федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ**

**«КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА:ПСИХОТЕРАПИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ И СОСТОЯНИЙ»**

по специальности ординатуры

31.08.22. «Психотерапия»

(код, наименование направления подготовки (специальности))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование практики)

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.08.22 Психотерапия,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от « 22 » июня 2018 г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по практике содержит типовые контрольно-оценочные материалы для контроля сформированных в процессе прохождения практики результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по данному виду практики, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности умений, навыков и практического опыта по каждой компетенции, установленной в программе практики.

В результате прохождения практики 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-5: г**отовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

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

**ПК-7:** готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

**ПК-8:** готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации.

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование компетенции | Индикатор достижения 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; | **Уметь** определять склонность, предрасположенность, предвестники, начальные признаки и оказывать учреждающую помощь по поводу кризисных расстройств, обеспечить своевременность лечения в амбулаторных или стационарных условиях. |
| **Владеть** навыками оказания помощи по поводу кризисных расстройств и обеспечение своевременности лечения в амбулаторных или стационарных условиях. |
| **Иметь практический опыт** оказания помощи по поводу кризисных расстройств. |
| **ПК-5: г**отовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; | **Уметь** в условиях внебольничной практики и в клинике распознавать стрессовые и кризисные расстройства, оценивать их причину и прогноз, диагностировать типологию личностного кризиса, адаптивный потенциал личности и мотивы больного. |
| **Владеть** навыками оказания неотложной помощи в стрессовых, кризисных ситуациях, в случаях дезадаптивного реагирования и поведения, а также в случаях с депрессивной реакциях с угрозой суицида. |
| **Иметь практический опыт** оказания неотложной помощи в стрессовых, кризисных ситуациях, в случаях дезадаптивного реагирования и поведения, а также в случаях с депрессивной реакциях с угрозой суицида. |
| **ПК-6:** готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в психотерапевтической медицинской помощи; | **Уметь** создать организационные условия для кризисной психотерапии, установить контакт с пациентом, начать психотерапевтический процесс, разработать тактику и стратегию его лечения. |
| **Владеть** алгоритмом психотерапевтическихнавыков оказания помощи пациентам в кризисных ситуациях, алгоритмом неотложной и последующей психофармакотерапией. |
| **Иметь практический опыт** оказания психотерапевтической и психофармакотерапевтической помощи в кризисных ситуациях. |
| **ПК-7:** готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации; | **Уметь** определять чрезвычайный характер тех или иных событий, характер и степень угрозы и быть готовым к оказанию поддержки и помощи нуждающимся; диагностировать тяжесть стрессового воздействия и глубину стрессового состояния пострадавших; включиться в прямое оказание лечебной помощи нуждающимся. |
| **Владеть** психотерапевтическими навыками оказания поддержки и помощи пострадавшим, в том числе с использованием неотложной психофармакотерапией. |
| **Иметь практический опыт** оказания поддержки и помощи пострадавшим, в чрезвычайных ситуациях. |
| **ПК-8:** готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации; | **Уметь** организовать и направлять психотерапевтически-реабилитационным процесс, проводить личностно-реконструктивную и восстановительную психотерапию, повышать адаптивный потенциал и тренировать механизмы совладающего поведения. |
| **Владеть** навыками проведения личностно-реконструктивной и восстановительной психотерапией с целью реабилитации. |
| **Иметь практический опыт** проведения личностно-реконструктивной и восстановительной психотерапии с целью реабилитации. |

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

Промежуточная аттестация по практике в форме зачета проводится по зачетным билетам *(в устной форме, в письменной форме, по вариантам, в форме демонстрации практических навыков и т.п.)*

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

*(Расчет дисциплинарного рейтинга по практике осуществляется следующим образом:*

*Рд=Рт+Рб+Рз,*

***Рб -*** *бонусный фактический рейтинг ;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

***Рт -*** *текущий фактический рейтинг)*

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

**Критерии оценивания на зачете по практике**

**Оценка «отлично»** Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 90 %).

**Оценка «хорошо**» 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. (Тест: количество правильных ответов> 70 %).

**Оценка «удовлетворительно»** Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 50 %).

**Оценка «неудовлетворительно»** 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. (Тест: количество правильных ответов <50 %).

