федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**по дисциплине «Психотерапия внутренних болезней»**

по направлению подготовки (специальности) ординатуры

**31.08.22 «ПСИХОТЕРАПИЯ»**

(код, наименование направления подготовки (специальности)

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 «Психотерапия»,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачёт.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

**ПК-1 -** готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

**ПК-6 -** готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в психотерапевтической медицинской помощи.

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1 Теоретические и практические основы клиники, психодиагностики, психокоррекции, психотерапии и психопрофилактики при соматических и психосоматических заболеваниях и расстройствах**

**Тема 1** *Теоретические и практические основы клиники, психодиагностики, психокоррекции, психотерапии и психопрофилактики при соматических и психосоматических заболеваниях и расстройствах*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Психосоматический подход в медицине за рубежом.
2. Психосоматический подход в медицине в России.
3. Основные концепции психосоматической медицины.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Архетипы – это все перечисленное, за исключением (К.Юнг) |
| А | некоторых вполне определенных мифологических образов и мотивов |
| Б | «архаических остатков» (З.Фрейд) |
| В | часто наблюдаемых в снах элементов, не индивидуальных и не выводимых из личного опыта сновидца |
| Г | «первобытных образов» (К.Юнг) |
|  |  |
| 2 | Леонгард (1976) предложил и описал следующие типы акцентуированных личностей |
| А | гипертимический и аффективно-лабильный |
| Б | циклоидный |
| В | сенситивный |
| Г | шизоидный |
|  |  |
| 3 | В классификации типов акцентуаций характера по Личко выделяют |
| А | лабильный |
| Б | эмотивный |
| В | интровертированный |
| Г | демонстративный |
|  |  |
| 4 | В структуре личности, по Юнгу, существуют все следующие основные компоненты, кроме |
| А | архитипа и расового бессознательного |
| Б | личного бессознательного |
| В | коллективного бессознательного |
| Г | сознания |
|  |  |
| 5 | По Хорни, человеком управляют следующие основные тенденции |
| А | стремление к удовлетворению своих желаний и стремление к безопасности |
| Б | либидо |
| В | врожденная агрессивность |
| Г | генетическое стремление к власти |
|  |  |
| 6 | По Фромму, «социальный характер» формируется непосредственно |
| А | общественной адаптацией уже существующих человеческих потребностей |
| Б | обществом |
| В | идеологией |
| Г | культурой |
|  |  |
| 7 | Основными моментами (звеньями) в концепции личности Роджерса являются все перечисленное, кроме |
| А | врожденной агрессивности человека |
| Б | категории самооценки |
| В | перенесения ребенком источника оценок на других людей |
| Г | ситуации, в результате которой ребенок «предает мудрость своего организма» и ведет себя так, как принято, чтобы не потерять любовь окружающих |
|  |  |
| 888 | Олпорт выделяет следующие черты, свойственные здоровой личности |
| А | постоянный процесс индивидуализации |
| Б | вытеснение |
| В | проекция |
| Г | сублимация |
|  |  |
| 9 | Основными положениями концепции личности Маслоу являются все перечисленные, кроме |
| А | оздоровление общества – это укрощение агрессии и либидо |
| Б | человек и животное изначально добры |
| В | человек обязан быть тем, чем он может стать |
| Г | потребности в самоактуализации у невротиков не возникает |
|  |  |
| 10 | Основными положениями экзистенциальной теории в обобщенной форме являются (по Б.В.Зейгарник) все перечисленные, исключая |
| А | структура человеческой личности (данный характерологический склад) генетически предопределена; психопатологическое видение людей и человеческих отношений |
| Б | человеческая психика, сознание не могут быть сведены к физиологическим механизмам |
| В | человек не может рассматриваться изолированно от окружающего мира, с которым он находится в постоянном взаимодействии |
| Г | специфически человеческим является «рефлектирующее» сознание, посредством которого человек высвобождается из ситуации и противостоит ей |

**Ситуационные задачи**

**ЗАДАЧА № 1**

Больная 42 лет поступила в неврологическое отделение с жалобами на внезапную потерю чувствительности в нижних конечностях возникшую сразу после скандала с мужем. Считает себя тяжело больной и нуждающейся в постороннем уходе. В течение полугода муж настаивает на разводе и встречается с другой, более молодой женщиной. Находится в ясном сознании, объективное неврологическое исследование не выявило органических нарушений нервной системы. Назначенное лечение получает аккуратно, довольна, что муж два раза в день навещает ее и озабочен состоянием ее здоровья. После консультации заведующего неврологическим отделением принято решение о переводе больной в отделение неврозов.

**Вопросы:**

1. Определите, исходя из теоретических основ психосоматической медицины, какое расстройство (состояние) описано в данной задаче?

2. Какая модель возникновения психосоматического симптома объясняет возникновение данного расстройства?

3. Что могло стать пусковым механизмом патологического процесса и начальной стадии его развития?

4. Какой метод лечения может быть использован для лечения данного расстройства?

5. Определите наличие либо отсутствие у пациентки признаков конверсионного расстройства?

**ЗАДАЧА № 2**

Больная 30 лет обратилась в очередной раз к терапевту с жалобами на внутреннее беспокойство, нарушенный сон, страх по ночам и сниженное настроение, быструю истощаемость внимания и трудность сосредоточения. Кроме того, ее беспокоят неприятные ощущения в области сердца, затрудненное дыхание, отрыжка и ком в горле, ощущения покалывания в языке, кончиках пальцев рук и ног. В поликлинику обращается регулярно, 1-2 раза в неделю. Многочисленные и разнообразные обследования различных органов и систем не обнаруживали каких либо тканевых изменений в органах и системах. Врач относила пациентку в категорию «трудных больных» и испытывала при этом определенную беспомощность.

**Вопросы:**

1. Какое нарушение возникло у больной?

2. В чем особенность предъявляемых больной жалоб?

3. Какой критерий может быть ведущим при установлении данного диагноза?

4. Чем данное нарушение отмечается от конверсионного расстройства?

5. Как называл данное расстройство Ф. Александер?

**ЗАДАЧА № 3**

Девочка 10 лет стала отказываться от приема практически любой пищи, вскоре у нее появились клинические симптомы истощения. Каждый прием пищи становился поводом для бурных сцен, завершавшимися проглатыванием нескольких кусочков пищи. Общеукрепляющее лечение у педиатра не дало никакого результата. До возникновения данного состояния пациентка обычно принимала пищу вместе с мамой и двухлетней младшей сестрой, которую кормила мамы под пристальным наблюдением матери. У пациентки регулярно появлялось желание переключить во время процесса еды внимание матери и няни с кормления младшей сестры на себя. Девочка понимала, что тем самым пытается отнять любовь матери и няни к младшей сестре, и хотела сама получать их любовь. Это вызывало у нее чувство вины. Кроме того, она испытывала сильную злость на родителей за то, что они очень много внимания уделяют ее сестре и совершенно недостаточно самой пациентке. По рекомендации психиатра родители стали обедать вместе со старшей дочерью (пациенткой) в ресторане, подчеркивая при этом, что посещение ресторана доступно только старшим по возрасту детям. Отказы от приема пищи прекратились после этого практически сразу.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание возникло у ребенка?

2. Какая эмоция чувство могло сыграть роль в развитии данного заболевания?

3. Какой психологический фактор играли роль в развитии данного заболевания?

4. Какая неудовлетворенная потребность пациентки, способствовала развитию заболевания?

5. К какому классу заболеваний по МКБ -10 относится нервная анорексия?

**ЗАДАЧА № 4**

Больной А., 46 лет, лечился в терапевтическом отделении по поводу язвенной болезни желудка в стадии ремиссии. К состоянию своего здоровья всегда относился внимательно, подчас с мнительностью, застреванием на переживаниях, связанных с заболеванием. Два года назад после операции по поводу рака желудка умер сосед по квартире. Вскоре после этого больной обратился к врачу с жалобами на боли в области желудка, раздражительность, утомляемость плохой сон. Во время обследования в стационаре установлен диагноз хронический гастрит с пониженной секреторной функцией. Выписан со значительным улучшением, однако через 6 месяцев состояние ухудшилось и при повторном стационарном обследовании был установлен диагноз «язвенная болезнь желудка». У больного нарастали тревожность, раздражительность, быстрая истощаемость, все внимание фиксировалось на возможных последствиях, особенно беспокоила мысль о раке желудка. Разубеждения о несостоятельности опасений достигали положительного эффекта нон на непродолжительное время. В процессе лечение состояние нормализовалось и стал строить на будущее реальные жизненные планы.

**Вопросы:**

1. Какая форма реагирования больного на свое заболевание у пациента?
2. Какой вариант названной Вами формы реагирования отмечается у больного?
3. Определите, соответствует ли объективной тяжести заболевания субъективная значимость симптомов?
4. Отмечается или нет завышенная оценка пациентом болезни в целом, ее последствий?
5. Что такое «соматонозогнозия»?

**ЗАДАЧА № 5**

Больной 70 лет поступил в глазное отделение с диагнозом: глаукома левого глаза, ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз. Себя считает добродушным, спокойным, к своему здоровью относится беспечно. Настоящее обращение к врачам связано с ощущением неловкости, периодическим потемнением в глазах, ухудшением зрения. Данное заболевание расценивает как легкое, не грозящее серьезными последствиями не только для жизни, но и для здоровья. При разъяснении врачам всей серьезности заболевания и необходимости продолжительного и систематического лечения вначале соглашается с их доводами и лечебные назначения выполняет регулярно. Однако через несколько дней начинает вновь считать свое заболевание легким и несерьезным, ввиду этого лечебные процедуры попускает и считает их необязательными и даже ненужными.

**Вопросы:**

1. Какая форма реагирования больного на свое заболевание у пациента?
2. Какой вариант названной Вами формы реагирования отмечается у больного?
3. Определите, соответствует ли объективной тяжести заболевания субъективная значимость симптомов?
4. Отмечается или нет заниженная оценка пациентом болезни в целом, ее последствий?
5. Как Вы оцените имеющуюся у больного приверженность рекомендациям врача?

**ЗАДАЧА № 6**

Больная Т., 45 лет, находится на стационарном лечении по поводу язвенной болезни желудка. Очень мнительна. Постоянно сомневается в правильности поставленного диагноза, в грамотности назначенного лечения. Читает много специальной литературы, проявляет выраженный интерес к результатам анализов и обследований. Требует все новых и новых консультаций. Беспокоится из-за возможных осложнений. Считает, что у нее рак желудка. Тревожна, подавлена.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте его характеристику.

