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 «Психотерапевтические основы лечения больных психиатрического и наркологического профиля»**

**31.05.01 «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»**

(код, наименование направления подготовки (специальности)

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 8 от « 25 » марта 2016 г.

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 зачёта.

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:**

*(Для ФГОС 3+)*

**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 -** готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

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 Психологические аспекты врачебной деятельности**

**Тема 1** *Проблема нормы и патологии в психиатрии*

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

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Современные концепции психического и соматического здоровья и способы его оценки.
2. Методологические основы теоретических представлений о здоровье человека в рамках существующих психологических подходов.
3. История развития индивидуальных и социальных представлений о психическом здоровье, внутренняя картина здоровья.

**Тестовый контроль**

1. Что является предметом изучения психологии здоровья:
2. самосохранение человека;
3. **здоровье человека;**
4. человек;
5. жизнь клетки;
6. сохранение физического здоровья.
7. Что является объектом изучения психологии здоровья:
8. все живое;
9. **человек;**
10. здоровый образ жизни;
11. вредные привычки;
12. стиль жизни.
13. Что не является одним из видов здоровья?
    1. соматическое;
    2. психическое;
    3. **эмоциональное;**
    4. нравственное;
    5. психологическое.
14. Здоровье -  это
    1. отсутствие болезни;
    2. состояние радости;
    3. состояние полного душевного, физического и социального благополучия;
    4. устойчивость к дестабилизирующим факторам;
    5. состояние душевного благополучия.
15. Цель науки психологии здоровья?
    1. изучение болезни;
    2. развитие интеллектуальных способностей человека;
    3. **укрепление и сохранение здоровья человека;**
    4. развитие профессиональных способностей человека;
    5. изучение психических заболеваний человека
16. Разработка концепции здоровой личности относится к:
    1. социальной психологии;
    2. патопсихологии;
    3. психологии здоровья;
    4. нейропсихологии;
    5. возрастной психологии.
17. Болезнь – это:
    1. дефекты, поломки психических функций человека;
    2. нарушения, поломки, дефекты физических и (или) психических функций, ведущих к нарушению “нормальной” жизнедеятельности;
    3. понижение приспособляемости живого организма к внешней среде;
    4. снижение трудоспособности человека на определенный момент времени;
    5. процесс, возникающий в результате воздействия на организм вредоносного (чрезвычайного) раздражителя внешней среды, характеризующийся понижением защитных функций организма.
18. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ – ЭТО:
19. обобщенный образ нормального или ненормального состояния;
20. субъективное переживание человеком уровня своего здоровья;
21. осознание своих душевных и физических возможностей, ресурсов;
22. все перечисленное;
23. ничего из перечисленного.
24. В СТРУКТУРЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ЗДОРОВЬЯ ВЫДЕЛЯЮТ УРОВНИ;
25. чувственный;
26. эмоциональный;
27. интеллектуальный;
28. мотивационный;
29. все перечисленные.
30. Понятие внутренней картины здоровья было впервые введено:
    1. В.Н. Мясищевым;
    2. В.М.Смирновым и Т.Н.Резниковой;
    3. В.Е. Каганом;
    4. Р.А. Лурией;
    5. Б.В. Зейгарник.
31. Формирование здорового образа жизни реализует следующий компонент втуренней картины здоровья:
    1. телесный;
    2. эмоциональный;
    3. когнитивный;
    4. мотивационный;
    5. слуховой.
32. МОДЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ГУМАНИСТИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:
33. Психические расстройства можно объяснить центральным дефектом, лежащим в психической сфере и вызванным каким-то не переработанным бессознательным конфликтом;
34. Путь к пониманию психических расстройств лежит через сферу переживаний больного, в этой связи нет смысла искать причины, главную роль играют описания состояния и классификация этих состояний;
35. Отклонения поведения не являются следствием дефекта в самой личности, они результат прямого воздействия неблагоприятных условий окружающей среды, регулирующей поведение;
36. Психическое расстройство является результатом того, что малозначительное отклонение от общих правил поведения, приводит к «навешиванию» ярлыка больного и человек принимает навязанную ему роль; нарушение определяется социальной системой;
37. Психические расстройства – это расстройства физического или психического развития, ни один человек не достигает состояния полностью функционирующей личности, а значит нет качественного различия между психически здоровыми и больными людьми, различия только в способности справляться с актуальными жизненными проблемами.
38. МОДЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОЦИАЛЬНО-НАУЧНЫХ КОНЦЕПЦИЯХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:
39. Психические расстройства можно объяснить центральным дефектом, лежащим в психической сфере и вызванным каким-то не переработанным бессознательным конфликтом;
40. Путь к пониманию психических расстройств лежит через сферу переживаний больного, в этой связи нет смысла искать причины, главную роль играют описания состояния и классификация этих состояний;
41. Отклонения поведения не являются следствием дефекта в самой личности, они результат прямого воздействия неблагоприятных условий окружающей среды, регулирующей поведение;
42. Психическое расстройство является результатом того, что малозначительное отклонение от общих правил поведения, приводит к «навешиванию» ярлыка больного и человек принимает навязанную ему роль; нарушение определяется социальной системой;
43. Психические расстройства – это расстройства физического или психического развития, ни один человек не достигает состояния полностью функционирующей личности, а значит, нет качественного различия между психически здоровыми и больными людьми, различия только в способности справляться с актуальными жизненными проблемами.

**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.

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.

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.

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?

**Вопросы для подготовки:**

1. Биопсихосоциальная парадигма здоровья.
2. Формула здоровья по определению ВОЗ.
3. Биологическая, социальная и психологическая концепция здоровья.
4. Оценка здоровья через признаки «нездоровья».
5. Процедуры оценки здоровья.
6. Опросники и шкалы для оценки уровней здоровья.
7. Факторы, влияющие на состояние психического здоровья.
8. Понятие психосоматического здоровья.
9. Самоуправление и психическое здоровье.
10. Психологические факторы долголетия.
11. Критерии психического здоровья.
12. Понятие здоровых и вредных привычек.
13. Питание и здоровье.
14. Двигательная активность и здоровье.

**Модуль 1 Психологические аспекты врачебной деятельности**

**Тема 2** *Психология врачебной деятельности и психология пациента.*

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

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Психология врачебной деятельности. Психология пациента.
2. Психосоматическая медицина, как концептуальный подход к здоровью и болезни.
3. Психологические (поведенческие) реакции больных на заболевание.
4. Типы личностной реакции на заболевание и их последствия по Б.А. Якубову.
5. Типы отношения к болезни и их характеристика (по А.Е. Личко, Н.Я. Иванову).