**Практические задания для проверки сформированных умений, навыков, приобретенного практического опыта**

***Упражнение №1 Техники экстренной психологической помощи***

У человека в экстремальной ситуации могут появляться следующие симптомы (Крюкова и др., 2001):

• бред

• галлюцинации

• апатия

• ступор

• двигательное возбуждение

• агрессия

• страх

• истерика

• нервная дрожь

• плач

Помощь психолога в данной ситуации заключается, в первую очередь, в создании условий для нервной «разрядки».

***Упражнение № 2 Бред и галлюцинации.***

Критическая ситуация вызывает у человека мощный стресс, приводит к сильному нервному напряжению, нарушает равновесие в организме, отрицательно сказывается на здоровье в целом – не только физическом, но и психическом тоже. Это может обострить уже имеющееся психическое заболевание.

К основным признакам бреда относятся ложные представления или умозаключения, в ошибочности которых пострадавшего невозможно разубедить.

Галлюцинации характеризуются тем, что пострадавший переживает ощущение присутствия воображаемых объектов, которые в данный момент не воздействуют на соответствующие органы чувств (слышит голоса, видит людей, чувствует запахи и прочее).

В данной ситуации:

1. Обратитесь к медицинским работникам, вызовите бригаду скорой психиатрической помощи.

2. До прибытия специалистов следите за тем, чтобы пострадавший не навредил себе и окружающим. Уберите от него предметы, представляющие потенциальную опасность.

3. Изолируйте пострадавшего и не оставляйте его одного.

4. Говорите с пострадавшим спокойным голосом. Соглашайтесь с ним, не пытайтесь его переубедить. Помните, что в такой ситуации переубедить пострадавшего невозможно.

***Упражнение №3 Апатия***

Может возникнуть после длительной напряженной, но безуспешной работы; или в ситуации, когда человек терпит серьезную неудачу, перестает видеть смысл своей деятельности; или когда не удалось кого-то спасти, и попавший в беду близкий погиб.

Наваливается ощущение усталости – такое, что не хочется ни двигаться, ни говорить, движения и слова даются с большим трудом.

В душе – пустота, безразличие, нет сил даже на проявление чувств. Если человека оставить без поддержки и помощи в таком состоянии, то апатия может перейти в депрессию (тяжелые и мучительные эмоции, пассивность поведения, чувство вины, ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей, бесперспективность и т.д.).

В состоянии апатии человек может находиться от нескольких часов до нескольких недель.

Основными признаками апатии являются:

• безразличное отношение к окружающему;

• вялость, заторможенность;

• медленная, с длинными паузами, речь.

В данной ситуации:

1. Поговорите с пострадавшим. Задайте ему несколько простых вопросов: «Как тебя зовут?»; «Как ты себя чувствуешь?»; «Хочешь есть?».

2. Проводите пострадавшего к месту отдыха, помогите удобно устроиться (обязательно снять обувь).

3. Возьмите пострадавшего за руку или положите свою руку ему на лоб.

4. Дайте пострадавшему возможность поспать или просто полежать.

5. Если нет возможности отдохнуть (происшествие на улице, в общественном транспорте, ожидание окончания операции в больнице), то больше говорите с пострадавшим, вовлекайте его в любую совместную деятельность (прогуляться, сходить выпить чаю или кофе, помочь окружающим, нуждающимся в помощи).

***Упражнение №4 Ступор.***

Ступор – одна из самых сильных защитных реакций организма. Она наступает после сильнейших нервных потрясений (взрыв, нападение, жестокое насилие), когда человек затратил на выживание столько энергии, что сил на контакт с окружающим миром уже нет.

Ступор может длиться от нескольких минут до нескольких часов. Поэтому, если не оказать помощь и пострадавший пробудет в таком состоянии достаточно долго, это приведет к его физическому истощению. Так как контакта с окружающим миром нет, пострадавший не заметит опасности и не предпримет действий, чтобы ее избежать.

Основными признаками ступора являются:

• резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи;

• отсутствие реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновения, щипки);

• «застывание» в определенной позе, оцепенение (numbing), состояние полной неподвижности;

• возможно напряжение отдельных групп мышц.