***Ответ:***

1. *Тревожно-мнительный тип, фобический вариант.*
2. *Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение, прежде всего, тревожное, угнетенность – вследствие этой тревоги. Крайним проявлением этого типа является обсессивно-фобический вариант, при котором воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.*

**ЗАДАЧА № 7**

Больная Д., 42 года, с диагнозом ИБС, стенокардия. Несмотря на частые приступы, продолжает работать. Характерно сверхответственное, одержимое отношение к работе, выраженное в еще большей степени, чем до начала болезни. Избирательно относится к обследованию и лечению, стремится во что бы то ни стало сохранить свой профессиональный статус и возможность продолжения трудовой деятельности.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте его характеристику.

***Ответ:***

1. *Эргопатический тип.*
2. *«Уход от болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях стараются, во что бы то ни стало продолжать работу. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованиям так, чтобы это оставляло возможность продолжения работы.*

**ЗАДАЧА № 8**

В онкологическую больницу поступил пациент с диагнозом рак желудка, 2 ст., с метастазами в брюшной полости. При сборе анамнестических данных, выяснено, что больной является очень общительным человеком, постоянно стремится занять главенствующее положение в любом коллективе. В больнице постоянно старается различными способами привлечь к себе внимание медицинского персонала и больных. Выставлял напоказ свои страдания. Требует признания своей исключительности.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данного больного.
2. Дайте его характеристику.

***Ответ:***

1. *Эгоцентрический тип отношения к болезни на фоне истероидной акцентуации характера.*
2. *«Уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы – все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». В других людях, также требующих внимания и заботы, видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.*

**ЗАДАЧА № 9**

Больная Н., 10 лет. Диагноз: бронхиальная астма. Ни на шаг не отпускает свою маму. Боится, что как только она останется одна, с ней случится приступ. Постоянно думает о своем заболевании. Постоянный страх девочки перед приступами мешает ей нормально учиться, общаться с друзьями.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте его характеристику.

***Ответ:***

1. *Тревожный тип.*
2. *Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение, прежде всего, тревожное, угнетенность – вследствие этой тревоги. Крайним проявлением этого типа является обсессивно-фобический вариант, при котором воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.*

**ЗАДАЧА № 10**

Больная М., 26 лет, по специальности врач. Поступила в больницу с приступом аппендицита. После операции, прошедшей успешно, больная стала требовать введения больших доз активных антибиотиков, хотя объективных показателей для их назначения не было. Неприятные ощущения в организме, связанные с периодом восстановления в послеоперационный период, больная восприняла как признаки инфицирования.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте его характеристику.

***Ответ:***

1. *Ипохондрический тип.*
2. *Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверие в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.*

**ЗАДАЧА № 11**

В клинику скорой помощи поступил К., 42 лет, доктор физико-математических наук, заведующий лабораторией, с острыми болями в эпигастральной области. Врачам быстро удалось купировать приступ. К. рассказал, что боли стали его беспокоить 2 месяца назад, но он не придавал им особого значения, поэтому не обращался к врачу, справлялся доступными способами сам. Однако стал читать специальную медицинскую литературу, пытался понять, что происходит.

После медицинского обследования К. поставили диагноз – язва желудка. Врач сказал, что необходимо оперативное вмешательство. Эту информацию К. воспринял спокойно, без каких-либо эмоциональных проявлений. Через 2 дня он стал аргументировано объяснять врачу, что сейчас не может себе позволить ложиться на операцию, лучше ее перенести, а в это время попробовать просто полечиться (об этом он читал в литературе).

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данного больного.
2. Дайте его характеристику.

***Ответ:***

1. *Это эргопатический тип реагирования пациента на болезнь.*
2. *Уход в работу, стремление продолжать работу во что бы то ни стало. Необходимо применить убеждение как метод психологического воздействия на сознание личности через обращение к ее собственному критическому суждению. Важно, чтобы слова врача были понятны больному, следует избегать профессиональной терминологии. В качестве средств убеждения можно порекомендовать аргументацию, доказательство, обоснование, опровержение.*

**ЗАДАЧА № 12**

Больные обычно держаться внешне спокойно, но высказывают много жалоб и часто импульсивны. Хотя они открыто гнева не выражают, у них может потенциально накапливаться ярость. Их поведение в целом описывается как чрезмерно адаптивное, уступчивое, ориентированное на социальный успех со стремлением сдерживания как положительных, так и отрицательных аффектов.

**Вопросы:**

1. О каком психосоматическом заболевании идет речь. К какому типу психосоматических расстройств по М. Блейеру оно относится?
2. Дайте характеристику внутриличностного конфликта при этом заболевании.

***Ответ:***

1. *Гипертоническая болезнь*
2. *Характерен внутренний конфликт между нацеленностью личности на прямоту и честность в общении и вежливостью, учтивостью, тенденции к избеганию конфликтов. В условиях стресса такой человек склонен сдерживать собственную раздражительность и подавлять желание ответить обидчику. Это заболевание относится к группе психосоматозов, т.е. к классическим психосоматическим расстройствам.*

**ЗАДАЧА № 13**

Считается, что для этих больных характерна повышенная потребность в зависимости. По мнению Ф. Александер, у них выражена сильная бессознательная потребность в защите и ласке со стороны матери (или лица, ее заменяющего). Приступы болезни развиваются при фрустрации этой потребности. Больные находятся в состоянии внутреннего конфликта между желанием завоевывать доверие и страхом перед этим.

**Вопросы:**

1. О каком психосоматическом заболевании идет речь?
2. Какие особенности личности могут способствовать возникновению заболевания?

***Ответ:***

1. *Бронхиальная астма.*
2. *Для преморбидной личности характерны низкая самооценка, снижение уровня социальных контактов, эмоциональные трудности, включающие проблемы энергии и самоуверенности.*

**Вопросы для подготовки:**

1. Классификация психических расстройств, возникающих как реакция на соматическое заболевание (нозогении).
2. Этиология и патогенез нозогений.
3. Дифференциальная диагностика нозогенных расстройств от сходных состояний.
4. Исследование по психосоматическому Висбаденскому опроснику N. Peseschkian.
5. Исследование по личностным проективным методикам (цветовой тест отношений, тревожность по Спилбергу и др.).
6. Исследование по вербальному проективному тесту.
7. Исследование личностной и ситуативной тревожности.

**Модуль 2 Психокоррекция, психотерапия и психопрофилактика при психосоматических расстройствах**

**Тема 1** *Психокоррекция, психотерапия и психопрофилактика при психосоматических расстройствах*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Психотерапия и психопрофилактика соматоформных нарушений.
2. Психогенные соматические расстройства. Психотерапия и психопрофилактика.
3. Соматическая болезнь и психическая деятельность человека.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Терапия творческим самовыражением предназначена прежде всего |
| А | для пациентов с дефензивными расстройствами пограничного регистра |
| Б | для пациентов с художественными творческими способностями |
| В | для остропсихотических пациентов |
| Г | для пациентов с агрессивными тенденциями |
|  |  |
| 2 | Арттерапия в международном понимании - это |
| А | лечение изобразительным творчеством |
| Б | лечение творчеством в широком смысле |
| В | лечение игровым искусством |
| Г | лечение общением с живописью |
|  |  |
| 3 | Существо арттерапии Ноомберг состоит |
| А | в психоаналитическом раскрытии, осознании глубинных конфликтов пациентов с помощью визуального их выражения |
| Б | в подробном клиническом воздействии на пациента с помощью духовной культуры |
| В | в вовлечении пациентов в художественное творчество с целью выяснить свои характерологические особенности |
| Г | в религиозном объяснении спонтанных рисунков пациентов |
|  |  |
| 4 | Существо, цель гештальтункстерапии (по Биньеку) состоит |
| А | в терапевтическом психоаналитическом вмешательстве в душевное состояние пациентов через изобразительное поведение, с помощью целостных образов |
| Б | в свободном, ничем не сдерживаемом чувствовании, поведении пациента, например, среди красивой природы, красивых обнаженных человеческих тел в бассейне и т.д. - для смягчения душевного напряжения в чувственно-образном переживании-просветлении |
| В | в пробуждении организмических процессов участников группы путем поощрения, расширения осознания и продвижения по направлению достижения зрелости |
| Г | в лечебном конфликте между "нападающим" и "защищающимся" |
|  |  |
| 5 | Игра (игровая деятельность), по Вольперту, включает все перечисленное, кроме |
| А | деятельности, в которой отсутствует переживание реальности создавшейся ситуации, постоянно отчетливое переживание условности |
| Б | обязательных условных обстоятельств |
| В | возможности переживать удачи, успех в борьбе |
| Г | определенных правил |
|  |  |
| 6 | Психодрама (по Морено) - это |
| А | своеобразная импровизированная инсценировка, воспроизводящая взаимоотношения в той малой социальной группе, в которой пациент живет, работает и не смог приспособиться, в виде драматического действия; инсценировка, в которой пациент может поменяться своей ролью с кем-либо из участников группы |
| Б | Фрейдовский психоанализ, воплощенный в игре |
| В | инсценировка, в которой играют роли только пациенты, а не актеры-профессионалы |
| Г | инсценировка, в которой близкие, друзья, сослуживцы пациента игрового участия не принимают, они только зрители |
|  |  |
| 7 | Особенности имаготерапии Вольперта включают все перечисленное, за исключением |
| А | пациенты должны играть только положительных героев |
| Б | обязателен здесь курс углубленной индивидуальной психотерапии |
| В | игровая психотерапия здесь перерастает в творческую, в искусство создания художественных сценических образов |
| Г | завершающий этап протекает как реабилитационная работа лечебной драматической студии |
|  |  |
| 8 | При наркопсихотерапии одновременно используется |
| А | внушение врача и действие барбитуратов |
| Б | моменты культтерапии |
| В | рациональная психотерапия (по Панкову) |
| Г | некоторые модификации аутогенной тренировки |
|  |  |
| 9 | Противопоказаниями к применению наркопсихотерапии являются |
| А | острый гепатит, цирроз печени, кахексия |
| Б | ананкастическая конституция |
| В | астенизация |
| Г | пожилой возраст |
|  |  |
| 10 | Наркоанализ широко используется |
| А | при моторных и сенсорных истерических расстройствах |
| Б | при сверхценных идеях ревности у эпилептиков |
| В | при психоастенических ипохондрических расстройствах |
| Г | при частых взрывах у возбудимых психопатов |
|  |  |

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Студент Л. медицинского университета, 22 лет, проходит обследование по поводу бронхиальной астмы. Из анамнеза известно, что болен в течение 12 лет, приступы беспокоят 2-3 раза в год. Летом, как правило, приступов нет. Рос и воспитывался в неполной семье. Мать развелась с отцом, когда Л. было 4 года. Мать гипернормативная, гиперопекающая, работает участковым терапевтом.