**Тестовый контроль**

1. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО **НЕ** ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ:
2. совокупность переживаний (эмоциональных, когнитивных, волевых), связанных с наличием у человека заболевания;
3. субъективное отношение больного к своему заболеванию, складывающееся из болезненных ощущений и внешних проявлений болезни, оценки механизмов их возникновения, тяжести и значения для будущего, а также типы реагирования на болезнь;
4. совокупность субъективных представлений человека о своем заболевании, включающую в себя несколько уровней психического отражения;
5. совокупность субъективных представлений о нормальном и патологическом состоянии, как переживание человеком статуса и динамики своего здоровья, осознание своих душевных и физических возможностей и ресурсов;
6. комплекс переживаний больного, связанных с заболеванием: общее самочувствие, ощущения, восприятие, эмоции, представления о болезни.
7. СТРУКТУРА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПО В.В. НИКОЛАЕВОЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВСЕ УРОВНИ, **КРОМЕ**:
8. интеллектуальный (когнитивный);
9. эмоциональный (аффективный);
10. психодинамический;
11. мотивационный (поведенческий);
12. чувственный.
13. А. ГОЛЬДШЕЙДЕР ВЫДЕЛЯЛ ДВА УРОВНЯ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ:
14. мотивационный и чувственный;
15. сенситивный и интеллектуальный;
16. эмоциональный и интеллектуальный;
17. мотивационный и интеллектуальный;
18. эмоциональный и сенситивный.
19. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ УРОВНЕЙ В СТРУКТУРЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПО В.В. НИКОЛАЕВОЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ, ЗНАНИЯ О СВОЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ, РАЗМЫШЛЕНИЯ О ЕГО ПРИЧИНАХ И ВОЗМОЖНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ:
20. мотивационный;
21. чувственный;
22. эмоциональный;
23. интеллектуальный;
24. психодинамический.
25. В СТРУКТУРЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ИЗМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ И ОБРАЗА ЖИЗНИ В УСЛОВИЯХ БОЛЕЗНИ, А ТАКЖЕ ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ВОЗВРАЩЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ – ЭТО:
26. чувственный уровень;
27. мотивационный уровень;
28. интеллектуальный уровень;
29. психодинамический уровень;
30. эмоциональный уровень.
31. Р.А. ЛУРИЯ ОПРЕДЕЛЯЛ ВНУТРЕННЮЮ КАРТИНУ БОЛЕЗНИ (ВКБ) КАК:
32. целостную систему сознательных и избирательных связей, отражающую направленность личности, наличие жизненных целей, осмысленность выборов и оценок, удовлетворенность жизнью (самореализацией) и способность брать за нее ответственность, влияя на ее ход;
33. состояние человека, проявляющееся в постоянном беспокойстве по поводу возможности заболеть одной или несколькими болезнями, жалобах или озабоченности своим физическим здоровьем, восприятии своих обычных ощущений как ненормальных и неприятных, предположениях, что кроме основного заболевания есть какое-то дополнительное;
34. совокупность субъективных представлений о нормальном и патологическом состоянии, как переживание человеком статуса и динамики своего здоровья, осознание своих душевных и физических возможностей и ресурсов;
35. трансформацию эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные и вегетативные эквиваленты, превращение неприемлемых мыслей, тревоги в соматический симптом;
36. комплекс переживаний больного, связанных с заболеванием: общее самочувствие, ощущения, восприятие, эмоции, представления о болезни.
37. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ОТНОСИТСЯ К ЧИСЛУ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ВКБ:
38. характер заболевания и его возможные последствия;
39. медицинские факторы (условия диагностики и лечения);
40. преморбидные биологические и личностные факторы;
41. социальное положение больного и влияние окружения;
42. все ответы верны.
43. ЯТРОГЕНИИ (ИАТРОГЕНИИ) – ЭТО:
44. кратковременное психическое расстройство, вызванное соматической патологией;
45. трансформация эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные и вегетативные эквиваленты;
46. изменения здоровья пациента к худшему, вызванные неосторожным действием или словом врача;
47. соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями другой психической патологии;
48. кратковременные приходящие состояния, проявляющиеся в напряженных жизненных ситуациях (сердцебиение, потеря аппетита).
49. ЭГРОТОГЕНИИ – ЭТО:
50. психогенное расстройство, вызванное неправильным поведением врача;
51. ухудшение состояния больного, вызванное неправильным поведением медицинской сестры;
52. отрицательное влияние других больных на психическое и физическое состояние других, что ведет к появлению новых симптомов или усилению уже имеющихся;
53. соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями другой психической патологии;
54. недооценка и попытка игнорирования проявлений болезни.
55. ПОЛУЧИТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ О МОТИВАЦИОННОМ КОМПОНЕНТЕ ВКБ ПОЗВОЛЯЕТ ЭТА МЕТОДИКА:
56. опросник самооценки социальной значимости болезни Сердюка;
57. копинг-тест Лазаруса;
58. шкала депрессии Цунга;
59. опросник «Индекс жизненного стиля»;
60. верно все, кроме 3.
61. ОДНА ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ФОРМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВА­НИЯ В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ, ПРИ КОТОРОЙ ПАЦИЕНТ, ОТДАВАЯ СЕБЕ ОТЧЕТ В ТОМ, ЧТО ОН БОЛЕН, СОЗНАТЕЛЬНО СКРЫВАЕТ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ, ЭТО:
62. аггравация;
63. анозогнозия;
64. диссимуляция;
65. реакция «ухода в болезнь»;
66. симуляция.
67. ПРИ КАКОЙ ИЗ ФОРМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ПАЦИЕНТЫ СТАРАЮТСЯ ПРЕДСТАВИТЬ (ЧАСТО ПРЕДНАМЕРЕННО) РЕАЛЬНО СУ­ЩЕСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ БОЛЕЗНЕННОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ И ОПАСНЫМ, ЧЕМ ЭТО ЕСТЬ НА САМОМ ДЕЛЕ:
68. симуляция;
69. аггравация;
70. анозогнозия;
71. диссимуляция;
72. реакция «ухода в болезнь».
73. НЕОСОЗНАВАНИЕ БОЛЕЗНИ, ЕЕ СИМПТОМОВ, ЭТО:
    1. реакция «ухода в болезнь»;
    2. диссимуляция;
    3. симуляция;
    4. аггравация;
    5. анозогнозия.
74. РЕАКЦИЯ «УХОДА В БОЛЕЗНЬ» ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО:
75. больной «скрывает» свое заболевание не только от окружающих людей, но и от самого себя;
76. пациенты стараются представить реально существующее заболевание или болезненное состояние более тяжелым и опасным, чем это есть на самом деле;
77. отдавая себе отчет в том, что он болен, пациент сознательно скрывает симптомы болезни и прикладывает значительные усилия, чтобы скрыть их;
78. человек сознательно предъявляет симптомы болезни, которым он не страдает;
79. пациент, фиксируясь на своем болезненном состоянии, ставит его в центр собственных интересов, отношений, игнорируя все, что не связано с заболеванием.
80. КАКАЯ ИЗ ЭТИХ РЕАКЦИЙ ЧАЩЕ ДРУГИХ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ:
81. симуляция;
82. реакция «ухода в болезнь»;
83. диссимуляция;
84. анозогнозия;
85. аггравация.
86. СИМУЛЯЦИЯ – ЭТО:
87. отрицание и непонимание серьезности или тяжести существующего заболевания;
88. осознанная имитация болезни или болезненных симптомов;
89. убежденность человека в наличии у него серьезного заболевания, основанная на каких-либо соматических (телесных) симптомах или физических проявлениях, которые на самом деле не являются признаками заболевания;
90. сознательное отрицание или преуменьшение проявлений или выраженности или тяжести существующего заболевания;
91. преувеличение тяжести существующих проявлений болезни или своего состояния.
92. АГГРАВАЦИЯ - ЭТО:
93. преувеличение тяжести существующих проявлений болезни или своего состояния;
94. осознанная имитация болезни или болезненных симптомов;
95. отрицание и непонимание серьезности или тяжести существующего заболевания;
96. сознательное отрицание или преуменьшение проявлений или выраженности или тяжести существующего заболевания;
97. убежденность человека в наличии у него серьезного заболевания, основанная на каких-либо соматических (телесных) симптомах или физических проявлениях, которые на самом деле не являются признаками заболевания.
98. КАКАЯ ИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ЛИЦ С ИСТЕРОИДНЫМИ ЧЕРТАМИ ХАРАКТЕРА:
99. аггравация;
100. диссимуляция;
101. реакция «ухода в болезнь»;
102. симуляция;
103. верно 1 и 3.
104. КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ТИПОВ ЛИЧНОСТНОЙ РЕАКЦИИ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ВЫДЕЛЯЕТ Б.А. ЯКУБОВ:
105. 3;
106. 5;
107. 6;
108. 7;
109. 12.