В данной ситуации:

1. Согните пострадавшему пальцы на обеих руках и прижмите их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу.

2. Кончиками большого и указательного пальцев массируйте пострадавшему точки, расположенные на лбу, над глазами ровно посредине между линией роста волос и бровями, четко над зрачками.

3. Ладонь свободной руки положите на грудь пострадавшего. Подстройте свое дыхание под ритм его дыхания.

4. Человек, находясь в ступоре, может слышать и видеть. Поэтому говорите ему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции (лучше негативные). Необходимо любыми средствами добиться реакции пострадавшего, вывести его из оцепенения.

***Упражнение №5.Двигательное возбуждение.***

Иногда потрясение от критической ситуации (взрывы, стихийные бедствия) настолько сильное, что человек просто перестает понимать, что происходит вокруг него. Он не в состоянии определить, где враги, а где помощники, где опасность, а где спасение. Человек теряет способность логически мыслить и принимать, решения, становится похожим на животное, мечущееся в клетке.

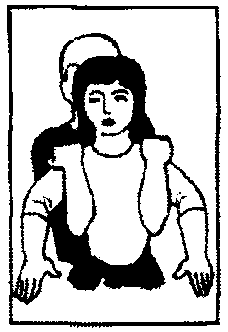
Основными признаками двигательного возбуждения являются:

• резкие движения, часто бесцельные и бессмысленные действия;

• ненормально громкая речь или повышенная речевая активность (человек говорит без остановки, иногда абсолютно бессмысленные вещи);

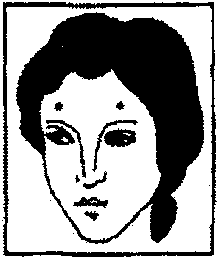
• часто отсутствует реакция на окружающих (на замечания, просьбы, приказы).

В данной ситуации:

1. Используйте прием «захват»: находясь сзади, просуньте свои руки пострадавшему под мышки, прижмите его к себе и слегка опрокиньте на себя.

2. Изолируйте пострадавшего от окружающих.

3. Массируйте «позитивные» точки. Говорите спокойным голосом о чувствах, которые он испытывает. («Тебе хочется что-то сделать, чтобы это прекратилось? Ты хочешь убежать, спрятаться от происходящего?»)

4. Не спорьте с пострадавшим, не задавайте вопросов, в разговоре избегайте фраз с частицей «не», относящихся к нежелательным действиям (например: «Не беги», «Не размахивай руками», «Не кричи»).

5. Помните, что пострадавший может причинить вред себе и другим. \*

6. Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением (см. помощь при данных состояниях).

***Упражнение №6 Агрессия.***

Агрессивное поведение – один из непроизвольных способов, которым организм человека «пытается» снизить высокое внутреннее напряжение. Проявление злобы или агрессии может сохраняться достаточно длительное время и мешать самому пострадавшему и окружающим.

Основными признаками агрессии являются:

• раздражение, недовольство, гнев (по любому, даже незначительному поводу);

• нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами;

• словесное оскорбление, брань;

• мышечное напряжение;

• повышение кровяного давления.

В данной ситуации:

1. Сведите к минимуму количество окружающих.

2. Дайте пострадавшему возможность «выпустить пар» (например, выговориться или «избить» подушку).

3. Поручите ему работу, связанную с высокой физической нагрузкой.

4. Демонстрируйте благожелательность. Даже если вы не согласны с пострадавшим, не обвиняйте его самого, а высказывайтесь по поводу его действий. Иначе агрессивное поведение будет направлено на вас. Нельзя говорить: «Что же ты за человек!» Следует сказать: «Ты ужасно злишься, тебе хочется все разнести вдребезги. Давай вместе попытаемся найти выход из этой ситуации».

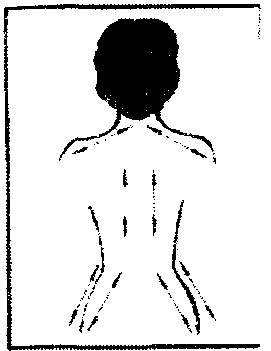
5. Старайтесь разрядить обстановку смешными комментариями или действиями.