***Вопросы:***

1. Охарактеризуйте с позиции биопсихосоциального подхода заболевание пациента.

2. Дайте характеристику семейной системы.

3. Дайте характеристику стилю воспитания в семье.

4.Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется данному больному?

**Задача № 2**

Больная 37 лет поступила в стационар с жалобами на периодическое ухудшение состояния, особенно в вечерние и ночные часы или после психоэмоционального перенапряжения. При этом возникает боль и "замирание" в области сердца, ощущение "перебоев", чувство давления в области грудной клетки, головокружение, тошнота, слюнотечение, ощущение жара, потливость, повышенное выделение мочи.

***Вопросы:***

1. Какие рабочие гипотезы могут возникнуть у клинического психолога?

2. Какой план обследования может быть предложен данной пациентке?

3. О каком варианте вегетативных кризов может идти речь?

4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется больной?

**Задача № 3**

Мальчик А., 5 лет был направлен на консультацию к психотерапевту по поводу энкопреза. Из анамнеза известно, что он был рожден вне брака, отца не знает, проживал все время вдвоем с матерью. Когда А. было 4 года, мать вышла замуж. Через несколько недель после этого у ребенка появились клинические признаки энкопреза. Мать встревожена этим, в течение года безуспешно пытается лечить ребенка у разных специалистов, ссорится с мужем, который крайне негативно воспринимает симптомы заболевания.

***Вопросы:***

1. Кто является идентифицированным пациентом?
2. Какие данные свидетельствуют о психосоматическом варианте заболевания у данного пациента?
3. Назовите симптом семейной системы. Какую функцию он выполняет в данной семье?
4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется данному больному?

**Задача № 4**

Больная 28 лет жалуется на периодически возникающие приступообразные ухудшения состояния, проявляющиеся учащением пульса, сухостью во рту, повышением АД, онемением и похолоданием конечностей, ознобом, обильным выделением бесцветной мочи.

***Вопросы:***

1. Какие рабочие гипотезы могут возникнуть у клинического психолога?

2. Какой план обследования может быть предложен данной пациентке?

3. О каком варианте вегетативных кризов может идти речь?

4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется больной?

**Вопросы для подготовки:**

1. Клиническая классификации психосоматических расстройств
2. Психосоматические сердечно-сосудистые заболевания, бронхолегочные и кожные. Этиология, патогенез, механизмы психической травмы, особенности патогенных конфликтов
3. Клиническая диагностика при расстройствах сердечно-сосудистой, бронхолегочной и кожной систем
4. Психотерапии при психосоматических сердечно-сосудистых, бронхолегочных и кожных заболеваниях. Задачи, цели, механизм действия, основные процедуры
5. Соотношение индивидуальной и групповой психотерапии при психосоматических сердечно-сосудистых, бронхолегочных и кожных заболеваниях
6. Механизм действия индивидуальной и групповой психотерапии при психосоматических сердечно-сосудистых, бронхолегочных и кожных заболеваниях
7. Личностно-ориентированная психотерапия при психосоматических сердечно-сосудистых, бронхолегочных и кожных заболеваниях
8. Индивидуальная и групповая формы
9. Краткосрочная динамическая психотерапия при психосоматических сердечно-сосудистых, бронхолегочных и кожных заболеваниях
10. Гипносуггестивная терапия при психосоматических сердечно-сосудистых, бронхолегочных и кожных заболеваниях

**Модуль 2 Психокоррекция, психотерапия и психопрофилактика при психосоматических расстройствах**

**Тема 2** *Факторы, влияющие на формирование и динамику ВКБ. Проблема психологической диагностики ВКБ*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Проблемы психического реагирования человека на заболевание.
2. Внутренняя картина болезни и психологическая адаптация личности к заболеванию.
3. Переживание болезни. Психологическая диагностика внутренней картины болезни.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | К основным общим факторам в психотерапевтических воздействиях, без знания которых едва ли возможен правильный учет эффективности психотерапии, относится все перечисленное, за исключением (Б.Д.Карвасарский, 1985) |
| А | характерологической совместимости психотерапевта с пациентом (подобие, созвучие в каких-то гранях их характерологических радикалов) и бескорыстной доброты психотерапевта |
| Б | оперативной модификации поведения больного за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с психотерапевтом |
| В | убеждения и внушения, явного или скрытого |
| Г | приобретения социальных навыков на модели психотерапевта |
|  |  |
| 2 | Анализ результатов психофизиологических, биологических исследований,проведенных в клинике неврозов и психотерапии Института Бехтерева, убеждает в том, что (Б.Д.Карвасарский, 1985) |
| А | имеется отчетливая зависимость между степенью выраженности q-ритма на ЭЭГ, интенсивностью КГР и ЭЭГ-реакцией на эмоционально значимые слова, повышением содержания адреналина и норадреналина, а также высокими показателями клинических субшкал активности, раздражительности, концентрации внимания и тревожности |
| Б | у больных неврозами обнаруживается определенные изменения в системе эндорфинов, энкефалинов |
| В | лечебный сдвиг регистрируется только на вегетосоматическом уровне |
| Г | благотворные изменения, происходящие с невротиком, обнаруживаются в обмене холестерина |
|  |  |
| 3 | К критериям психиатрического клиницизма относится все перечисленное, кроме (М.Е.Бурно, 1989) |
| А | работы с достаточно выраженными клиническими душевными расстройствами |
| Б | осознанного ощущения единства дела и духа и отчетливого видения-чувствования биологической базы во всякой, даже самой одухотворенно-тонкой душевной патологии (первичность материи по отношению к духу, не существующему без материи) |
| В | серьезного, насущного внимания к личностной почве |
| Г | убежденности в эволюционном единстве всего живого, что ясно видится и во многих душевных расстройствах |
|  |  |
| 4 | Особенность клинической психотерапии состоит в том, что (М.Е.Бурно, 1989) |
| А | психотерапевт с глубоким доверием, вниманием исследует, как лечит сама природа, помогая ей защищаться совершеннее; будучи клиницистом, сообразует свое психотерапевтическое воздействие с клинической картиной |
| Б | истинной, подлинной психотерапией считается лечение внушением, гипнозом, разъяснением и убеждением |
| В | это лечение довольно тяжелых больных в клинике или врачебной амбулатории (в отличие от психокоррекции) |
| Г | для клинического психотерапевта имеет смысл вопрос, какой психотерапевтический метод сильнее, лучше вообще |
|  |  |
| 5 | Появление оговорки происходит обычно по причине (З.Фрейд) |
| А | противодействия двух различных измерений |
| Б | соматических расстройств (например, нарушение кровообращения) |
| В | возбуждения, расстройства внимания |
| Г | утомления, рассеянности |
|  |  |
| 6 | Страдающий навязчивым состоянием невротик обычно исходно отличается всем перечисленным, за исключением (З.Фрейд) |
| А | несложного и недалекого ума, детского легкомыслия |
| Б | весьма энергичного характера |
| В | упрямства |
| Г | чрезмерной совестливости |
|  |  |
| 7 | Смысл симптома включает все перечисленное, кроме (З.Фрейд) |
| А | как выражает собой защитно-приспособительные силы природы и каков по своему происхождению - процессуальный или невротический |
| Б | куда или к чему ведет |
| В | впечатления и переживания, от которых он исходит |
| Г | откуда он берется |
|  |  |
| 8 | Цель навязчивого симптома зависит прежде всего от (З.Фрейд) |
| А | бессознательного |
| Б | образованности пациента |
| В | религиозности пациента |
| Г | нозологической окраски |
|  |  |
| 9 | Вытесненные душевные движения - это душевные движения (З.Фрейд) |
| А | не допущенные стражем из бессознательного в предсознательное |
| Б | стеснительного человека, осознающего свою стеснительность как нравственно-этическое, благородное свойство души |
| В | в которых ясно видится аффективно-аккумулятивная пропорция |
| Г | которые страж пропустил через порог, но они все равно не осознаются |
|  |  |
| 10 | Из нижеследующих понятий понимания душевной жизни более оправданны все следующие, кроме (З.Фрейд) |
| А | подсознательного и внутрисознательного |
| Б | бессознательного |
| В | предсознательного |
| Г | сознательного |

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больная 37 лет старается подробно описать проявления своего заболевания, обращает внимание врача на состояние своего сердца, но затрудняется при описании характера боли в области сердца "…что-то расширяется, давит…". Выявлен плохой сон, утомляемость, тяжесть пробуждения, улучшение самочувствия во второй половине дня. В беседе женщина пессимистически оценивает свое прошлое и настоящее, будущее представляется ей бесперспективным.

***Вопросы:***

1. Какой диагноз наиболее вероятен?

2. Какие данные свидетельствуют о психосоматической природе заболевания у данной пациентки?

3.Охарактеризуйте с позиции биопсихосоциального подхода заболевание пациентки.

4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется больной?

**Задача № 2**

Девушка 15-ти лет требует у родителей денег на проведение пластической операции по изменению формы носа - "громадного и уродливого", по ее мнению и "вполне милого", по мнению ее семьи и друзей.

***Вопросы:***

1. Какие рабочие гипотезы могут возникнуть у клинического психолога? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

2. Какой план обследования может быть предложен данной пациентке?

3. Какой интрапсихический конфликт может лежать в основе данных жалоб больной?

4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется больной?

**Задача № 3**

У женщины 23 лет повторяющиеся приступы удушья в форме шумного свистящего дыхания, сопровождающиеся чувством сдавления в горле и страхом смерти. Приступ продолжается 1-2 минуты, после его окончания отмечается отрыжка воздухом. При ларинго- и бронхоскопии органической патологии не выявлено.

***Вопросы:***

1. Какой диагноз наиболее вероятен ?

2. Какие данные свидетельствуют о психосоматическом варианте заболевания у данной пациентки?

3. Какой план обследования может быть предложен данной пациентке?

4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется больной?

**Задача № 4**

Мать больной М., 2 мес предъявляет жалобы на периодически возникающее вздутие живота у ребенка, сопровождающееся криком, плачем, затруднением отхождения газов. Приступы повторяются 4-5 раз в неделю, не зависят от времени суток, продолжаются около 2-х часов. При этом наибольший эффект оказывает поглаживание матерью живота больной или ее покачивание в положении "под грудью". Семья проживает в 2-х комнатной квартире с родителями мужа. Муж приходит с работы поздно, часто по этому поводу вечером происходят конфликты.

***Вопросы:***

1. Какой диагноз у больной М. наиболее вероятен ?