110. НЕОСОЗНАВАЕМАЯ РЕАКЦИЯ В КЛАССИФИКАЦИИ ТИПОВ ЛИЧНОСТНОЙ РЕАКЦИИ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ Б.А. ЯКУБОВА СООТВЕТСТВУЕТ ЭТОЙ ФОРМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ:
111. симуляция;
112. аггравация;
113. анозогнозия;
114. диссимуляция;
115. реакция «ухода в болезнь».
116. КАРТИНА: "УДРУЧЕННОСТЬ БОЛЕЗНЬЮ, НЕВЕРИЕ В ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ, В ЭФФЕКТ ЛЕЧЕНИЯ, АКТИВНЫЕ ДЕПРЕССИВНЫЕ ВЫСКАЗЫВАНИЯ, ВПЛОТЬ ДО СУИЦИДАЛЬНЫХ МЫСЛЕЙ, ПЕССИМИСТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ВСЕ ВОКРУГ, НЕВЕРИЕ В УСПЕХ ЛЕЧЕНИЯ ДАЖЕ ПРИ ОБЪЕКТИВНЫХ БЛАГОПРИЯТНЫХ ДАННЫХ" СООТВЕТСТВУЕТ ...ТИПУ РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ:
117. гармоничному;
118. тревожному;
119. ипохондрическому;
120. меланхолическому;
121. апатическому.
122. КАКОЙ ТИП ПСИХИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ ВОЗНИКАЕТ ЧАЩЕ ДРУГИХ В ОТВЕТ НА ДИАГНОСТИКУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ:
123. ипохондрический;
124. апатический;
125. анозогнозический;
126. обсессивно-фобический;
127. неврастенический.
128. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО **НЕ** ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГАРМОНИЧНОГО ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПО А.Е. ЛИЧКО:
129. трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни;
130. отношение к болезни основано на известных науке фактах о возможности ее излечения, о происхождении симптомов и пр.;
131. нежелание заболевшего обременять других тяготами ухода за собой, наряду с готовностью принимать помощь от окружающих в том объеме, который они готовы ему предоставить;
132. пассивность, при которой пациент как бы «вручает себя медицинскому работнику», не прилагая собственных усилий для оздоровления;
133. в случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации — переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному.
134. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО **НЕ** ОТНОСИТСЯ К ОПИСАНИЮ СЕНСИТИВНОГО СТИЛЯ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ (ПО А.Е. ЛИЧКО):
135. ориентация на мнение и оценку окружающих в сочетании с чрезмерной ранимостью;
136. боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим;
137. непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения;
138. больные нередко в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу или медицинской сестре («Зачем их отвлекать по пустякам») даже в случаях угрожающего для жизни состояния;
139. верно 1 и 3.
140. ЭРГОПАТИЧЕСКИЙ ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ (ПО А.Е. ЛИЧКО), ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ХАРАКТЕРИЗУЕТ:
141. «уход от болезни в работу»;
142. активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного;
143. непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения;
144. «принятие» болезни и поиски выгод в связи с болезнью;
145. поведение по типу «раздражительной слабости».
146. В КАКОМ ПУНКТЕ верно указана характеристика, которая отличает неврастенический тип отношения к болезни от дисфорического (по классификации А.Е. Личко):
147. уверенность, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла;
148. вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения;
149. в последующем – критическое отношение к своим поступкам и необдуманным словам, просьбы о прощении;
150. преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий;
151. стремление облегчить близким тяготы ухода за собой.
152. ЭЙФОРИЧЕСКИЙ **ВАРИАНТ ЭТОГО ТИПА** ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ В КЛАССИФИКАЦИИ А.Е. ЛИЧКО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НЕОБОСНОВАННО ПОВЫШЕННЫМ НАСТРОЕНИЕМ, ЖЕЛАНИЕМ ПОЛУЧАТЬ ОТ ЖИЗНИ ВСЕ, ЧТО И РАНЕЕ, НЕСМОТРЯ НА БОЛЕЗНЬ, И СКЛОННОСТЬЮ НАРУШАТЬ РЕЖИМ И ВРАЧЕБНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ, ЧТО ПАГУБНО СКАЗЫВАЕТСЯ НА ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ:
153. эргопатический;
154. паранойяльный;
155. эгоцентрический;
156. апатический;
157. анозогнозический.
158. КАКОЙ ИЗ ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ (ПО А.Е. ЛИЧКО) С БОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ БУДЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ РЕАКЦИЕЙ ДИССИМУЛЯЦИИ:
159. гармоничный;
160. меланхолический;
161. эгоцентрический;
162. эргопатический;
163. тревожный.
164. В КАКОМ ПУНКТЕ ВЕРНО УКАЗАНА ФАЗА ПЕРЕЖИВАНИЯ БОЛЕЗНИ ВО ВРЕМЕНИ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНЫ СОМНЕНИЯ И ТРЕВОГИ, ОТСУТСТВИЕ УВЕРЕННОСТИ В ХАРАКТЕРЕ И ПРОГНОЗЕ СВОЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТРЫВ ОТ РАБОТЫ, А ЧАСТО И СЕМЬИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ НЕОБХОДИМОСТЬЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:
165. фаза «капитуляции»;
166. премедицинская фаза;
167. фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни;
168. фаза адаптации к болезни;
169. фаза ломки жизненного стереотипа.
170. АДАПТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА РЕДУКЦИЮ ПАТОГЕННОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ, ПРЕДОХРАНЯЯ ОТ БОЛЕЗНЕННЫХ ЧУВСТВ И ВОСПОМИНАНИЙ И ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, ЭТО:
171. психологические реакции на заболевание;
172. копинг-стратегии;
173. типы отношения к болезни;
174. механизмы психологической защиты;
175. копинг-ресурсы.
176. МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ В ОТЛИЧИЕ ОТ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ:
177. как правило, бессознательны, то есть действуют преимущественно на неосознаваемом уровне;
178. направлены на активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей;
179. направлены на смягчение психического дискомфорта;
180. искажают, отрицают или фальсифицируют реальность;
181. верно все, кроме 2.
182. КАКОЙ МЕХАНИЗМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ ДРУГИХ ПРИ АНОЗОГНОЗИЧЕСКОМ ТИПЕ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПО А.Е. ЛИЧКО:
183. отрицание;
184. регрессия;
185. замещение;
186. сублимация;
187. проекция.
188. КОПИНГ-СТРАТЕГИИ – ЭТО:
189. актуальные ответы личности на воспринимаемую угрозу, как способ управления стрессом;
190. относительно стабильные личностные и социальные характеристики людей, обеспечивающие психологический фон для преодоления стресса;
191. деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими требованиям;
192. пассивно-оборонительные формы реагирования в патогенной жизненной ситуации;
193. психическая деятельность, направленная на спонтанное изживание последствий психической травмы.
194. КОПИНГ-РЕСУРСЫ, ЭТО:
195. актуальные ответы личности на воспринимаемую угрозу, как способ управления стрессом;
196. относительно стабильные личностные и социальные характеристики людей, обеспечивающие психологический фон для преодоления стресса;
197. деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими требованиям;
198. пассивно-оборонительные формы реагирования в патогенной жизненной ситуации;
199. психическая деятельность, направленная на спонтанное изживание последствий психической травмы.
200. ПРЕОБЛАДАНИЕ ЭТОГО ЗАЩИТНОГО МЕХАНИЗМА МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ У ПАЦИЕНТА С ДИСФОРИЧЕСКИМ ТИПОМ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ:
201. сублимация;
202. рационализация;
203. идентификация;
204. замещение;
205. компенсация.
206. В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ А.Е. ЛИЧКО ОСНОВНОЕ ОТЛИЧИЕ ТРЕВОЖНОГО ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ОТ ИПОХОНДРИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ:
207. повышенный интерес пациента к медицинской литературе;
208. придирчивость к медицинскому персоналу, нацеленность на перепроверку получаемых от врачей сведений о его болезни;
209. непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения;
210. преобладание тревожного, угнетенного настроения;
211. пациента больше интересуют объективные данные о его болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения, поэтому он предпочитает больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы.
212. В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ОТЛИЧИЕ ЭГОЦЕНТРИЧЕСКОГО ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ОТ ИПОХОНДРИЧЕСКОГО (ПО А.Е. ЛИЧКО):
213. реакция «ухода в болезнь»;
214. стремление постоянно рассказывать окружающим о своем заболевании;
215. полное невнимание к близким, разговоры окружающих быстро переводятся «на себя»;
216. мотивом подробного изложения собственных жалоб является привлечение внимания окружающих, а не страх упустить что-то важное, существенное для понимания специалистом его состояния и правильной диагностики;
217. верно 3 и 4.

