладчика, а не квалифицированного работника. Коллеги считали его добрым славным, услужливым малым. Потом он снова женился на женщине материнского типа, которая обеспечивала и заботилась о нем.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 16

Александр работал в банке четыре года. По его словам он, начиная с детства, был застенчивым, робким и тихим мальчиком. Начальник характеризовал Александра как нелюдимого, странноватого человека, исполнявшего свою работу незаметно и эффективно. Обедал он всегда один. Большую часть свободного времени посвящал чтению, просмотру телепередач, и мечтам по обустройству своей квартиры. Он испытал сильный стресс, когда в офисе появились новые сотрудники, подобралась веселая дружная компания. Он хотел, но не решался к ним присоединиться, поскольку «не мог им ничего предложить». Через некоторое время над ним начали подтрунивать. Он начал прогуливать работу, стал допускать неоправданно большое количество ошибок.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

Задача 17

Елена, 35 летняя, одинокая сотрудница пришла с жалобами на депрессию и мыслями о том, что она обязательно станет жертвой автокатастрофы. Последнее время проводила в постели по 15-20 часов в сутки. Она сообщила, что в последние 6 месяцев у нее все возрастает тоска и отсутствие энергии, она также сообщила о ежедневных эпизодах обжорства, когда она поедала все, что могла найти. Проблемы с периодическим чревоугодием у нее начались в подростковом возрасте, но в последнее время они участились. Всю жизнь ее мучило чувство опустошенности. У нее было множество коротких, напряженных отношений с мужчинами, но ее вспыльчивый характер приводил к частым ссорам и столкновениям.

Она всегда считала свое детство счастливым и безоблачным, но когда настроение портилось, вспоминала о том, как мать наказывала ее.

Вопросы:

1. Как называется описанное расстройство?
2. Какие признаки указывают на это расстройство?
3. Какие методы психодиагностики можно использовать для подтверждения наличия данного расстройства?
4. Каковы возможные пути психокоррекции?
5. Каковы возможные причины шизоидного расстройства личности?

ПРИМЕРНЫЕ ТЕМЫ КУРСОВЫХ РАБОТ

1. Патологии личности в источниках, принадлежащих древним культурам
2. Аномалии личности в трудах отечественных и зарубежных ученых XIX века
3. Аномалии личности в рамках «учения о психической дегенерации»
4. Учение о психопатиях в отечественной психиатрии
5. Учение о психопатических личностях в западной психиатрии XX века
6. Сравнительный анализ акцентуаций и расстройств личности по трудам отечественных и зарубежных ученых
7. Распространенность расстройств личности (современное состояние проблемы, инструменты, возможности и причины ограничения исследований).
8. Сравнительный анализ систематизаций и классификаций расстройств личности.
9. Сопоставление и сравнительный анализ типов личностных расстройств (психопатий), выделяемых в отечественной психиатрии, с Международной классификацией болезней.
10. Генез и формирование расстройств личности по данным отечественных и зарубежных ученых.
11. Классические и современные психоаналитические концептуализации этиологии, условий и механизмов развития расстройств личности
12. Структура и динамика личности в норме и патологии в соответствии с основными концепциями личности (динамической, бихевиоральной и экзистенциальной)
13. Исследование психопатий с социально-психологических позиций (история, специфика оценки, возможности и ограничения).
14. Параноидное расстройство личности в работах отечественных и зарубежных ученых.
15. Шизоидное расстройство личности в работах отечественных и зарубежных ученых.
16. Диссоциальное расстройство личности в работах отечественных и зарубежных ученых.
17. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности в работах отечественных и зарубежных ученых.
18. Истерическое расстройство личности в работах отечественных и зарубежных ученых.
19. Психастеническая психопатия в работах отечественных и зарубежных ученых.
20. Структурная характеристика основных форм и уровней личностной патологии при симптоматических неврозах и неврозах характера.
21. Диагностика психопатий астенического круга (при помощи психометрического инструментария)
22. Диагностика психопатий возбудимого круга (при помощи психометрического инструментария)

23. Диагностика преморбидных акцентуаций личности у больных алкоголизмом
24. Диагностика преморбидных акцентуаций личности у больных наркоманиями
25. Диагностика преморбидных личностных расстройств у больных алкоголизмом
26. Диагностика преморбидных личностных расстройств у больных наркоманиями
27. Самосознание у больных алкоголизмом
28. Самосознание у больных наркоманиями
29. Самосознание у больных с личностными расстройствами
30. Когнитивные нарушения у больных алкоголизмом с сопутствующими расстройствами личности
31. Когнитивные нарушения у больных наркоманиями с сопутствующими расстройствами личности
32. Когнитивные стили у больных с психастеническими расстройствами личности
33. Когнитивные стили у больных с расстройствами личности возбуждимого круга
34. Самооценка у больных с личностными расстройствами
35. Психологическая защита у больных с личностными расстройствами
36. Нарушения адаптации у больных с личностными расстройствами
37. Тревога у больных с расстройствами личности
38. Агрессия у больных с расстройствами личности
39. Мишени психокоррекции у больных с психастеническими расстройствами личности
40. Мишени психокоррекции у больных с расстройствами личности возбуждимого круга
41. Компенсации и декомпенсации у больных с личностными расстройствами
42. Особенности социализации у больных с личностными расстройствами.
43. Коммуникативная компетентность у больных с личностными расстройствами
44. Значение страха в формировании личностных расстройств
45. Значение фрустрации в формировании личностных расстройств
46. Суицидальное поведение у больных с личностными расстройствами