2. Какие данные свидетельствуют о психосоматическом варианте заболевания у данной пациентки?

3. Какой план обследования может быть предложен данной пациентке?

4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется данной семье?

**Вопросы для подготовки:**

1. Факторы, влияющие на типологию и динамику ВКБ.

2. Клинический расспрос с целью изучения ВКБ при ПСР.

3. Исследование больных с помощью Гиссенского опросника соматических жалоб.

4. Исследование больных с ПСР с помощью опросника невротических расстройств.

5. Вопросы нозологической специфичности и ВКБ. Зависимость ВКБ от особенностей личности, характера болезни и обстоятельств, в которых протекает болезнь.

**Модуль 2 Психокоррекция, психотерапия и психопрофилактика при психосоматических расстройствах**

**Тема 3** *Типы личностной реакции на заболевание и их последствия*

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Болезнь - ситуация жизненного кризиса.
2. Психотерапия различных типов личностного реагирования на болезнь.
3. Психокоррекция при соматоформных расстройствах.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Леонгард (1976) предложил и описал следующие типы акцентуированных личностей |
| А | гипертимический и аффективно-лабильный |
| Б | циклоидный |
| В | сенситивный |
| Г | шизоидный |
|  |  |
| 2 | В классификации типов акцентуаций характера по Личко выделяют |
| А | лабильный |
| Б | эмотивный |
| В | интровертированный |
| Г | демонстративный |
|  |  |
| 3 | В структуре личности, по Юнгу, существуют все следующие основные компоненты, кроме |
| А | архитипа и расового бессознательного |
| Б | личного бессознательного |
| В | коллективного бессознательного |
| Г | сознания |
|  |  |
| 4 | По Хорни, человеком управляют следующие основные тенденции |
| А | стремление к удовлетворению своих желаний и стремление к безопасности |
| Б | либидо |
| В | врожденная агрессивность |
| Г | генетическое стремление к власти |
|  |  |
| 5 | По Фромму, "социальный характер" формируется непосредственно |
| А | общественной адаптацией уже существующих человеческих потребностей |
| Б | обществом |
| В | идеологией |
| Г | культурой |
|  |  |
| 6 | Основными моментами (звеньями) в концепции личности Роджерса являются все перечисленное, кроме |
| А | врожденной агрессивности человека |
| Б | категории самооценки |
| В | перенесения ребенком источника оценок на других людей |
| Г | ситуации, в результате которой ребенок "предает мудрость своего организма" и ведет себя так, как принято, чтобы не потерять любовь окружающих |
|  |  |
| 7 | Олпорт выделяет следующие черты, свойственные здоровой личности |
| А | постоянный процесс индивидуализации |
| Б | вытеснение |
| В | проекция |
| Г | сублимация |
|  |  |
| 8 | Основными положениями концепции личности Маслоу являются все перечисленные, кроме |
| А | оздоровление общества - это укрощение агрессии и либидо |
| Б | человек и животное изначально добры |
| В | человек обязан быть тем, чем он может стать |
| Г | потребности в самоактуализации у невротиков не возникает |
|  |  |
| 9 | Основными положениями экзистенциальной теории в обобщенной форме являются (по Б.В.Зейгарник) все перечисленные, исключая |
| А | структура человеческой личности (данный характерологический склад) генетически предопределена; психопатологическое видение людей и человеческих отношений |
| Б | человеческая психика, сознание не могут быть сведены к физиологическим механизмам |
| В | человек не может рассматриваться изолированно от окружающего мира, с которым он находится в постоянном взаимодействии |
| Г | специфически человеческим является "рефлектирующее" сознание, посредством которого человек высвобождается из ситуации и противостоит ей |
|  |  |
| 10 | Основными положениями "понимающей психологии" Шпрангера являются все перечисленные, кроме |
| А | психическое "излучается" врожденным, биологическим темпераментом; психическое - это сопереживание |
| Б | психическое сводится к интуитивному пониманию "модулей действительности жизни" |
| В | психическое сводится к интуитивному пониманию "модулей действительности жизни" |
| Г | структура отдельной личности соотносится с духовными ценностями, культурой общества |

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Врач просит лечащего врача сообщить ему сведения о прогнозе серьезного заболевания одного пожилого больного, живущего по соседству с ним и в настоящее время попавшего в больницу. При дальнейшем разговоре оказалось, что врач, просивший информацию, лично не знает этого больного, не лечит его, но его соседи настаивают, чтобы он узнал о состоянии больного, так как у них имеются определенные планы и притязания на его квартиру.

**Вопросы:**

1. Может ли лечащий врач сообщить коллеге интересующую его информацию?
2. Какой принцип нарушается?
3. Дайте определение этого принципа.

***Ответ:***

1. *Нет.*
2. *Будет нарушен принцип конфиденциальности в медицине.*
3. *Вся информация о болезни и личной и жизни пациента является врачебной тайной и не может разглашаться третьим лицам.*

**Задача № 2**

Метод групповой психотерапии, представляющий собой ролевую игру, в ходе которой создаются необходимые условия для спонтанного выражения чувств, связанных с наиболее важными для пациента проблемами. Человек, исполняя различные роли, получает возможность экспериментировать с реалистичными и нереалистичными жизненными ролями, творчески работать над собственными проблемами и конфликтами. В ходе разыгрывания ситуаций возникают спонтанность, креативность, подлинная эмоциональная связь между участниками ситуации, катарсис, способствующие развитию творческой активности и достижению инсайта. Все это создает благоприятную основу для творческого переосмысления собственных проблем и конфликтов, выработки более глубокого и адекватного самопонимания, преодоления неконструктивных поведенческих стереотипов и способов эмоционального реагирования, формирования нового, адекватного поведения и новых способов эмоционального реагирования.

**Вопросы:**

1. Определите, о каком методе психотерапии идет речь.
2. К какому направлению психотерапии он относится?

***Ответ:***

1. *Это психодрама.*
2. *Относится к экзистенциально-гуманистическому (опытному) направлению психотерапии. Элементы П. входят в поведенческую психотерапию, социально-психологический тренинг, деловые игры[[1]](#footnote-1).*

**Задача № 3**

Согласно концепции, лежащей в основе этого метода психотерапии, человек запрограммирован «ранними решениями» в отношении жизненной позиции. Он проживает свою жизнь по «сценарию», написанному при самом активном участии его близких, прежде всего родителей, принимает решения в настоящем, основанные на стереотипах, которые когда-то были необходимы для его психологического выживания, но теперь чаще всего бесполезны. Основная цель психотерапевтического процесса — реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций, осознания непродуктивных стереотипов поведения, мешающих принятию адекватных настоящему моменту решений, формирование новой системы ценностей исходя из собственных потребностей и возможностей.

**Вопросы:**

1. Определите, о каком методе психотерапии идет речь.
2. Какие этапы он в себя включает?

***Ответ:***

1. *Трансактный анализ.*
2. *Трансактный анализ включает в себя:*

*1) структурный анализ — анализ структуры личности;*

*2) анализ трансакций — вербальных и невербальных взаимодействий между людьми;*

*3) анализ психологических игр — скрытых трансакций, приводящих к желаемому исходу (выигрышу);*

*4) анализ сценария (скрипт-анализ) — индивидуального жизненного сценария, которому человек невольно следует.*

**Задача № 4**

В основе этого метода психотерапии лежит предположение о том, что человеческий организм, мозг подобны компьютеру, имеющему набор программ. Помимо генетического программирования, формирование «программ» стереотипов поведения и жизнедеятельности в целом осуществляется путем закрепления внушений значимых лиц, самопрограммирования и стрессовых переживаний, сопровождающихся трансовыми состояниями сознания. Большая часть «программы» не осознается и не предъявляется в речи, но отражена в глубинных речевых структурах. Важную информацию «программы» подготовленный наблюдатель может считывать, задавая целенаправленно сформулированные вопросы и ориентируясь на специфические (формальные) языковые структуры и индивидуальные невербальные проявления в ответе человека.

**Вопросы:**

1. Определите, о каком методе психотерапии идет речь.
2. Какие техники здесь используются?

***Ответ:***

1. *Нейролингвистическое программирование.*
2. *Применяются и описаны техники «взмаха» («свиста»), рефрейминга, «якоря», аудиально-кинестетической и визуально-кинестетической диссоциации, изменения личной истории и др.*

**Вопросы для подготовки:**

1.Типы личностной реакции на заболевание и их последствия по Б.А.Якубову: содружественная, спокойная, неосознаваемая, следовая, негативная, паническая, разрушительная.

2. Психопатологические (невротические) типы реакции личности на заболевание: депрессивная, тревожно-фобическая, ипохондрическая, гистрионная, агрессивная, аутоагрессивная, реакции дезадаптации.

3. Исследование особенностей адаптации личности и степени конфликтности с окружением.

4. Определение фрустрационной толерантности больных по рисуночной методике Розенцвейга.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| **Проверка**  **практических навыков** | Проверка практических навыков может применяться для контроля сформированности у ординаторов практических действий (медицинских манипуляций) с «пациентом». Позволяет оценить умения и навыки ординаторов применять полученные теоретические знания (о тех или иных действия и манипуляциях) в стандартных и нестандартных ситуациях. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта

(зачета, экзамена)

Проводится по зачётным билетам в устной форме.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине– экзамен: Рд=Рт+Рб+Рэ, где*

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

***Рт -*** *текущий рейтинг;*

***Рэ -*** *экзаменационный рейтинг)*

*Образец**критериев, применяемых для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного/экзаменационного рейтинга.*

**Зачтено** - Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

При выполнении практического навыка - полное знание программного материала, рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога, допустил небольшие ошибки или неточности.