**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.

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.

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.

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?

**Вопросы для подготовки:**

1. Психические реакции на соматические заболевания. Стигматизация и самостигаматизация.
2. Ипохондрия.
3. Исследование преморбидных особенностей личности больных по личностным опросникам (Леонгарда, Личко и др.).
4. Исследование типа поведенческой активности личности по опроснику ТПА.
5. Сущность, структура и компоненты ВКБ и ВКЗ.
6. Методические подходы к психологическому изучению ВКБ
7. Клинический расспрос с целью изучения ВКБ.
8. Вопросы нозологической специфичности и ВКБ. Зависимость ВКБ от особенностей личности, характера болезни и обстоятельств, в которых протекает болезнь
9. Динамика ВКБ и связь ее со стратегиями адаптивного поведения (копинг- и психологически – защитные стратегии).
10. Факторы, влияющие на типологию и динамику ВКБ.
11. Возрастные особенности ВКБ.

**Модуль 1 Психологические аспекты врачебной деятельности**

**Тема 3** *Первичная позитивная накропрофилактика и наркогигиена.*

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

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Системная позитивная психо- и наркопрофилактика.
2. Медицинское направление в первичной психо- и наркопрофилактике.
3. Ятрогении. Профилактика.

**Тестовый контроль**

1. ЦЕЛЬЮ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИЙ И АЛКОГОЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ:
2. изменение дезадаптивных и псевдоадаптивных моделей поведения риска на более адаптивную модель здорового поведения
3. предотвращение возникновения нарушения или болезни
4. усиление позитивных результатов развития индивида
5. восстановление личности и ее эффективного функционирования в социуме после соответствующего лечения
6. верно 2 и 3
7. ЦЕЛЬЮ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИЙ И АЛКОГОЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ:
8. изменение дезадаптивных и псевдоадаптивных моделей поведения риска на более адаптивную модель здорового поведения
9. уменьшение вероятности рецидива заболевания
10. снижение вреда от употребления ПАВ для тех, кто еще не готов полностью отказаться от них
11. предотвращение возникновения нарушения или болезни
12. верно 1 и 3
13. ЦЕЛЬЮ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИЙ И АЛКОГОЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ:
14. восстановление личности и ее эффективного функционирования в социуме после соответствующего лечения
15. уменьшение вероятности рецидива заболевания
16. снижение вреда от употребления ПАВ для тех, кто еще не готов полностью отказаться от них
17. верно все перечисленное
18. верно все, кроме 3
19. ПОЗИТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ:
20. предоставление информации о ПАВ только в контрастном сопоставлении со здоровой альтернативой их употреблению
21. мероприятия по формированию личностного антиаддиктивного иммунитета
22. предоставление только запугивающей информации о вреде ПАВ
23. верно все перечисленное
24. верно 1 и 2
25. ВИДЕОРОЛИК, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В ЦЕЛЯХ ПЕРВИЧНОЙ ПОЗИТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ, МОЖЕТ СОДЕРЖАТЬ:
26. сцены, пропагандирующие здоровый образ жизни и трезвые способы получения удовольствия
27. сцены употребления ПАВ и приятных эффектов, производимых ими
28. информация о ПАВ (без их демонстрации) при условии, что выражено отрицательное отношение к ним и предложена положительная, здоровая альтернатива их употреблению
29. верно все перечисленное
30. верно 1 и 3
31. ПУБЛИЧНУЮ ЛЕКЦИЮ, СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ЦЕЛЯМ ПЕРВИЧНОЙ ПОЗИТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОСВЯТИТЬ ТЕМЕ:
32. общения, коммуникативных навыков и способов противостояния давлению других
33. трудностей в жизни и способов их трезвеннического преодоления
34. наркотиков, их действия на организм, их опасности для жизни и здоровья
35. верно все перечисленное
36. верно 1 и 2
37. МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ, ВО ВРЕМЯ КОТОРЫХ ПЛАНИРУЕТСЯ РАССМОТРЕНИЕ ВОПРОСОВ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ОТНОСЯЩИХСЯ К НАРКОТИКАМ, АЛКОГОЛЮ, ТАБАКУ И ДРУГИМ ПАВ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ФОРМЕ:
38. занятий в малых группах (по 6 – 8 человек)
39. публичных лекций
40. публичной демонстрации фильмов
41. верно все перечисленное
42. верно 1 и 3
43. РАСПРОСТРАНЕНИЕ БУКЛЕТОВ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ И УЧИТЕЛЕЙ, СОДЕРЖАЩИХ ИНФОРМАЦИЮ ПРЕДУПРЕЖДАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА О ПРИЗНАКАХ ПРИОБЩЕНИЯ ПОДРОСТКА К НАРКОТИКАМ, СРЕДИ УЧЕНИКОВ ШКОЛЫ ПРОТИВОРЕЧИТ ЭТОМУ ТРЕБОВАНИЮ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МАТЕРИАЛАМ:
    1. «соответствие фона и содержания»
    2. адресность
    3. принципиальное отсутствие информации наркопросветительского и наркопропагандистского характера
    4. наличие антинаркотического содержания
    5. наличие позитивной направленности
44. НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНО ПОНЯТИЮ «ПРОФИЛАКТИКА» ОТВЕЧАЕТ СЛЕДУЮЩАЯ ФОРМУЛИРОВКА:
45. система медицинских мер, направленных на предупреждение заболеваний, охрану здоровья населения
46. комплексная система государственных, социально-экономических, медико-санитарных, психолого-педагогических мероприятий, направленных на всемерное улучшение здоровья населения
47. система санитарно-гигиенических, медицинских и государственных мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний и укрепление здоровья населения
48. система санитарно-гигиенических и медицинских мер, направленных на предупреждение заболеваний и уменьшение вредных последствий
49. система медицинских, правовых, воспитательных мер, направленная на предупреждение заболеваний и наступления вредных последствий
50. ОБЪЕКТОМ ПРОФИЛАКТИКИ В НАРКОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ:
51. больные люди, страдающие зависимостью от ПАВ
52. подростки из неблагополучных семей
53. подростки, замеченные в употреблении ПАВ
54. все контингенты населения
55. верно все перечисленное
56. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ПОДРОСТКОВОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ПРИ ТЕСНОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С:
57. сотрудниками отдела по профилактике правонарушений среди несовершеннолетних (ОППН)
58. с администрацией школ, ПТУ
59. врачами подростковых кабинетов поликлиник
60. администрацией, представителями общественности предприятий
61. все ответы верны
62. О НИЗКОМ КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:
63. малое число прочитанных лекций
64. увеличение случаев обращаемости в диспансер за медицинской и консультативной помощью
65. высокий уровень реализации спиртных напитков
66. значительный процент больных со 2-ой стадией алкоголизма с впервые установленным диагнозом
67. высокий уровень травматизма в состоянии опьянения
68. ПОД ГРУППОЙ «ОТНОСИТЕЛЬНОГО РИСКА» В ОПЕРАТИВНОЙ ПРАКТИКЕ РАБОТЫ ОВД ПО БОРЬБЕ С НАРКОМАНИЯМИ И ТОКСИКОМАНИЯМИ ПОНИМАЮТ ЛИЦ:
69. проявляющих повышенный интерес к наркотикам или иным одурманивающим средствам
70. контактирующих с наркоманами
71. ищущих контакта с токсикоманами
72. нет верного ответа
73. все ответы верны
74. В ГРУППУ «ПОВЫШЕННОГО РИСКА» В ОПЕРАТИВНОЙ ПРАКТИКЕ ОВД ВКЛЮЧАЮТСЯ ЛИЦА:
75. экспериментирующие действие наркотических или других одурманивающих средств на себе
76. экспериментирующие действие наркотических средств на других
77. допускающие эпизодическое, в том числе нередкое, употребление наркотических средств
78. верно 1 и 2
79. все ответы верны
80. РАСПИТИЕ СПИРТНЫХ НАПИТКОВ НА УЛИЦЕ, В ПАРКАХ, СКВЕРАХ, ПО ВСЕХ ВИДАХ ОБЩЕСТВЕННОГО ТРАНСПОРТА И ДРУГИХ ОБЩЕСТВЕННЫХ МЕСТАХ ВЛЕЧЕТ ЗА СОБОЙ:
81. административную ответственность
82. уголовную ответственность
83. общественное порицание, сообщение по месту работы, учебы или жительства
84. постановку на диспансерное наблюдение с регулярной явкой в течение 1 года
85. помещение в медвытрезвитель
86. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭТО:
87. система мер, направленных на раннюю диагностику болезней и предупреждение их прогрессирования
88. система мер, направленных на выявление групп лиц повышенного риска и применение лечебных и корригирующих мероприятий
89. система мер воздействия на причины и условия развития заболеваний или на повышение устойчивости организма к неблагоприятным факторам
90. система мер, направленных на сдерживание прогредиентности и предупреждение рецидивов
91. комплекс медицинских мер, направленных на предупреждение вредных последствий потребления ПАВ
92. ПОД ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ ЗАВИСИМОСТИ ПОНИМАЮТ:
93. систему мер, направленных на раннюю диагностику болезней, выявление групп риска, применение лечебных и корригирующих мероприятий
94. систему мер воздействия на причины и условия развития болезней или на повышение устойчивости организма к неблагоприятным факторам
95. превентивную терапию, направленную на купирование актуализации патологического влечения
96. лечение больных, направленное на сдерживание прогредиентности и предупреждение рецидивов
97. все ответы верны
98. ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭТО:
99. система мер, направленная на прерывание запоев или систематического пьянства, потребления ПАВ
100. система лечебных мер, направленных на сдерживание прогредиентности, вредных последствий, предупреждение рецидивов
101. система мер воздействия на причины и условия развития болезней или на повышение устойчивости организма к неблагоприятным факторам
102. система лечебных мер, направленная на предупреждение развития психозов, судорожных состояний
103. все ответы верны
104. В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ПРОВОДИТСЯ:
105. групповая психотерапия
106. семейная психотерапия
107. суггестивная психотерапия
108. психоделическая психотерапия
109. все ответы верны, кроме 4
110. К ПРИНЦИПАМ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ОТНОСЯТСЯ:
111. добровольность (согласие)
112. ретардация
113. этапность
114. все ответы верны
115. верно 1 и 3
116. К ОСНОВНЫМ ФОРМАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТСЯ:
117. конфессиональная
118. трудовая
119. профессиональная
120. верно 1 и 2
121. верно 2 и 3
122. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ТАКИХ СТРУКТУРАХ КАК:
123. реабилитационные центры
124. воспитательные сады
125. тюремные общины
126. имитационные мастерские
127. нет верного ответа
128. ОСОБЕННОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:
129. более суровых правилах реабилитационных программ
130. приоритете религиозных воздействий
131. систематизации наказаний
132. приоритете педагогических воздействий
133. свободном самоопределении
134. К НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ЗАРУБЕЖНЫМ ПРОГРАММАМ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТСЯ:
135. Day Stop Village
136. Synanon
137. Phoenix House
138. SouthVillage
139. все ответы верны
140. ПРИОРИТЕТНЫМ В РАБОТЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СОЗДАНИЕ:
141. очереди на прием
142. атмосферы взаимного наблюдения
143. отрицательного отношения к наркоманам
144. терапевтического сообщества
145. общества терапевтов
146. НА ЗАВЕРШАЮЩЕЙ СТАДИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМОЙ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА, ПАЦИЕНТЫ:
147. стимулируются в выходах за пределы реабилитационного центра
148. преимущественно находятся в стационаре
149. преимущественно не находятся в стационаре
150. верно 2 и 3
151. верно 1 и 3
152. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:
153. социальными работниками
154. психотерапевтами
155. психологами
156. врачами
157. все ответы верны
158. РЕАБИЛИТАЦИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ:
159. не проводится
160. проводится в обычных реабилитационных структурах
161. проводится в специализированных структурах
162. верно 1 и 2
163. верно 1 и 3
164. КАК ПРАВИЛО, В НАЧАЛЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА КАЖДЫЙ НОВЫЙ ПАЦИЕНТ:
165. находится в наблюдательной палате
166. не имеет права носить верхнюю одежду
167. может общаться только с другими новичками
168. получает опекуна из числа старших пациентов
169. может покидать реабилитационный центр не более чем на 2 суток
170. ОСНОВНЫМИ ФОРМАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ, ЯВЛЯЮТСЯ:
171. медицинская
172. психологическая
173. социальная
174. нет верного ответа
175. все ответы верны
176. АМБУЛАТОРНЫЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ДЛЯ:
177. пациентов с пониженной свертываемостью крови
178. пациентов из малоимущих семей
179. холостых пациентов
180. социально декомпенсированных пациентов
181. пациентов молодого возраста
182. При наличии у больных психическими заболеваниями алкоголизма они должны лечиться:
183. в психиатрическом стационаре
184. в психиатрическом диспансере
185. в наркологическом диспансере
186. лечение может осуществляться в любом из перечисленных учреждений и зависит от состояния больного
187. все перечисленное
188. При проведении анонимного лечения:
189. на больного заводится амбулаторная карта под вымышленной фамилией
190. амбулаторная карта не заводится
191. заводится обычная амбулаторная карта с порядковым номером вместо фамилии
192. амбулаторная карта заводится по согласованию с обратившимся
193. ничего из перечисленного
194. Сроки пребывания больного в стационаре зависят:
195. от тяжести абстинентных расстройств
196. от глубины и тяжести соматических, неврологических и психопатологических проявлений
197. от установок больного
198. от длительности и тяжести заболевания
199. от всего перечисленного
200. Общая схема лечения больных алкоголизмом включает в себя этапы:
201. прерывания запоя и купирования абстинентного синдрома
202. специфического антиалкогольного лечения
203. поддерживающего амбулаторного лечения
204. все перечисленные
205. ничего из перечисленного
206. Выбор адекватных методов лечения больных алкоголизмом определяется:
207. наличием соматических - неврологических расстройств
208. вариантом первичного патологического влечения к алкоголю
209. наличием психопатологических расстройств
210. типом течения заболевания
211. всем перечисленным
212. Психотропные средства при алкоголизме применяются для купирования:
213. аффективных нарушений
214. психопатоподобных и неврозоподобных расстройств
215. патологического влечения к алкоголю
216. всего перечисленного
217. ничего из перечисленного
218. Дифференцированный подход в проведении антиалкогольной санитарно-гигиенической работы предполагает учет следующих факторов:
219. возраста слушателей
220. образования
221. профессии, вида деятельности
222. вида предпочитаемого спиртного - пиво, водка, вино, коньяк
223. верно все перечисленное
224. Санитарно-гигиеническая работа по профилактике табакокурения должна быть адресована:
225. к детям и подросткам
226. к лицам, пробующим табак
227. к недавно курящим
228. к родителям потенциальных курящих
229. верно все перечисленное