6. Агрессия может быть погашена страхом наказания:

• если нет цели получить выгоду от агрессивного поведения;

• если наказание строгое и вероятность его осуществления велика.

7. Если не оказать помощь разъяренному человеку, это приведет к опасным последствиям: из-за снижения контроля за своими действиями человек будет совершать необдуманные поступки, может нанести увечья себе и другим.

***Упражнение №7*** ***Страх.***

Ребенок просыпается ночью от того, что ему приснился кошмар. Он боится чудовищ, которые живут под кроватью. Однажды попав в автомобильную катастрофу, мужчина не может снова сесть за руль. Человек, переживший землетрясение, отказывается идти в свою уцелевшую квартиру. А тот, кто подвергся насилию, с трудом заставляет себя входить в свой подъезд. Причиной всего этого является страх.

К основным признакам страха относятся:

• напряжение мышц (особенно лицевых);

• сильное сердцебиение;

• учащенное поверхностное дыхание;

• сниженный контроль над собственным поведением.

Панический страх, ужас может побудить к бегству, вызвать оцепенение или, наоборот, возбуждение, агрессивное поведение. При этом человек плохо контролирует себя, не осознает, что он делает и что происходит вокруг.

В этой ситуации:

1. Положите руку пострадавшего себе на запястье, чтобы он ощутил ваш спокойный пульс. Это будет для него сигналом: «Я сейчас рядом, ты не один!».

2. Дышите глубоко и ровно. Побуждайте пострадавшего дышать в одном с вами ритме.

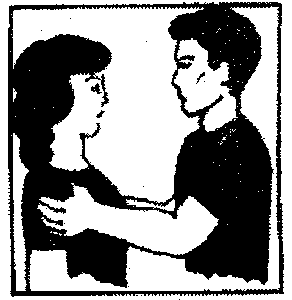
3. Если пострадавший говорит, слушайте его, выказывайте заинтересованность, понимание, сочувствие.

4. Сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

***Упражнение №8 Нервная дрожь.***

После экстремальной ситуации появляется неконтролируемая нервная дрожь (человек не может по собственному желанию прекратить эту реакцию). Так организм «сбрасывает» напряжение.

Если эту реакцию остановить, то напряжение останется внутри, в теле, и вызовет мышечные боли, а в дальнейшем может привести к развитию таких серьезных заболеваний, как гипертония, язва и др.

Основные признаки данного состояния:

• дрожь начинается внезапно – сразу после инцидента или спустя какое-то время;

• возникает сильное дрожание всего тела или отдельных его частей (человек не может удержать в руках мелкие предметы, зажечь сигарету);

• реакция продолжается достаточно долго (до нескольких часов);

• потом человек чувствует сильную усталость и нуждается в отдыхе.

В данной ситуации:

1. Нужно усилить дрожь.

2. Возьмите пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10–15 секунд.

3. Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение.

4. После завершения реакции необходимо дать пострадавшему возможность отдохнуть. Желательно уложить его спать.

5. Нельзя:

• обнимать пострадавшего или прижимать его к себе;

• укрывать пострадавшего чем-то теплым;

• успокаивать пострадавшего, говорить, чтобы он взял себя в руки.

***Упражнение №9 Плач.***

Когда человек плачет, внутри у него выделяются вещества, обладающие успокаивающим действием. Хорошо, если рядом есть кто-то, с кем можно разделить горе.

Основные признаки данного состояния:

• человек уже плачет или готов разрыдаться;

• подрагивают губы;

• наблюдается ощущение подавленности;

• в отличие от истерики, нет признаков возбуждения.

Если человек сдерживает слезы, то не происходит эмоциональной разрядки, облегчения. Когда ситуация затягивается, внутреннее напряжение может нанести вред физическому и психическому здоровью человека.

В данной ситуации:

1. Не оставляйте пострадавшего одного.

2. Установите физический контакт с пострадавшим (возьмите за руку, положите свою руку ему на плечо или спину, погладьте его по голове). Дайте ему почувствовать, что вы рядом.

3. Применяйте приемы «активного слушания» (они помогут пострадавшему выплеснуть свое горе): периодически произносите «ага», «да», кивайте головой, то есть подтверждайте, что слушаете и сочувствуете; повторяйте за пострадавшим отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства; говорите о своих чувствах и чувствах пострадавшего.