**Не зачтено -** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

При выполнении практического навыка - существенные пробелы в знании алгоритма практического навыка, допустил более одной принципиальной ошибки, затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Психотерапия как основной метод в комплексе лечения соматических расстройств психогенного происхождения
2. Гипнотерапия
3. Эмоционально-стрессовая психотерапия
4. Рациональная психотерапия
5. Аутогенная тренировка
6. Семейная психотерапия
7. Групповая психотерапия
8. Поведенческая психотерапия
9. Психоаналитическая психотерапия
10. Другие модальности (методы) психотерапии
11. Гипнотерапия, АТ
12. Косвенная психотерапия
13. Лекарственная болезнь. Клиника. Этиология, патогенез
14. Формы реакции больных на предстоящую операцию
15. Психотерапевтическое обезболивание и его возможности
16. Личностные реакции больных на травмы и ампутации
17. «Внутренняя картина болезни» онкологических больных
18. Психологическая защита
19. Суггестия
20. Имаготерапия
21. Гипнотерапия по К. И. Платонову
22. Рациональная и коллективная психотерапия по И.З. Вельвовскому
23. Сексология и сексопатология. Связь сексологии с другими медицинскими и иными дисциплинами
24. Базовые определения в сексологии и сексопатологии. Краткая история
25. Биологические аспекты сексопатологии. Половой инстинкт. Составляющие копулятивного цикла. Нейрогуморальная составляющая. Психическая составляющая. Эрекционная составляющая. Эякуляторная составляющая
26. Принципы структурного психотерапевтического диагноза
27. Сексуальная гармония и дисгармония. Сексуальные расстройства у мужчин и их лечение. Феноменология. Методы исследования
28. Этиология, патогенез, клиника сексуальных нарушений
29. Сексуальные расстройства у женщин. Классификация. Этиология, патогенез. Фригидность. Вагинизм (клиника, лечение). Гениталгии. Другие нарушения. Профилактика сексуальных нарушений у мужчин и женщин. Гигиена половой жизни.
30. Роль психопрофилактики, психотерапии при сексуальных нарушениях. Семейная психотерапия
31. Организация сексологической помощи
32. Опыт работы службы семьи и брака
33. Психотерапия в клинике внутренних болезней
34. Психотерапия неврозоподобных расстройств при гипертонической болезни
35. Психотерапия в комплексе лечебных мероприятий
36. Психотерапия неврозоподобных расстройств при гипотонической болезни
37. Психотерапия неврозоподобных нарушений при общем атеросклерозе
38. Психотерапия при ишемической болезни сердца
39. Психотерапия на этапах реабилитации после инфаркта миокарда
40. Психотерапия при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта
41. Психотерапия при сахарном диабете
42. Психосоматические соотношения
43. Гипнопсихотерапия
44. Психосоматическая проблема. История и значение этой проблемы
45. Анализ зарубежных психосоматических концепций
46. Понятие «психосоматического» и «кортико-висцерального». Психовегетативный синдром
47. Нейродистрофический синдром – основа понимания психосоматических расстройств
48. Роль психологических и социально-психологических факторов в происхождении и течении соматических заболеваний
49. Психологические факторы компенсации болезни
50. Проблемы «специфичности» вегетативных реакций на значимый стимул
51. Соматофорные расстройства
52. Клиника соматических расстройств психогенной этиологии
53. Психогенные нарушения нервной системы (тремор, спазм)
54. Психогенная астма. Психогенный кашель
55. Сердечно-сосудистый стресс-синдром. Нейроциркуляторная астения
56. Психогенные нарушения системы кровообращения
57. Психогенные нарушения желудочно-кишечного тракта
58. Психогенные нарушения мочеполовой системы
59. Психогенные нарушения эндокринной системы
60. Психогенные нарушения органов чувств
61. Методы психотерапии в комплексе лечения
62. Психотерапия в комплексе лечения аллергических заболеваний кожи
63. Психотерапия при нейродермитах. Этиология, патогенез. Клиника
64. Психотерапия в комплексе лечения кожных заболеваний
65. Психотерапия в косметологии
66. Психотерапия в хирургии
67. Психотерапия в пред- и послеоперационный период
68. Психотерапия в комплексе лечения бронхиальной астмы
69. Психотерапия при адаптации больных к протезам. Купирование фантомных болей
70. Психотерапия при купировании болевого синдрома
71. Психотерапия в стоматологии
72. Психотерапия в онкологии
73. Психотерапия в анестезиологии
74. Психотерапия в акушерстве и гинекологии
75. Психотерапия в период беременности
76. Психотерапия при токсикозах первой половины беременности
77. Психотерапия при токсикозах второй половины беременности
78. Психопрофилактическая подготовка к родам
79. Психотерапия нарушений сексуальной сферы

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

*(приводятся типовые практические задания, упражнения, ситуационные задачи, манипуляционные упражнения и т.п., направленные на проверку каждого из указанных в рабочей программе дисциплины умения и навыка* ***с эталонами решения типовых практических заданий*.)**

**Ситуационные задачи**

**ЗАДАЧА № 1**

Больная 42 лет поступила в неврологическое отделение с жалобами на внезапную потерю чувствительности в нижних конечностях возникшую сразу после скандала с мужем. Считает себя тяжело больной и нуждающейся в постороннем уходе. В течение полугода муж настаивает на разводе и встречается с другой, более молодой женщиной. Находится в ясном сознании, объективное неврологическое исследование не выявило органических нарушений нервной системы. Назначенное лечение получает аккуратно, довольна, что муж два раза в день навещает ее и озабочен состоянием ее здоровья. После консультации заведующего неврологическим отделением принято решение о переводе больной в отделение неврозов.

**Вопросы:**

1. Определите, исходя из теоретических основ психосоматической медицины, какое расстройство (состояние) описано в данной задаче?

2. Какая модель возникновения психосоматического симптома объясняет возникновение данного расстройства?

3. Что могло стать пусковым механизмом патологического процесса и начальной стадии его развития?

4. Какой метод лечения может быть использован для лечения данного расстройства?

5. Определите наличие либо отсутствие у пациентки признаков конверсионного расстройства?

**ЗАДАЧА № 2**

Больная 30 лет обратилась в очередной раз к терапевту с жалобами на внутреннее беспокойство, нарушенный сон, страх по ночам и сниженное настроение, быструю истощаемость внимания и трудность сосредоточения. Кроме того, ее беспокоят неприятные ощущения в области сердца, затрудненное дыхание, отрыжка и ком в горле, ощущения покалывания в языке, кончиках пальцев рук и ног. В поликлинику обращается регулярно, 1-2 раза в неделю. Многочисленные и разнообразные обследования различных органов и систем не обнаруживали каких либо тканевых изменений в органах и системах. Врач относила пациентку в категорию «трудных больных» и испытывала при этом определенную беспомощность.

**Вопросы:**

1. Какое нарушение возникло у больной?

2. В чем особенность предъявляемых больной жалоб?

3. Какой критерий может быть ведущим при установлении данного диагноза?

4. Чем данное нарушение отмечается от конверсионного расстройства?

5. Как называл данное расстройство Ф. Александер?

**ЗАДАЧА № 3**

Девочка 10 лет стала отказываться от приема практически любой пищи, вскоре у нее появились клинические симптомы истощения. Каждый прием пищи становился поводом для бурных сцен, завершавшимися проглатыванием нескольких кусочков пищи. Общеукрепляющее лечение у педиатра не дало никакого результата. До возникновения данного состояния пациентка обычно принимала пищу вместе с мамой и двухлетней младшей сестрой, которую кормила мамы под пристальным наблюдением матери. У пациентки регулярно появлялось желание переключить во время процесса еды внимание матери и няни с кормления младшей сестры на себя. Девочка понимала, что тем самым пытается отнять любовь матери и няни к младшей сестре, и хотела сама получать их любовь. Это вызывало у нее чувство вины. Кроме того, она испытывала сильную злость на родителей за то, что они очень много внимания уделяют ее сестре и совершенно недостаточно самой пациентке. По рекомендации психиатра родители стали обедать вместе со старшей дочерью (пациенткой) в ресторане, подчеркивая при этом, что посещение ресторана доступно только старшим по возрасту детям. Отказы от приема пищи прекратились после этого практически сразу.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание возникло у ребенка?

2. Какая эмоция чувство могло сыграть роль в развитии данного заболевания?

3. Какой психологический фактор играли роль в развитии данного заболевания?

4. Какая неудовлетворенная потребность пациентки, способствовала развитию заболевания?

5. К какому классу заболеваний по МКБ -10 относится нервная анорексия?

**ЗАДАЧА № 4**

Больной А., 46 лет, лечился в терапевтическом отделении по поводу язвенной болезни желудка в стадии ремиссии. К состоянию своего здоровья всегда относился внимательно, подчас с мнительностью, застреванием на переживаниях, связанных с заболеванием. Два года назад после операции по поводу рака желудка умер сосед по квартире. Вскоре после этого больной обратился к врачу с жалобами на боли в области желудка, раздражительность, утомляемость плохой сон. Во время обследования в стационаре установлен диагноз хронический гастрит с пониженной секреторной функцией. Выписан со значительным улучшением, однако через 6 месяцев состояние ухудшилось и при повторном стационарном обследовании был установлен диагноз «язвенная болезнь желудка». У больного нарастали тревожность, раздражительность, быстрая истощаемость, все внимание фиксировалось на возможных последствиях, особенно беспокоила мысль о раке желудка. Разубеждения о несостоятельности опасений достигали положительного эффекта нон на непродолжительное время. В процессе лечение состояние нормализовалось и стал строить на будущее реальные жизненные планы.

**Вопросы:**

1. Какая форма реагирования больного на свое заболевание у пациента?
2. Какой вариант названной Вами формы реагирования отмечается у больного?
3. Определите, соответствует ли объективной тяжести заболевания субъективная значимость симптомов?
4. Отмечается или нет завышенная оценка пациентом болезни в целом, ее последствий?
5. Что такое «соматонозогнозия»?

**ЗАДАЧА № 5**

Больной 70 лет поступил в глазное отделение с диагнозом: глаукома левого глаза, ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз. Себя считает добродушным, спокойным, к своему здоровью относится беспечно. Настоящее обращение к врачам связано с ощущением неловкости, периодическим потемнением в глазах, ухудшением зрения. Данное заболевание расценивает как легкое, не грозящее серьезными последствиями не только для жизни, но и для здоровья. При разъяснении врачам всей серьезности заболевания и необходимости продолжительного и систематического лечения вначале соглашается с их доводами и лечебные назначения выполняет регулярно. Однако через несколько дней начинает вновь считать свое заболевание легким и несерьезным, ввиду этого лечебные процедуры попускает и считает их необязательными и даже ненужными.

**Вопросы:**

1. Какая форма реагирования больного на свое заболевание у пациента?
2. Какой вариант названной Вами формы реагирования отмечается у больного?
3. Определите, соответствует ли объективной тяжести заболевания субъективная значимость симптомов?
4. Отмечается или нет заниженная оценка пациентом болезни в целом, ее последствий?
5. Как Вы оцените имеющуюся у больного приверженность рекомендациям врача?

**ЗАДАЧА № 6**

Больная Т., 45 лет, находится на стационарном лечении по поводу язвенной болезни желудка. Очень мнительна. Постоянно сомневается в правильности поставленного диагноза, в грамотности назначенного лечения. Читает много специальной литературы, проявляет выраженный интерес к результатам анализов и обследований. Требует все новых и новых консультаций. Беспокоится из-за возможных осложнений. Считает, что у нее рак желудка. Тревожна, подавлена.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте его характеристику.