**Ситуационные задачи**

**ЗАДАЧА № 1**

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.

1. Какой диагноз у боьной 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 № 2**

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.

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. Первичная наркопрофилактика путем коррекции личностной уязвимости и формирования психологического иммунитета.
2. Первичные наркопрофилактика путем коррекции школьной (социальной) дезадаптации.
3. Цели и задачи системно-позитивной наркопрофилактики.
4. Формы профилактической работы. Понятие и виды целевых групп.
5. Понятие первичной, вторичной и третичной наркопрофилактики.
6. Принципы проведения профилактической работы с подростками.
7. Участие специалистов наркологической службы в межведомственном взаимодействии в сфере наркопрофилактики.
8. Медицинское направление в первичной наркопрофилактике.
9. Правила участия СМИ, проведения лекций и массовых мероприятий. Общие положения антинаркотической пропаганды.
10. Обеспечение качества наркопрофилактической работы. Требования к профилактическому материалу.
11. Проблемы современной наркопрофилактики.

**Модуль 2 Клиника психогенных расстройств и зависимостей**

**Тема 1** *Психосоматические расстройства и психосоматическая медицина. Концепции и классификация ПСР*

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

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Определение ПСР.
2. История, развитие психосоматической медицины в России и за рубежом.
3. Концепция психосоматической медицины с учетом комплексного соматопсихосоциального взаимодействия при возникновении, течении и терапии заболеваний.