4. Не старайтесь успокоить пострадавшего. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду.

5. Не задавайте вопросов, не давайте советов. Ваша задача – выслушать.

***Упражнение №10 Истерика.***

Истерический припадок длится несколько минут или несколько часов.

Основные признаки:

• сохраняется сознание;

• чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы;

• речь эмоционально насыщенная, быстрая;

• крики, рыдания.

В данной ситуации:

1. Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Останьтесь с пострадавшим наедине, если это не опасно для вас.

2. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего).

3. Говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным тоном («Выпей воды», «Умойся»).

4. После истерики наступает упадок сил. Уложите пострадавшего спать. До прибытия специалиста наблюдайте за его состоянием.

5. Не потакайте желаниям пострадавшего.

***Упражнение №11 Экстремальные ситуации (насилие), связанные с угрозой для жизни.***

К подобным ситуациям относятся: захват террористами, ограбление, разбойное нападение.

За короткое время происходит столкновение с реальной угрозой смерти (в обыденной жизни психика создает защиту, позволяя воспринимать смерть как нечто далекое или даже нереальное). Меняется образ мира, действительность представляется наполненной роковыми случайностями. Человек начинает делить свою жизнь на две части – до события и после него. Возникает ощущение, что окружающие не могут понять его чувств и переживаний. Необходимо помнить, что даже если человек не подвергся физическому насилию, он все равно получил сильнейшую психическую травму.

Помощь взрослому:

1. Помогите пострадавшему выразить чувства, связанные с пережитым событием (если он отказывается от беседы, предложите ему описать происшедшее, свои ощущения в дневнике или в виде рассказа).

2. Покажите пострадавшему, что даже в связи с самым ужасным событием можно сделать выводы, полезные для дальнейшей жизни (пусть человек сам поразмышляет над тем опытом, который он приобрел в ходе жизненных испытаний).

3. Дайте пострадавшему возможности общаться с людьми, которые с ним пережили трагическую ситуацию (обмен номерами телефонов участников события).

4. Не позволяйте пострадавшему играть роль «жертвы», то есть использовать трагическое событие для получения выгоды («Я не могу ничего делать, ведь я пережил такие страшные минуты»).

*Помощь ребенку.* Ребенок, пережив насилие по отношению к себе или членам семьи, став свидетелем нанесения увечий другим людям, испытывает такие же сильные чувства, что и взрослый (страх повторения события, разрушение иллюзии справедливости мира, беспомощность). Прямое насилие над ребенком может оказаться психологически слишком трудным, непереносимым для него, что выразится в молчании и оцепенении.

У ребенка может зафиксироваться в памяти картина события. Он будет снова и снова представлять самые страшные моменты происшедшего (например, изуродованных, раненых людей или напавшего на него человека).

Связывая действия преступника с яростью, ненавистью, ребенок теряет веру в то, что взрослые могут справиться с собой. Он начинает бояться собственных неконтролируемых эмоций, особенно если у него есть фантазии о мести.

Ребенок может испытывать чувство вины (считать причиной события свое поведение).

Ребенок, переживший психотравмирующее событие, не видит жизненной перспективы (не знает, что будет с ним через день, месяц, год; теряет интерес к ранее привлекательным для него занятиям).

Для ребенка пережитое событие может стать причиной остановки личностного развития.

В данной ситуации:

1. Дайте ребенку понять: вы всерьез относитесь к его переживаниям и вы знали других детей, которые тоже через это прошли («Я знаю одного смелого мальчика, с которым тоже такое случилось»).

2. Создайте атмосферу безопасности (обнимайте ребенка как можно чаще, разговаривайте с ним, принимайте участие в его играх).

3. Посмотрите вместе с ребенком «хорошие» фотографии – это позволит обратиться к приятным образам из прошлого, ослабит неприятные воспоминания.

4. Сводите разговоры о событии с описания деталей на чувства.

5. Помогите ребенку выстроить жизненную перспективу (конкретные цели на конкретные сроки).

6. Повторяйте, что чувствовать беспомощность, страх, гнев совершенно нормально.