***Ответ:***

1. *Тревожно-мнительный тип, фобический вариант.*
2. *Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение, прежде всего, тревожное, угнетенность - вследствие этой тревоги. Крайним проявлением этого типа является обсессивно-фобический вариант, при котором воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.*

**ЗАДАЧА № 7**

Больная Д., 42 года, с диагнозом ИБС, стенокардия. Несмотря на частые приступы, продолжает работать. Характерно сверхответственное, одержимое отношение к работе, выраженное в еще большей степени, чем до начала болезни. Избирательно относится к обследованию и лечению, стремится во что бы то ни стало сохранить свой профессиональный статус и возможность продолжения трудовой деятельности.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте его характеристику.

***Ответ:***

1. *Эргопатический тип.*
2. *«Уход от болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях стараются, во что бы то ни стало продолжать работу. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованиям так, чтобы это оставляло возможность продолжения работы.*

**ЗАДАЧА № 8**

В онкологическую больницу поступил пациент с диагнозом рак желудка, 2 ст., с метастазами в брюшной полости. При сборе анамнестических данных, выяснено, что больной является очень общительным человеком, постоянно стремится занять главенствующее положение в любом коллективе. В больнице постоянно старается различными способами привлечь к себе внимание медицинского персонала и больных. Выставлял напоказ свои страдания. Требует признания своей исключительности.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данного больного.
2. Дайте его характеристику.

***Ответ:***

1. *Эгоцентрический тип отношения к болезни на фоне истероидной акцентуации характера.*
2. *«Уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы - все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». В других людях, также требующих внимания и заботы, видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.*

**ЗАДАЧА № 9**

Больная Н., 10 лет. Диагноз: бронхиальная астма. Ни на шаг не отпускает свою маму. Боится, что как только она останется одна, с ней случится приступ. Постоянно думает о своем заболевании. Постоянный страх девочки перед приступами мешает ей нормально учиться, общаться с друзьями.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте его характеристику.

***Ответ:***

1. *Тревожный тип.*
2. *Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение, прежде всего, тревожное, угнетенность - вследствие этой тревоги. Крайним проявлением этого типа является обсессивно-фобический вариант, при котором воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.*

**ЗАДАЧА № 10**

Больная М., 26 лет, по специальности врач. Поступила в больницу с приступом аппендицита. После операции, прошедшей успешно, больная стала требовать введения больших доз активных антибиотиков, хотя объективных показателей для их назначения не было. Неприятные ощущения в организме, связанные с периодом восстановления в послеоперационный период, больная восприняла как признаки инфицирования.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте его характеристику.

***Ответ:***

1. *Ипохондрический тип.*
2. *Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверие в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.*

**ЗАДАЧА № 11**

В клинику скорой помощи поступил К., 42 лет, доктор физико-математических наук, заведующий лабораторией, с острыми болями в эпигастральной области. Врачам быстро удалось купировать приступ. К. рассказал, что боли стали его беспокоить 2 месяца назад, но он не придавал им особого значения, поэтому не обращался к врачу, справлялся доступными способами сам. Однако стал читать специальную медицинскую литературу, пытался понять, что происходит.

После медицинского обследования К. поставили диагноз – язва желудка. Врач сказал, что необходимо оперативное вмешательство. Эту информацию К. воспринял спокойно, без каких-либо эмоциональных проявлений. Через 2 дня он стал аргументировано объяснять врачу, что сейчас не может себе позволить ложиться на операцию, лучше ее перенести, а в это время попробовать просто полечиться (об этом он читал в литературе).

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данного больного.
2. Дайте его характеристику.

***Ответ:***

1. *Это эргопатический тип реагирования пациента на болезнь.*
2. *Уход в работу, стремление продолжать работу во что бы то ни стало. Необходимо применить убеждение как метод психологического воздействия на сознание личности через обращение к ее собственному критическому суждению. Важно, чтобы слова врача были понятны больному, следует избегать профессиональной терминологии. В качестве средств убеждения можно порекомендовать аргументацию, доказательство, обоснование, опровержение.*

**ЗАДАЧА № 12**

Больные обычно держаться внешне спокойно, но высказывают много жалоб и часто импульсивны. Хотя они открыто гнева не выражают, у них может потенциально накапливаться ярость. Их поведение в целом описывается как чрезмерно адаптивное, уступчивое, ориентированное на социальный успех со стремлением сдерживания как положительных, так и отрицательных аффектов.

**Вопросы:**

1. О каком психосоматическом заболевании идет речь. К какому типу психосоматических расстройств по М. Блейеру оно относится?
2. Дайте характеристику внутриличностного конфликта при этом заболевании.

***Ответ:***

1. *Гипертоническая болезнь*
2. *Характерен внутренний конфликт между нацеленностью личности на прямоту и честность в общении и вежливостью, учтивостью, тенденции к избеганию конфликтов. В условиях стресса такой человек склонен сдерживать собственную раздражительность и подавлять желание ответить обидчику. Это заболевание относится к группе психосоматозов, т.е. к классическим психосоматическим расстройствам.*

**ЗАДАЧА № 13**

Считается, что для этих больных характерна повышенная потребность в зависимости. По мнению Ф. Александер, у них выражена сильная бессознательная потребность в защите и ласке со стороны матери (или лица, ее заменяющего). Приступы болезни развиваются при фрустрации этой потребности. Больные находятся в состоянии внутреннего конфликта между желанием завоевывать доверие и страхом перед этим.

**Вопросы:**

1. О каком психосоматическом заболевании идет речь?
2. Какие особенности личности могут способствовать возникновению заболевания?

***Ответ:***

1. *Бронхиальная астма.*
2. *Для преморбидной личности характерны низкая самооценка, снижение уровня социальных контактов, эмоциональные трудности, включающие проблемы энергии и самоуверенности.*

**Задача № 14**

Студент Л. медицинского университета, 22 лет, проходит обследование по поводу бронхиальной астмы. Из анамнеза известно, что болен в течение 12 лет, приступы беспокоят 2-3 раза в год. Летом, как правило, приступов нет. Рос и воспитывался в неполной семье. Мать развелась с отцом, когда Л. было 4 года. Мать гипернормативная, гиперопекающая, работает участковым терапевтом.

***Вопросы:***

1. Охарактеризуйте с позиции биопсихосоциального подхода заболевание пациента.

2. Дайте характеристику семейной системы.

3. Дайте характеристику стилю воспитания в семье.

4.Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется данному больному?

**Задача № 15**

Больная 37 лет поступила в стационар с жалобами на периодическое ухудшение состояния, особенно в вечерние и ночные часы или после психоэмоционального перенапряжения. При этом возникает боль и "замирание" в области сердца, ощущение "перебоев", чувство давления в области грудной клетки, головокружение, тошнота, слюнотечение, ощущение жара, потливость, повышенное выделение мочи.

***Вопросы:***

1. Какие рабочие гипотезы могут возникнуть у клинического психолога?

2. Какой план обследования может быть предложен данной пациентке?

3. О каком варианте вегетативных кризов может идти речь?

4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется больной?

**Задача № 16**

Мальчик А., 5 лет был направлен на консультацию к психотерапевту по поводу энкопреза. Из анамнеза известно, что он был рожден вне брака, отца не знает, проживал все время вдвоем с матерью. Когда А. было 4 года, мать вышла замуж. Через несколько недель после этого у ребенка появились клинические признаки энкопреза. Мать встревожена этим, в течение года безуспешно пытается лечить ребенка у разных специалистов, ссорится с мужем, который крайне негативно воспринимает симптомы заболевания.

***Вопросы:***

1. Кто является идентифицированным пациентом?
2. Какие данные свидетельствуют о психосоматическом варианте заболевания у данного пациента?
3. Назовите симптом семейной системы. Какую функцию он выполняет в данной семье?
4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется данному больному?

**Задача № 17**

Больная 28 лет жалуется на периодически возникающие приступообразные ухудшения состояния, проявляющиеся учащением пульса, сухостью во рту, повышением АД, онемением и похолоданием конечностей, ознобом, обильным выделением бесцветной мочи.

***Вопросы:***

1. Какие рабочие гипотезы могут возникнуть у клинического психолога?

2. Какой план обследования может быть предложен данной пациентке?

3. О каком варианте вегетативных кризов может идти речь?

4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется больной?

**Задача № 18**

Больная 37 лет старается подробно описать проявления своего заболевания, обращает внимание врача на состояние своего сердца, но затрудняется при описании характера боли в области сердца "…что-то расширяется, давит…". Выявлен плохой сон, утомляемость, тяжесть пробуждения, улучшение самочувствия во второй половине дня. В беседе женщина пессимистически оценивает свое прошлое и настоящее, будущее представляется ей бесперспективным.

***Вопросы:***

1. Какой диагноз наиболее вероятен?

2. Какие данные свидетельствуют о психосоматической природе заболевания у данной пациентки?

3.Охарактеризуйте с позиции биопсихосоциального подхода заболевание пациентки.

4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется больной?

**Задача № 19**

Девушка 15-ти лет требует у родителей денег на проведение пластической операции по изменению формы носа - "громадного и уродливого", по ее мнению и "вполне милого", по мнению ее семьи и друзей.

***Вопросы:***

1. Какие рабочие гипотезы могут возникнуть у клинического психолога? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

2. Какой план обследования может быть предложен данной пациентке?

3. Какой интрапсихический конфликт может лежать в основе данных жалоб больной?

4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется больной?

**Задача № 20**

У женщины 23 лет повторяющиеся приступы удушья в форме шумного свистящего дыхания, сопровождающиеся чувством сдавления в горле и страхом смерти. Приступ продолжается 1-2 минуты, после его окончания отмечается отрыжка воздухом. При ларинго- и бронхоскопии органической патологии не выявлено.

***Вопросы:***

1. Какой диагноз наиболее вероятен ?

2. Какие данные свидетельствуют о психосоматическом варианте заболевания у данной пациентки?

3. Какой план обследования может быть предложен данной пациентке?

4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется больной?

**Задача № 21**

Мать больной М., 2 мес предъявляет жалобы на периодически возникающее вздутие живота у ребенка, сопровождающееся криком, плачем, затруднением отхождения газов. Приступы повторяются 4-5 раз в неделю, не зависят от времени суток, продолжаются около 2-х часов. При этом наибольший эффект оказывает поглаживание матерью живота больной или ее покачивание в положении "под грудью". Семья проживает в 2-х комнатной квартире с родителями мужа. Муж приходит с работы поздно, часто по этому поводу вечером происходят конфликты.

***Вопросы:***

1. Какой диагноз у больной М. наиболее вероятен ?