**Тестовый контроль**

1. Термин «психосоматический» вошел в общепринятый медицинский оборот благодаря:
   1. психоаналитикам;
   2. бихевиористам;
   3. когнитивным психологам;
   4. системным семейным терапевтам;
   5. верно все перечисленное.
2. УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ ДЕЙСТВИЯ СТРЕССА ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ЧЕЛОВЕКА -....
3. предприимчивость;
4. активность;
5. чувство беспомощности;
6. энергичность;
7. сензитивность.
8. ПО МНЕНИЮ К.ЯСПЕРСА, ПРИЗНАКОМ ПСИХОГЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ:
9. возникновение расстройства непосредственно после действия психотравмы;
10. отражение психотравмы в клинических проявлениях болезни;
11. выздоровление после разрешения психотравмирующей ситуации;
12. кататонический синдром;
13. верно все, кроме «4».
14. Кого из перечисленных авторов можно отнести к характерологическому направлению в психосоматике:
15. З. Фрейд;
16. Ф. Данбар;
17. Г. Селье;
18. М. Фридман и Р. Розенман;
19. верно 2 и 4.
20. СОГЛАСНО РАЙХУ, СУЩЕСТВЕННОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
21. чувство общности;
22. ориентация на внешний или внутренний мир;
23. организмический процесс оценки;
24. защитный «характерный» панцирь;
25. все перечисленное.
26. ПАЦИЕНТ С СОМАТИЗИРОВАННЫМ РАССТРОЙСТВОМ НЕ МОЖЕТ СВЯЗАТЬ СВОИ ЧУВСТВА СО СВОИМИ МЫСЛЯМИ И ДЕЙСТВИЯМИ. ЭТО НАЗЫВАЕТСЯ:
27. атимия;
28. дистимия;
29. дисфория;
30. алексия;
31. алекситимия.
32. ТЕРМИН «ПСИХОСОМАТИКА» В МЕДИЦИНУ ВВЕЛ:
33. Гиппократ;
34. Райх;
35. Хайнрот;
36. Гроддек;
37. Якоби.
38. СОЗДАТЕЛЕМ КОРТИКО-ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ, КАК ОДНОГО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ПСИХОСОМАТИКИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
39. Павлов;
40. Анохин;
41. Быков;
42. Симонов;
43. Бернштейн.
44. ТЕРМИН «АЛЕКСИТИМИЯ» ВВЕЛ:
45. Эллис;
46. Карасу;
47. Сифнеос;
48. Розенман;
49. Александер.
50. СТОРОННИКИ ТЕОРИИ НЕСПЕЦИФИЧНОСТИ СЧИТАЮТ, ЧТО:
51. психосоматические заболевания имеют общие причины;
52. за локализацию заболевания отвечает локальная уязвимость пораженного органа;
53. отсутствует специфическая связь между характером эмоционального стресса и его соматическими последствиями;
54. определенная эмоция может содействовать возникновению определенного соматического симптома;
55. верно «1» и «3».
56. ТЕОРИЯ СПЕЦИФИЧНОСТИ УТВЕРЖДАЕТ, ЧТО:
57. каждое психосоматическое заболевание подобно другому психосоматическому заболеванию;
58. специфичность определяет феномен алекситимии;
59. каждое психосоматическое расстройство связано с определенным психологическим паттерном;
60. определенные черты личности определяют соответствующие соматические симптомы;
61. верно «3» и «4».
62. Ф.АЛЕКСАНДЕР РАССМАТРИВАЛ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАК:
63. символическое замещение подавленного конфликта;
64. физиологическое сопровождение хронического эмоционального состояния;
65. неспецифическую реакцию на конфликт;
66. верно все названное;
67. верно «2» и «3».
68. НЕОСОЗНАВАЕМЫЙ МОТИВ, ВЕДУЩИЙ К ОБРАЗОВАНИЮ И ПЕРВОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ СИМПТОМОВ БОЛЕЗНИ – ЭТО:
    1. первичная выгода;
    2. вторичная выгода;
    3. соматизация;
    4. третичная выгода;
    5. конверсия.
69. ПРЕИМУЩЕСТВО, КОТОРОЕ ПАЦИЕНТ НЕ ПРЕДПОЛАГАЛ ИЛИ НЕ НАМЕРЕВАЛСЯ (БЕССОЗНАТЕЛЬНО) ПОЛУЧИТЬ ОТ БОЛЕЗНИ, НО КОТОРОЕ СПОСОБСТВУЕТ ЗАКРЕПЛЕНИЮ БОЛЕЗНИ И СОПРОТИВЛЕНИЮ ЛЕЧЕНИЮ – ЭТО:
70. первичная выгода;
71. вторичная выгода;
72. соматизация;
73. третичная выгода;
74. конверсия.
75. АВТОРОМ КОНЦЕПЦИИ ДВУХФАЗНОГО ВЫТЕСНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
76. З. Фрейд;
77. А. Митчерлих;
78. Ф. Данбар;
79. П. Сифнеос;
80. Г. Селье.
81. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТ КОНЦЕПЦИЮ УТРАТЫ ВЕРЫ В БУДУЩЕЕ ЭНГЕЛЯ И ШМАЛЕ:
82. в основе психосоматических заболеваний лежит неспособность адекватно переработать переживание потери объекта;
83. реальная или символическая потеря объекта может привести к отказу от веры в будущее, что в свою очередь приводит к снижению иммунитета;
84. симптомы болезни символически выражают эмоциональные переживания больного;
85. на «выбор» заболевания влияют не только психологические факторы, но и наследственная предрасположенность;
86. все ответы верны.
87. В КОНЦЕПЦИИ АЛЕКСИТИМИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАССМАТРИВАЮТСЯ КАК СЛЕДСТВИЕ:
88. нарушений в иммунной системе, которые обусловлены отказом от веры в будущее;
89. хронического дистресса;
90. накопления телесных проявлений неотреагированных, не получивших разрядки эмоций;
91. активизации противоречащих друг другу безусловных реакций, выработанных на один и тот же условный стимул;
92. верно все перечисленное.
93. УЧАЩЕНИЕ ПРОБЛЕМ СО ЗДОРОВЬЕМ У РЕБЕНКА ИЗ-ЗА ТОГО, ЧТО ВО ВРЕМЯ БОЛЕЗНИ ОН ПОЛУЧАЕТ БОЛЬШЕ РОДИТЕЛЬСКОГО ВНИМАНИЯ И ЛАСКИ, ЧЕМ ОБЫЧНО – ЭТО ПРИМЕР:
94. оперантного научения;
95. алекситимии;
96. десоматизации;
97. утраты веры в будущее;
98. верно все перечисленное.
99. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ТОМ, ЧТО НАРУШЕНИЕ БАЛАНСА ВОЗБУЖДЕНИЯ И ТОРМОЖЕНИЯ В КОРЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ЗА СЧЕТ СВЯЗИ МЕЖДУ ВНУТРЕННИМИ ОРГАНАМИ И ОПРЕДЕЛЕННЫМИ УЧАСТКАМИ КОРЫ, СФОРМУЛИРОВАЛ:
100. З. Фрейд;
101. К.М. Быков;
102. М. Шур;
103. Г. Селье;
104. Ф. Александер.
105. ОСНОВАННАЯ НА ПРОШЛОМ ОПЫТЕ УБЕЖДЕННОСТЬ В НЕВОЗМОЖНОСТИ ИЗМЕНИТЬ СИТУАЦИЮ СОБСТВЕННЫМИ СИЛАМИ – ЭТО:
106. алекситимия;
107. специфический психодинамический конфликт;
108. первичная выгода;
109. выученная беспомощность;
110. ресоматизация.
111. МОДЕЛЬ ВЫУЧЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ РАЗРАБОТАЛ:
112. М. Селигман;
113. З. Фрейд;
114. П. Сифнеос;
115. А. Адлер;
116. И.П. Павлов.
117. РЕАКЦИЯ ОРГАНИЗМА НА СТРЕССОР ПРОЯВЛЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ:
118. повышение кровяного давления;
119. увеличение уровня адреналина;
120. учащение сердцебиения;
121. замедление пищеварения
122. верно все перечисленное.
123. Ф.АЛЕКСАНДЕР ОСОБОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СИМПТОМА ПРИДАВАЛ:
124. символическому значению конверсионных расстройств;
125. темпераменту;
126. личностной предрасположенности;
127. психодинамическому конфликту;
128. алекситимии.
129. ВТОРАЯ ФАЗА ВЫТЕСНЕНИЯ КОНФЛИКТА ПО А. МИТЧЕРЛИХУ ЭТО:
130. обострение психосоматического заболевания;
131. соматизация («соматическое защитное приспособление»);
132. применение зрелых механизмов психологической защиты;
133. тревоги;
134. сопротивления.
135. СТОРОННИКИ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ СЧИТАЮТ, ЧТО:
136. отсутствует логически понятная связь между содержанием аффективного конфликта и клиническими симптомами;
137. центральная роль в формировании психосоматической патологии принадлежит бессознательному;
138. асоциальные мысли, вытесненные в область бессознательного, проявляются в расстройствах внутренних органов;
139. освобождение от влияния бессознательного материала может быть достигнуто через его осознание;
140. верно все кроме «1».
141. ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ АНТРОПОЛОГИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ПСИХОСОМАТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
     1. Поллок;
     2. Стоквис;
     3. Витковер;
     4. Вайзеккер;
     5. Кречмер.
142. АВТОРОМ КОНЦЕПЦИИ «ПРОФИЛЯ ЛИЧНОСТИ» В ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
     1. Александер;
     2. Витковер;
     3. Данбар;
     4. Поллак;
     5. Бройтигам.
143. КОНВЕРСИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА, ПОЛОЖИВШИЕ НАЧАЛО ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОМУ НАПРАВЛЕНИЮ В ПСИХОСОМАТИКЕ, БЫЛИ ОПИСАНЫ:
     1. Александером;
     2. Джеллиффе;
     3. Фрейдом;
     4. Адлером;
     5. Райхом.
144. ТЕРМИНЫ «СТЕНИЯ» И «АСТЕНИЯ» В НАУКУ ВВЕЛ:
145. У. Куллен;
146. Гиппократ;
147. И.М. Сеченов;
148. Дж. Броун;
149. Ф. Бэкон.
150. КТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ УЧЕНЫХ, ПОДЧЕРКИВАЯ МОЗГОВОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ДУШЕВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ, ВЫДВИНУЛ ИДЕЮ ИХ СОЦИАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ: «ЕСТЬ ЕЩЕ ОДНА ПРИЧИ­НА ДУШЕВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ, А ИМЕННО — ОБЩЕСТВЕННАЯ ОБСТАНОВКА, ПРИ КОТОРОЙ ЖИВЕТ И РАБОТАЕТ ЧЕЛОВЕЧЕС­КИЙ МОЗГ. КОГДА СОЦИАЛЬНАЯ ЖИЗНЬ ПОСТРОЕНА УРОДЛИВО И ЖЕСТОКО, МОЗГОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЧАЩЕ УКЛОНЯЕТСЯ ОТ ПРАВИЛЬНОГО ПУТИ»:
151. У. Тьюк;
152. Ф. Пинель;
153. П.-Ж. Кабанис;
154. Э. Крепелин;
155. В. Вундт.
156. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЯЕМЫХ СТАДИЙ НЕ ВХОДИТ В ЧИСЛО ФАЗ ОПИСАННОГО Г. СЕЛЬЕ АДАПТАЦИОННОГО СИНДРОМА:
157. истощения;
158. тревоги;
159. генерализации;
160. сопротивления;
161. верно «3» и «4».
162. ИЗУЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ ПСИХИКИ К ЕЕ ТЕЛЕСНОМУ СУБСТРАТУ ОТРАЖАЕТ СУТЬ ТАКОЙ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИИ, КАК
163. психофизиологическая;
164. психосоциальная;
165. психопраксическая;
166. психогностическая;
167. анатомическая.
168. ВПЕРВЫЕ КОНЦЕПЦИЯ БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО ПСИХИЧЕСКОГО БЫЛА СФОРМУЛИРОВАНА
169. Аристотелем;
170. 3. Фрейдом;
171. Г. Лейбницем;
172. Р. Декартом;
173. Б. Спинозой.
174. УКАЖИТЕ, ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАБЛЮДАЮТСЯ НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ И ИНТЕЛЛЕКТА
175. прогрессивный паралич;
176. сосудистые заболевания мозга;
177. травмы головного мозга;
178. опухоли головного мозга;
179. все перечисленные выше заболевания.
180. В ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ ФРЕЙДА АСПЕКТОМ, ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ МЕХАНИЗМОВ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ЯВЛЯЕТСЯ:
181. стремление к превосходству;
182. чувство неполноценности;
183. бессознательное;
184. самоактуализация;
185. все перечисленное.
186. СОГЛАСНО КОНЦЕПЦИИ ДВУХФАЗНОГО ВЫТЕСНЕНИЯ А.МИТЧЕРЛИХА НА ПЕРВОЙ ФАЗЕ ВЫТЕСНЕНИЯ КОНФЛИКТ ПРЕОДОЛЕВАЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ:
187. психосоматических образований;
188. незрелых психологических защит;
189. зрелых психологических защит;
190. соматизации;
191. верно «2» и «3».