7. Повышайте самооценку ребенка (чаще хвалите его за хорошие поступки).

8. Поощряйте игры ребенка с песком, водой, глиной (помогите ему вынести вовне свои переживания в виде образов).

9. Нельзя позволять ребенку стать тираном. Не исполняйте любые его желания из чувства жалости.

***Упражнение №12 Сексуальное насилие.***

Пострадавший испытывает комплекс сильнейших переживаний: чувство вины, стыда, безысходности, невозможности контролировать и оценивать события, страх из-за того, что «все узнают», брезгливость к собственному телу.

В зависимости от того, кто явился насильником (незнакомый или знакомый), психологически ситуация воспринимается по-разному.

Если насильником был незнакомый человек, то жертва в большей степени склонна видеть причину происшедшего во внешних обстоятельствах (позднее время суток, безлюдный участок дороги и т.д.).

Если виновник – знакомый, то причину человек ищет внутри себя (характер и прочее). Стрессовая реакция после изнасилования знакомым человеком является менее острой, но длится дольше.

Желательно, чтобы помощь оказывал человек того же пола, что и потерпевший.

Помощь:

1. Не бросайтесь сразу обнимать пострадавшего. Возьмите его за руку или положите свою руку ему на плечо. Если увидите, что это человеку неприятно, избегайте телесного контакта.

2. Не решайте за пострадавшего, что ему сейчас необходимо (он должен ощущать, что не потерял контроля над реальностью).

3. Не расспрашивайте пострадавшего о подробностях происшедшего. Ни в коем случае не обвиняйте его в случившемся.

4. Дайте пострадавшему понять, что он может рассчитывать на вашу поддержку.

5. Если пострадавший начинает рассказывать о происшедшем, побуждайте говорить не столько о конкретных деталях, сколько об эмоциях, связанных с событием. Добивайтесь, чтобы он говорил: «Это не моя вина, виноват насильник»; «Было сделано все возможное в таких обстоятельствах».

6. Если пострадавший решил обратиться в милицию, идите туда вместе. При оформлении заявления, выяснении примет преступников он снова в подробностях переживет ужасную ситуацию. Ему будет необходима ваша поддержка.

**Вопросы для проверки практических знаний и умений**

1. Клиника кризисных состояний
2. Виды кризисных состояний
3. Признаки (симптомы) различных кризисных состояний
4. Тяжелая утрата и смерть, горе и скорбь
5. Смерть и умирание
6. Психология горя
7. Общие симптомы и фазы горя
8. Патологическое горе
9. Особенности работы с родственниками, перенесшими утрату
10. Формирование окружения и постоянного присутствия третьих лиц
11. Тактильный контакт и эмоциональное сопереживание с целью вызывания слез
12. Вызывание “любых” сильных чувств (злости, агрессии, ненависти и пр.)
13. Работа с иррациональным чувством вины: перенесение центра тяжести в реальность, формирование реальной вины
14. Работа, направленная на освобождение от связи с умершими, реадаптацию к окружающей реальности, формирование новых взаимоотношений
15. Работа по принятию горя и формирование свободы в проявлении чувств
16. Особенности работы с умирающими больными и их родственниками
17. Психология насилия
18. Сексуальное насилие
19. Проблема инцеста
20. Последствия сексуального насилия
21. Физическое и психическое насилие
22. Особенности клинической психодиагностики, психокоррекции, психотерапии и психопрофилактики лиц, переживших насилие
23. Возрастные и экзистенциальные кризисы, их отличие, этиопатогенез, течение и прогноз
24. Психопрофилактика, психокоррекция и психотерапия кризисных состояний
25. Особенности психотерапии при возрастных и экзистенциальных кризисах
26. Суицидологическая клиника
27. Психологический портрет суицидента, половые и возрастные особенности суицидов
28. Причины суицидального поведения
29. Динамика суицидального действия
30. Понятие антисуицидального барьера
31. Суицид как следствие соматического заболевания
32. Суицид как следствие кризисного состояния
33. Помощь при потенциальном или незавершенном суициде: психотерапия и психологическая интервенция
34. Субъективные причины суицида
35. Принятие суицидента как личности
36. Особеность применения техник активного слушания
37. Эмпатия и эмоциональная поддержка
38. Прямой расспрос о самоубийстве и его причине
39. Предложение конструктивных подходов
40. Вселение надежды
41. Оценка степени риска самоубийства
42. Кризисная психотерапия: общие принципы проведения
43. Индивидуальная, семейная и групповая кризисная формы психотерапии, принципы, методика, особенности
44. Клиника посттравматических стрессовых расстройств
45. Понятие стресса, острой и хронической психической травмы
46. Этиопатогенез ПТСР
47. Факторы, детерминирующие чувствительность человека к психическим травмам, влияние преморбидных особенностей на течение ПТСР и кризисных состояний
48. Стрессоустойчивость
49. Разновидность реакций на психическую травму
50. Прогноз и течение ПТСР
51. Хронические ПТСР
52. Осложнения ПТСР, комплексная травма
53. Особенности возникновения и течения ПТСР у детей и подростков
54. Специфика посттравматических стрессовых расстройств у жертв экологических, техногенных и военных катастроф, непосредственные и отсроченные психические реакции
55. Медико-психологическая реабилитация страдающих посттравматическими стрессовыми расстройствами