2. Какие данные свидетельствуют о психосоматическом варианте заболевания у данной пациентки?

3. Какой план обследования может быть предложен данной пациентке?

4. Какое направление психокоррекции и психотерапии требуется данной семье?

**Задача № 22**

Врач просит лечащего врача сообщить ему сведения о прогнозе серьезного заболевания одного пожилого больного, живущего по соседству с ним и в настоящее время попавшего в больницу. При дальнейшем разговоре оказалось, что врач, просивший информацию, лично не знает этого больного, не лечит его, но его соседи настаивают, чтобы он узнал о состоянии больного, так как у них имеются определенные планы и притязания на его квартиру.

**Вопросы:**

1. Может ли лечащий врач сообщить коллеге интересующую его информацию?
2. Какой принцип нарушается?
3. Дайте определение этого принципа.

***Ответ:***

1. *Нет.*
2. *Будет нарушен принцип конфиденциальности в медицине.*
3. *Вся информация о болезни и личной и жизни пациента является врачебной тайной и не может разглашаться третьим лицам.*

**Задача № 23**

Метод групповой психотерапии, представляющий собой ролевую игру, в ходе которой создаются необходимые условия для спонтанного выражения чувств, связанных с наиболее важными для пациента проблемами. Человек, исполняя различные роли, получает возможность экспериментировать с реалистичными и нереалистичными жизненными ролями, творчески работать над собственными проблемами и конфликтами. В ходе разыгрывания ситуаций возникают спонтанность, креативность, подлинная эмоциональная связь между участниками ситуации, катарсис, способствующие развитию творческой активности и достижению инсайта. Все это создает благоприятную основу для творческого переосмысления собственных проблем и конфликтов, выработки более глубокого и адекватного самопонимания, преодоления неконструктивных поведенческих стереотипов и способов эмоционального реагирования, формирования нового, адекватного поведения и новых способов эмоционального реагирования.

**Вопросы:**

1. Определите, о каком методе психотерапии идет речь.
2. К какому направлению психотерапии он относится?

***Ответ:***

1. *Это психодрама.*
2. *Относится к экзистенциально-гуманистическому (опытному) направлению психотерапии. Элементы П. входят в поведенческую психотерапию, социально-психологический тренинг, деловые игры[[2]](#footnote-2).*

**Задача № 24**

Согласно концепции, лежащей в основе этого метода психотерапии, человек запрограммирован «ранними решениями» в отношении жизненной позиции. Он проживает свою жизнь по «сценарию», написанному при самом активном участии его близких, прежде всего родителей, принимает решения в настоящем, основанные на стереотипах, которые когда-то были необходимы для его психологического выживания, но теперь чаще всего бесполезны. Основная цель психотерапевтического процесса — реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций, осознания непродуктивных стереотипов поведения, мешающих принятию адекватных настоящему моменту решений, формирование новой системы ценностей исходя из собственных потребностей и возможностей.

**Вопросы:**

1. Определите, о каком методе психотерапии идет речь.
2. Какие этапы он в себя включает?

***Ответ:***

1. *Трансактный анализ.*
2. *Трансактный анализ включает в себя:*

*1) структурный анализ — анализ структуры личности;*

*2) анализ трансакций — вербальных и невербальных взаимодействий между людьми;*

*3) анализ психологических игр — скрытых трансакций, приводящих к желаемому исходу (выигрышу);*

*4) анализ сценария (скрипт-анализ) — индивидуального жизненного сценария, которому человек невольно следует.*

**Задача № 25**

В основе этого метода психотерапии лежит предположение о том, что человеческий организм, мозг подобны компьютеру, имеющему набор программ. Помимо генетического программирования, формирование «программ» стереотипов поведения и жизнедеятельности в целом осуществляется путем закрепления внушений значимых лиц, самопрограммирования и стрессовых переживаний, сопровождающихся трансовыми состояниями сознания. Большая часть «программы» не осознается и не предъявляется в речи, но отражена в глубинных речевых структурах. Важную информацию «программы» подготовленный наблюдатель может считывать, задавая целенаправленно сформулированные вопросы и ориентируясь на специфические (формальные) языковые структуры и индивидуальные невербальные проявления в ответе человека.

**Вопросы:**

1. Определите, о каком методе психотерапии идет речь.
2. Какие техники здесь используются?

***Ответ:***

1. *Нейролингвистическое программирование.*
2. *Применяются и описаны техники «взмаха» («свиста»), рефрейминга, «якоря», аудиально-кинестетической и визуально-кинестетической диссоциации, изменения личной истории и др.*

**ВАРИАНТЫ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

**ВАРИАНТ № 1**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Архетипы - это все перечисленное, за исключением (К.Юнг) |
| А | некоторых вполне определенных мифологических образов и мотивов |
| Б | "архаических остатков" (З.Фрейд) |
| В | часто наблюдаемых в снах элементов, не индивидуальных и не выводимых из личного опыта сновидца |
| Г | "первобытных образов" (К.Юнг) |
|  |  |
| 2 | Леонгард (1976) предложил и описал следующие типы акцентуированных личностей |
| А | гипертимический и аффективно-лабильный |
| Б | циклоидный |
| В | сенситивный |
| Г | шизоидный |
|  |  |
| 3 | В классификации типов акцентуаций характера по Личко выделяют |
| А | лабильный |
| Б | эмотивный |
| В | интровертированный |
| Г | демонстративный |
|  |  |
| 4 | В структуре личности, по Юнгу, существуют все следующие основные компоненты, кроме |
| А | архитипа и расового бессознательного |
| Б | личного бессознательного |
| В | коллективного бессознательного |
| Г | сознания |
|  |  |
| 5 | По Хорни, человеком управляют следующие основные тенденции |
| А | стремление к удовлетворению своих желаний и стремление к безопасности |
| Б | либидо |
| В | врожденная агрессивность |
| Г | генетическое стремление к власти |
|  |  |
| 6 | По Фромму, "социальный характер" формируется непосредственно |
| А | общественной адаптацией уже существующих человеческих потребностей |
| Б | обществом |
| В | идеологией |
| Г | культурой |
|  |  |
| 7 | Основными моментами (звеньями) в концепции личности Роджерса являются все перечисленное, кроме |
| А | врожденной агрессивности человека |
| Б | категории самооценки |
| В | перенесения ребенком источника оценок на других людей |
| Г | ситуации, в результате которой ребенок "предает мудрость своего организма" и ведет себя так, как принято, чтобы не потерять любовь окружающих |
|  |  |
| 888 | Олпорт выделяет следующие черты, свойственные здоровой личности |
| А | постоянный процесс индивидуализации |
| Б | вытеснение |
| В | проекция |
| Г | сублимация |
|  |  |
| 9 | Основными положениями концепции личности Маслоу являются все перечисленные, кроме |
| А | оздоровление общества - это укрощение агрессии и либидо |
| Б | человек и животное изначально добры |
| В | человек обязан быть тем, чем он может стать |
| Г | потребности в самоактуализации у невротиков не возникает |
|  |  |
| 10 | Основными положениями экзистенциальной теории в обобщенной форме являются (по Б.В.Зейгарник) все перечисленные, исключая |
| А | структура человеческой личности (данный характерологический склад) генетически предопределена; психопатологическое видение людей и человеческих отношений |
| Б | человеческая психика, сознание не могут быть сведены к физиологическим механизмам |
| В | человек не может рассматриваться изолированно от окружающего мира, с которым он находится в постоянном взаимодействии |
| Г | специфически человеческим является "рефлектирующее" сознание, посредством которого человек высвобождается из ситуации и противостоит ей |

**ВАРИАНТ № 2**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Терапия творческим самовыражением предназначена прежде всего |
| А | для пациентов с дефензивными расстройствами пограничного регистра |
| Б | для пациентов с художественными творческими способностями |
| В | для остропсихотических пациентов |
| Г | для пациентов с агрессивными тенденциями |
|  |  |
| 2 | Арттерапия в международном понимании - это |
| А | лечение изобразительным творчеством |
| Б | лечение творчеством в широком смысле |
| В | лечение игровым искусством |
| Г | лечение общением с живописью |
|  |  |
| 3 | Существо арттерапии Ноомберг состоит |
| А | в психоаналитическом раскрытии, осознании глубинных конфликтов пациентов с помощью визуального их выражения |
| Б | в подробном клиническом воздействии на пациента с помощью духовной культуры |
| В | в вовлечении пациентов в художественное творчество с целью выяснить свои характерологические особенности |
| Г | в религиозном объяснении спонтанных рисунков пациентов |
|  |  |
| 4 | Существо, цель гештальтункстерапии (по Биньеку) состоит |
| А | в терапевтическом психоаналитическом вмешательстве в душевное состояние пациентов через изобразительное поведение, с помощью целостных образов |
| Б | в свободном, ничем не сдерживаемом чувствовании, поведении пациента, например, среди красивой природы, красивых обнаженных человеческих тел в бассейне и т.д. - для смягчения душевного напряжения в чувственно-образном переживании-просветлении |
| В | в пробуждении организмических процессов участников группы путем поощрения, расширения осознания и продвижения по направлению достижения зрелости |
| Г | в лечебном конфликте между "нападающим" и "защищающимся" |
|  |  |
| 5 | Игра (игровая деятельность), по Вольперту, включает все перечисленное, кроме |
| А | деятельности, в которой отсутствует переживание реальности создавшейся ситуации, постоянно отчетливое переживание условности |
| Б | обязательных условных обстоятельств |
| В | возможности переживать удачи, успех в борьбе |
| Г | определенных правил |
|  |  |
| 6 | Психодрама (по Морено) - это |
| А | своеобразная импровизированная инсценировка, воспроизводящая взаимоотношения в той малой социальной группе, в которой пациент живет, работает и не смог приспособиться, в виде драматического действия; инсценировка, в которой пациент может поменяться своей ролью с кем-либо из участников группы |
| Б | Фрейдовский психоанализ, воплощенный в игре |
| В | инсценировка, в которой играют роли только пациенты, а не актеры-профессионалы |
| Г | инсценировка, в которой близкие, друзья, сослуживцы пациента игрового участия не принимают, они только зрители |
|  |  |
| 7 | Особенности имаготерапии Вольперта включают все перечисленное, за исключением |
| А | пациенты должны играть только положительных героев |
| Б | обязателен здесь курс углубленной индивидуальной психотерапии |
| В | игровая психотерапия здесь перерастает в творческую, в искусство создания художественных сценических образов |
| Г | завершающий этап протекает как реабилитационная работа лечебной драматической студии |
|  |  |
| 8 | При наркопсихотерапии одновременно используется |
| А | внушение врача и действие барбитуратов |
| Б | моменты культтерапии |
| В | рациональная психотерапия (по Панкову) |
| Г | некоторые модификации аутогенной тренировки |
|  |  |
| 9 | Противопоказаниями к применению наркопсихотерапии являются |
| А | острый гепатит, цирроз печени, кахексия |
| Б | ананкастическая конституция |
| В | астенизация |
| Г | пожилой возраст |
|  |  |
| 10 | Наркоанализ широко используется |
| А | при моторных и сенсорных истерических расстройствах |
| Б | при сверхценных идеях ревности у эпилептиков |
| В | при психоастенических ипохондрических расстройствах |
| Г | при частых взрывах у возбудимых психопатов |
|  |  |