**Ситуационные задачи**

**ЗАДАЧА № 1**

Больная 42 года 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?

***Ответы:***

1. *Это конверсионное расстройство. Невротический конфликт получает вторичный соматический ответ в виде демонстрации симптомов как попытки решения социального конфликта. Конверсионные проявления как правило затрагивают произвольную моторику и органы чувств (напр. истерический паралич, парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены).*

*Все виды диссоциативных расстройств имеют тенденцию к исчезновению через несколько недель или месяцев, особенно если их возникновение связано с каким-либо травмирующем событием в жизни. Многие хронические расстройства, особенно параличи и потеря чувствительности, могут развиваться на основе существования неразрешимых проблем и межличностных сложностей. Симптомы часто соответствуют представлению больного о том, как должно было бы проявляться психическое заболевание. Медицинский осмотр и обследование не выявляют каких-либо явных физических или неврологических нарушений. Кроме того, совершенно очевидно, что потеря функции является символическим выражением эмоционального конфликта или потребностей.*

1. *Конверсионная модель Фрейда. Впервые идею конверсии Фрейд изложил в работах «Психоневрозы защиты» и «Исследования истерии». Под конверсией он понимал превращение психического конфликта в соматический посредством вытеснения из сознания угрожающих или нежелательных содержательных элементов. «Эмоция, которая не могла быть выражена, оказывалась превращенной в физический симптом, представлявший собой компромисс между неосознаваемым желанием выразить мысль или чувство и страхом возможных последствий. Симптомы, как выяснилось, позволяли не только маскировать нежелательные эмоции, но и представляли собой своеобразное налагаемое на себя индивидуумом наказание за запрещенное желание или удаление себя из устрашающей ситуации. Эти же симптомы обуславливали получение вторичных выгод от принятия роли больного». Конверсионная модель хорошо объясняет нарушения произвольной моторики — невротически обусловленные параличи и речевые нарушения. Она может быть полезна для понимания психогенных расстройств чувствительности, нарушений походки, ощущения кома в пищеводе при истерии (globus hystericus), определенных болевых состояний, мнимой беременности. Конверсионная модель Фрейда отражает взаимосвязь сознательных и бессознательных процессов в процессе формирования личности и позволяет предотвратить интраперсональный конфликт с помощью психоаналитической работы.*
2. *Пусковым механизмом патологического процесса и начальной стадии его развития является психотравмирующее событие в жизни, а именно проблемы во взаимоотношениях с мужем.*
3. *Необходимо по возможности устранить травмирующие обстоятельства либо смягчить их влияние. Ведущим методом лечения является психоаналитическая психотерапия. В некоторых случаях успешными оказываются гипноз и поведенческая психотерапия. Важным условием успешного лечения конверсии (конверсионного расстройства) является изучение социальной ситуации больного с целью устранения вторичных выгод от заболевания.*
4. *На наличие конверсионного расстройства указывают отсутствие неврологического заболевания, присутствие психотравмирующего фактора, присутствие вторичной выгоды.*

**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 отличается от конверсионного расстройства?
5. Как называл данное расстройство Ф. Александер? Каковы его механизмы?