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра **психиатрии и наркологии**

направление подготовки (специальность) **31.08.22 Психотерапия**

практика **КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА: ПСИХОТЕРАПИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ И СОСТОЯНИЙ**

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1.**

**I.** Особенности работы с умирающими больными и их родственниками.

**II.** Предложение конструктивных подходов при суициде.

**III**. Упражнение № 3

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

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

**Перечень дидактических материалов для обучающихся на промежуточной аттестации.**

*(Раздел приводится при условии, когда на промежуточной аттестации обучающиеся используют дидактические материалы. Перечисляются нормативные- правовые документы, справочная литература, наглядные средства обучения, таблицы, схемы и т.д., которыми может пользоваться обучающийся на промежуточной аттестации)*

**Нормативно-правовые документы:**

1. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств: клиническое руководство/Под.ред. В.Н.Краснова, И.Я.Гуровича.- М., 1999. – 224с.
2. Программа тестовых заданий для сдачи экзамена на сертификат специалиста по психотерапии / Под ред. В.А. Ташлыкова. – СПб., 1998. – 261 с.
3. Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи
4. Гражданский Кодекс РФ, статьи – 20-40
5. Гражданский процессуальный кодекс, глава 55
6. Уголовный Кодекс РФ, гл.15 Принудительные меры медицинского характера
7. Основы законодательства РФ Об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. №5487-1
8. Закон РФ от 2 июля 1992г. №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»
9. Федеральный закон от 8 января 1998г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»
10. Федеральный закон от 21 декабря 1994г. №68
11. Федеральный закон от 31 мая 2001 г. №73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»
12. Приказ Минздрава России от 17.05.2012г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»;
13. Приказ Минздрава России от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;
14. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1226н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при депрессиях (ремиссии) в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)»;
15. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1219н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при депрессиях легкой и средней степени тяжести и смешанном тревожном и депрессивном расстройстве в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)»;
16. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1216н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)»;
17. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1466н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, органических (аффективных) расстройствах настроения»;
18. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1232н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, социальных фобиях»;
19. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1227н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, обсессивно-компульсивном расстройстве»;
20. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1234н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, посттравматическом стрессовом расстройстве»;
21. Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 800н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при специфических расстройствах личности»;
22. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1443н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ»;
23. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1131н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте».
24. Приказ Минздрава России от 16 сентября 2003 г. N 438 О ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ в целях реализации Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 г. N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, N 33, ст. 1913) и повышения качества лечения лиц, страдающих психическими расстройствами:

1.1. Положение об организации деятельности врача-психотерапевта (Приложение N 1).

1.2. Положение об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи (Приложение N 2).

1.3. Положение об организации деятельности социального работника, участвующего в оказании психотерапевтической помощи (Приложение N 3).

1.4. Положение об организации деятельности психотерапевтического кабинета (Приложение N 4).

1.5. Штатные нормативы медицинского и иного персонала психотерапевтического кабинета (Приложение N 5).

1.6. Перечень оборудования психотерапевтического кабинета (примерный) (Приложение N 6).