**ВАРИАНТ № 3**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | К основным общим факторам в психотерапевтических воздействиях, без знания которых едва ли возможен правильный учет эффективности психотерапии, относится все перечисленное, за исключением (Б.Д.Карвасарский, 1985) |
| А | характерологической совместимости психотерапевта с пациентом (подобие, созвучие в каких-то гранях их характерологических радикалов) и бескорыстной доброты психотерапевта |
| Б | оперативной модификации поведения больного за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с психотерапевтом |
| В | убеждения и внушения, явного или скрытого |
| Г | приобретения социальных навыков на модели психотерапевта |
|  |  |
| 2 | Анализ результатов психофизиологических, биологических исследований,проведенных в клинике неврозов и психотерапии Института Бехтерева, убеждает в том, что (Б.Д.Карвасарский, 1985) |
| А | имеется отчетливая зависимость между степенью выраженности q-ритма на ЭЭГ, интенсивностью КГР и ЭЭГ-реакцией на эмоционально значимые слова, повышением содержания адреналина и норадреналина, а также высокими показателями клинических субшкал активности, раздражительности, концентрации внимания и тревожности |
| Б | у больных неврозами обнаруживается определенные изменения в системе эндорфинов, энкефалинов |
| В | лечебный сдвиг регистрируется только на вегетосоматическом уровне |
| Г | благотворные изменения, происходящие с невротиком, обнаруживаются в обмене холестерина |
|  |  |
| 3 | К критериям психиатрического клиницизма относится все перечисленное, кроме (М.Е.Бурно, 1989) |
| А | работы с достаточно выраженными клиническими душевными расстройствами |
| Б | осознанного ощущения единства дела и духа и отчетливого видения-чувствования биологической базы во всякой, даже самой одухотворенно-тонкой душевной патологии (первичность материи по отношению к духу, не существующему без материи) |
| В | серьезного, насущного внимания к личностной почве |
| Г | убежденности в эволюционном единстве всего живого, что ясно видится и во многих душевных расстройствах |
|  |  |
| 4 | Особенность клинической психотерапии состоит в том, что (М.Е.Бурно, 1989) |
| А | психотерапевт с глубоким доверием, вниманием исследует, как лечит сама природа, помогая ей защищаться совершеннее; будучи клиницистом, сообразует свое психотерапевтическое воздействие с клинической картиной |
| Б | истинной, подлинной психотерапией считается лечение внушением, гипнозом, разъяснением и убеждением |
| В | это лечение довольно тяжелых больных в клинике или врачебной амбулатории (в отличие от психокоррекции) |
| Г | для клинического психотерапевта имеет смысл вопрос, какой психотерапевтический метод сильнее, лучше вообще |
|  |  |
| 5 | Появление оговорки происходит обычно по причине (З.Фрейд) |
| А | противодействия двух различных измерений |
| Б | соматических расстройств (например, нарушение кровообращения) |
| В | возбуждения, расстройства внимания |
| Г | утомления, рассеянности |
|  |  |
| 6 | Страдающий навязчивым состоянием невротик обычно исходно отличается всем перечисленным, за исключением (З.Фрейд) |
| А | несложного и недалекого ума, детского легкомыслия |
| Б | весьма энергичного характера |
| В | упрямства |
| Г | чрезмерной совестливости |
|  |  |
| 7 | Смысл симптома включает все перечисленное, кроме (З.Фрейд) |
| А | как выражает собой защитно-приспособительные силы природы и каков по своему происхождению - процессуальный или невротический |
| Б | куда или к чему ведет |
| В | впечатления и переживания, от которых он исходит |
| Г | откуда он берется |
|  |  |
| 8 | Цель навязчивого симптома зависит прежде всего от (З.Фрейд) |
| А | бессознательного |
| Б | образованности пациента |
| В | религиозности пациента |
| Г | нозологической окраски |
|  |  |
| 9 | Вытесненные душевные движения - это душевные движения (З.Фрейд) |
| А | не допущенные стражем из бессознательного в предсознательное |
| Б | стеснительного человека, осознающего свою стеснительность как нравственно-этическое, благородное свойство души |
| В | в которых ясно видится аффективно-аккумулятивная пропорция |
| Г | которые страж пропустил через порог, но они все равно не осознаются |
|  |  |
| 10 | Из нижеследующих понятий понимания душевной жизни более оправданны все следующие, кроме (З.Фрейд) |
| А | подсознательного и внутрисознательного |
| Б | бессознательного |
| В | предсознательного |
| Г | сознательного |

**ВАРИАНТ № 4**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Леонгард (1976) предложил и описал следующие типы акцентуированных личностей |
| А | гипертимический и аффективно-лабильный |
| Б | циклоидный |
| В | сенситивный |
| Г | шизоидный |
|  |  |
| 2 | В классификации типов акцентуаций характера по Личко выделяют |
| А | лабильный |
| Б | эмотивный |
| В | интровертированный |
| Г | демонстративный |
|  |  |
| 3 | В структуре личности, по Юнгу, существуют все следующие основные компоненты, кроме |
| А | архитипа и расового бессознательного |
| Б | личного бессознательного |
| В | коллективного бессознательного |
| Г | сознания |
|  |  |
| 4 | По Хорни, человеком управляют следующие основные тенденции |
| А | стремление к удовлетворению своих желаний и стремление к безопасности |
| Б | либидо |
| В | врожденная агрессивность |
| Г | генетическое стремление к власти |
|  |  |
| 5 | По Фромму, "социальный характер" формируется непосредственно |
| А | общественной адаптацией уже существующих человеческих потребностей |
| Б | обществом |
| В | идеологией |
| Г | культурой |
|  |  |
| 6 | Основными моментами (звеньями) в концепции личности Роджерса являются все перечисленное, кроме |
| А | врожденной агрессивности человека |
| Б | категории самооценки |
| В | перенесения ребенком источника оценок на других людей |
| Г | ситуации, в результате которой ребенок "предает мудрость своего организма" и ведет себя так, как принято, чтобы не потерять любовь окружающих |
|  |  |
| 7 | Олпорт выделяет следующие черты, свойственные здоровой личности |
| А | постоянный процесс индивидуализации |
| Б | вытеснение |
| В | проекция |
| Г | сублимация |
|  |  |
| 8 | Основными положениями концепции личности Маслоу являются все перечисленные, кроме |
| А | оздоровление общества - это укрощение агрессии и либидо |
| Б | человек и животное изначально добры |
| В | человек обязан быть тем, чем он может стать |
| Г | потребности в самоактуализации у невротиков не возникает |
|  |  |
| 9 | Основными положениями экзистенциальной теории в обобщенной форме являются (по Б.В.Зейгарник) все перечисленные, исключая |
| А | структура человеческой личности (данный характерологический склад) генетически предопределена; психопатологическое видение людей и человеческих отношений |
| Б | человеческая психика, сознание не могут быть сведены к физиологическим механизмам |
| В | человек не может рассматриваться изолированно от окружающего мира, с которым он находится в постоянном взаимодействии |
| Г | специфически человеческим является "рефлектирующее" сознание, посредством которого человек высвобождается из ситуации и противостоит ей |
|  |  |
| 10 | Основными положениями "понимающей психологии" Шпрангера являются все перечисленные, кроме |
| А | психическое "излучается" врожденным, биологическим темпераментом; психическое - это сопереживание |
| Б | психическое сводится к интуитивному пониманию "модулей действительности жизни" |
| В | психическое сводится к интуитивному пониманию "модулей действительности жизни" |
| Г | структура отдельной личности соотносится с духовными ценностями, культурой общества |

**ФЕДАРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Направление подготовки специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина «Психотерапия в клинике внутренних болезней»**

ЗАЧЁТНЫЙ БИЛЕТ № 1

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №3 /**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1.Психотерапия как основной метод в комплексе лечения соматических расстройств психогенного происхождения

2.Методы психотерапии в комплексе лечения

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Ситуационная Задача № 25

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | **ПК-1:** готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление  здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения  и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека  факторов среды его обитания | **Знать** основные этапы развития учения о психосоматических расстройствах; цели, предмет и задачи психодиагностики, психокоррекции, психотерапии и психопрофилактики при психосоматических и соматических расстройствах; современные направления исследований в этой области; отечественные классификации в сопоставлении с МКБ. | Вопросы № 1-79  Тесты варианты №1-4 |
| **Уметь** оценивать роль психологических и социальных факторов в происхождении и развитии соматических и психосоматических расстройств с учетом состояния конкретного пациента; планировать психодиагностическое обследование пациента с целью дифференциальной диагностики и реализации психокоррекционных, психотерапевтических, реабилитационных, психопрофилактических мероприятий. | Практические задания  Ситуационные задачи  №1-25 |
| **Владеть** навыками практической работы с больными психосоматического профиля, оказания им психиатрической помощи и профилактики психосоматических расстройств. | Практические задания  Ситуационные задачи  №1-25 |
| 2 | **ПК-6:** готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в психотерапевтической медицинской  помощи | **Знать** основные этапы развития теории и практики в клинике внутренних болезней, её цели, предмет и задачи; современные направления исследований; семиотику; клинические проявления основной патологии, принципы фармакотерапии внутренних болезней; роль и место психотерапевта в системе терапии внутренних болезней; особенности психотерапевтической помощи при наиболее распространенных заболеваниях. | Вопросы № 1-79  Тесты варианты №1-4 |
| **Уметь** оценивать роль психологических и социальных факторов в возникновении и развитии заболевания у конкретного больного, планировать психодиагностическое обследование, планировать и проводить психокоррекционные и реабилитационные мероприятия на основе психотерапии. | Практические задания  Ситуационные задачи  №1-25 |
| **Владеть** практическими навыками психологического консультирования пациента в клинике внутренних болезней; планировать мероприятия по психосоциальной реабилитации, восстановительному обучению и психологической коррекции при наиболее распространенных заболеваниях с использованием современных методов психотерапии. | Практические задания  Ситуационные задачи  №1-25 |

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)