1.7. Положение об организации деятельности психотерапевтического отделения (Приложение N 7).

1.8. Штатные нормативы медицинского и иного персонала психотерапевтического отделения (Приложение N 8).

1.9. Перечень оборудования психотерапевтического отделения (примерный) (Приложение N 9).

1.10. Положение об организации деятельности психотерапевтического центра (Приложение N 10).

1.11. Штатные нормативы медицинского и иного персонала психотерапевтического центра (Приложение N 11).

1.12. Перечень оборудования психотерапевтического центра (примерный) (Приложение N 12).

**Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации.**

*(Раздел приводится при условии, когда на промежуточной аттестации обучающиеся используют дополнительное оборудование. Приводится список оборудования, используемого при проведении промежуточной аттестации)*

**Таблица соответствия результатов обучения по практике 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; | **Уметь** определять склонность, предрасположенность, предвестники, начальные признаки и оказывать учреждающую помощь по поводу кризисных расстройств, обеспечить своевременность лечения в амбулаторных или стационарных условиях. | Вопросы № 17-22, 26,44,48 |
| **Владеть** навыками оказания помощи по поводу кризисных расстройств и обеспечение своевременности лечения в амбулаторных или стационарных условиях. | Упражнения №1-12 |
| **Иметь практический опыт** оказания помощи по поводу кризисных расстройств. | Упражнения №1-12 |
| **2** | **ПК-5: г**отовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; | **Уметь** в условиях внебольничной практики и в клинике распознавать стрессовые и кризисные расстройства, оценивать их причину и прогноз, диагностировать типологию личностного кризиса, адаптивный потенциал личности и мотивы больного. | Вопросы № 7-16, 49-54 |
| **Владеть** навыками оказания неотложной помощи в стрессовых, кризисных ситуациях, в случаях дезадаптивного реагирования и поведения, а также в случаях с депрессивной реакциях с угрозой суицида. | Упражнения №1-12 |
| **Иметь практический опыт** оказания неотложной помощи в стрессовых, кризисных ситуациях, в случаях дезадаптивного реагирования и поведения, а также в случаях с депрессивной реакциях с угрозой суицида. | Упражнения №1-12 |
| **3** | **ПК-6:** готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в психотерапевтической медицинской помощи; | **Уметь** создать организационные условия для кризисной психотерапии, установить контакт с пациентом, начать психотерапевтический процесс, разработать тактику и стратегию его лечения. | Вопросы № 7-16, 25-43 |
| **Владеть** алгоритмом психотерапевтическихнавыков оказания помощи пациентам в кризисных ситуациях, алгоритмом неотложной и последующей психофармакотерапией. | Упражнения №1-12 |
| **Иметь практический опыт** оказания психотерапевтической и психофармакотерапевтической помощи в кризисных ситуациях. | Упражнения №1-12 |
| **4** | **ПК-7:** готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации; | **Уметь** определять чрезвычайный характер тех или иных событий, характер и степень угрозы и быть готовым к оказанию поддержки и помощи нуждающимся; диагностировать тяжесть стрессового воздействия и глубину стрессового состояния пострадавших; включиться в прямое оказание лечебной помощи нуждающимся. | Вопросы № 3-9,25,28-32, 42-48 |
| **Владеть** психотерапевтическими навыками оказания поддержки и помощи пострадавшим, в том числе с использованием неотложной психофармакотерапией. | Упражнения №1-12 |
| **Иметь практический опыт** оказания поддержки и помощи пострадавшим, в чрезвычайных ситуациях. | Упражнения №1-12 |
| **5** | **ПК-8:** готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации; | **Уметь** организовать и направлять психотерапевтически-реабилитационным процесс, проводить личностно-реконструктивную и восстановительную психотерапию, повышать адаптивный потенциал и тренировать механизмы совладающего поведения. | Вопросы № 3-9,22-25,28-32, 42-48, 55 |
| **Владеть** навыками проведения личностно-реконструктивной и восстановительной психотерапией с целью реабилитации. | Упражнения №1-12 |
| **Иметь практический опыт** проведения личностно-реконструктивной и восстановительной психотерапии с целью реабилитации. | Упражнения №1-12 |