**Ответы:**

1. *Скорее всего, соматоформное расстройство. Для него характерны функциональные нарушения отдельных органов или органных систем. Какие-либо патофизиологические изменения в органах не обнаруживаются. У больных наблюдается пестрая картина неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания и мочеполовую систему (напр. парестезии, ком в горле, неприятные ощущения в области сердца, нейроциркуляторную дистонию, функциональные расстройства желудка, пароксизмальные нарушения сердечного ритма различного генеза и т. д.). Все это сопровождается внутренним беспокойством, депрессивными проявлениями, симптомами страха, нарушением сна, снижением сосредоточенности и психическим утомлением. Такие больные часто посещают врачей, но медицинское обследование не выявляет какой-либо патологии, которая могла бы быть причиной их жалоб.*
2. *У больных наблюдается пестрая картина неопределенных соматических жалоб в разных органах и системах, которые сопровождаются внутренним беспокойством, нарушенным сном, страхами по ночам и сниженным настроением, а также быстрой истощаемостью внимания и трудностью сосредоточения. Такая симптоматика характерна для соматоформных расстройств.*
3. *Ведущим критерием для установления диагноза является, что многочисленные, разнообразные обследования различных органов и систем не обнаруживали каких либо тканевых изменений в органах и системах. Для постановки более точного диагноза, необходимы дополнительные анамнестические сведения, а именно уточнение, есть ли психотравмирующие факторы, запускающие данное состояние.*
4. *Соматоформные невротические расстройства (F45) раньше назывались «органными неврозами» и «системными неврозами», которые понимались как результат перенапряжения этих органов и систем в процессе глубоких переживаний. В отличие от конверсионных (диссоциативных) расстройств в развитии соматоформных нарушений отсутствует участие личностных символов и представлений о том, какой должна быть болезнь. Отсутствуют также вторичная выгода и психологически защитная сущность расстройств. Здесь имеет место, с одной стороны, соматизация переживаний, а с другой, - предшествовавшая слабость некоторых органов и систем (locus minoris resistentia), за счет чего возникает соматическая встречность во время интенсивных переживаний (рвется там, где тонко). Эти расстройства носят чисто функциональный обратимый характер, тем не менее больные озабочены своим состоянием. Нарушения при этом могут быть любого типа: кардиологического, гастроэнтерологического, пульмонологического, дерматологического, гинекологического, урологического, артрологического, вегетологического, сексопатологического, логопедического, неврологического и т.д.*
5. *Вегетоневроз или вегетативный невроз.*

*Возникновение вегетоневроза Александер объяснял взаимодействием трех факторов – психологического, физиологического и социального. В качестве психологического фактора выступают специфические личностные особенности, неразрешенные внутренние конфликты, определяющие уязвимость личности к определенному кругу ситуаций и склонность испытывать негативные эмоции, при попадании в такие ситуации. Физиологический фактор, определяющий то слабое звено в организме, на которое приходится основной удар негативных эмоций, – это конституциональная неполноценность (повышенная уязвимость) тех или иных органов. И наконец, социальный фактор, играющий роль пускового момента – неблагоприятные воздействия жизненной среды, в первую очередь те жизненные ситуации, к которым человек в силу особого склада личности имеет повышенную уязвимость. Если этот человек не имеет возможности выразить возникшие в связи ситуацией негативные эмоции, то у него возникает эмоциональное напряжение, сопровождающееся изменениями в вегетативной нервной системе и сбоем в работе того органа или системы организма, который(ая) от природы ослаблены. Неоднократное повторение специфической психотравмирующей ситуации при отсутствии возможности ее эмоционального отреагирования приводит к хроническому эмоциональному напряжению и, как следствие, к устойчивым нарушениям функции того или иного органа. Александер полагал, что «каждое эмоциональное состояние создаёт свой собственный физиологический синдром», что «выбор органа» зависит от того, какую именно эмоцию подавляет человек. Например, подавленная агрессивность, сдержанный гнев, враждебность через активацию симпатической системы приводят к развитию сердечно-сосудистых нарушений, а неудовлетворенная потребность в защищенности и принятии окружающими через парасимпатическую активацию вызывает язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Однако в настоящее время доказано, что «выбор» поражаемого органа обусловлен скорее генетически и любые хронически подавляемые сильные эмоции могут привести к развитию любого заболевания при условии наследственной предрасположенности к этому заболеванию.*

**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. Какая неудовлетворенная потребность пациентки, способствовала развитию заболевания?
4. Какие еще психологические факторы играли роль в развитии данного заболевания?
5. К какому классу заболеваний по МКБ -10 относится нервная анорексия?

**Ответы:**

1. *Скорее всего, нервная анорексия. Нервная анорекси́я — расстройство приёма пищи, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом, в целях похудения или для профилактики набора лишнего веса. Чаще встречается у девушек. Многими специалистами признаётся разновидностью самоповреждения. При анорексии наблюдается патологическое желание потери веса, сопровождающееся сильным страхом ожирения. У больного наблюдается искажённое восприятие своей физической формы и присутствует беспокойство об увеличении веса, даже если такого в действительности не наблюдается. Нервная анорексия в первую очередь связана со страхом набрать вес с одной стороны и с ощущением пониженной самооценки - с другой. Анорексия берется на вооружение девушками как радикальное, сильнодействующее средство для похудания. И главное, не требующее никаких затрат. Все, что необходимо сделать — отказаться от еды. В основе нервной анорексии, как и других расстройств пищевого поведения, лежат психосоциальные проблемы, точнее комбинация социальных, индивидуальных и семейных факторов. Пищевые расстройства олицетворяют собой бессознательную борьбу внутренней индивидуальности человека, его представления о самом себе в социуме и проблем, которые часто вытекают из травмирующего жизненного опыта и моделей социализации.*
2. *Чувство ревности.*
3. *Потребность в любви, заботе со стороны родителей.*
4. *Чувство злости на родителей и чувство вины за эту злость. Также отсутствие близких друзей и, как следствие, концентрация внимания на родителях. Вероятно, у девочки имеется комплекс неполноценности.*
5. *Нервная анорексия относится к классу V (F) заболеваний по МКБ -10 «Психические расстройства и расстройства поведения», а именно к блоку F50-F59 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами».*

**Вопросы для подготовки:**

1. Проблема психосоматических и соматопсихических соотношений.
2. Психогении и соматогении.
3. Многофакторный подход к пониманию генеза ПСР.
4. Основные концепции психосоматических расстройств.
5. Происхождение психосоматических симптомов с позиций классического психоанализа Зигмунда Фрейда.
6. Теория специфического психодинамического конфликта Ф. Александера.
7. Концепции личностных черт и «профилей личности», предрасполагающих к развитию психосоматической патологии (Ф. Данбар, П. Сифнеос, М. Фридман и Р. Розенман).
8. Психосоматические расстройства как «болезни адаптации»: теория стресса Г. Селье и теория релаксации Г. Бенсона.
9. Классификация психосоматических расстройств.
10. Психосоматические расстройства в МКБ-10.
11. Психосоматические реакции.
12. Конверсионные расстройства.
13. Соматоформные расстройства.
14. Соматизированная депрессия.
15. Психосоматические заболевания («органические психосоматозы»).
16. Влияние болезни на психику человека. Подходы к определению понятия и структуры внутренней картины болезни (ВКБ).
17. Зависимость ВКБ от преморбидных биологических и личностных факторов, характера болезни и обстоятельств, в которых протекает болезнь.
18. Динамика ВКБ и связь ее со стратегиями адаптивного поведения (копинг- и психологически – защитные стратегии).
19. Клинический расспрос с целью изучения ВКБ при ПСР.
20. Подходы к классификации типов реагирования на заболевание.
21. Понятие нозогении. Типы нозогенных реакций.
22. Этапы переживания болезни во времени.
23. Психологическая сущность плацебо-эффекта.
24. Исследование типа отношения личности к болезни, к лечению, к медицинскому персоналу с помощью опросника ЛОБИ.
25. Психология больных с психосоматическими заболеваниями дыхательной системы.
26. Психология больных с психосоматическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
27. Психология больных с психосоматическими расстройствами ЖКТ.
28. Психологические аспекты психосоматических заболеваний кожи.
29. Психологические аспекты заболеваний опорно-двигательного аппарата.
30. Психология больных психосоматическими урологическими заболеваниями.
31. Психологические аспекты расстройств пищевого поведения (нервная анорексия, нервная булимия).

**Модуль 2 Клиника психогенных расстройств и зависимостей**

**Тема 2** *Личность и стрессовые расстройства*

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

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Понятие личности и структура личности.
2. Теории стресса. Сигналы патогенности стрессов.
3. Стратегии поведения в стрессовых состояниях.

**Тестовый контроль**

1. Стресс (по Г. Селье) - это:
2. нервное вредоносное напряжение;
3. неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование, общий адаптационный синдром;
4. вид дистресса;
5. защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессором;
6. верно «1» и «2».
7. В межличностных отношениях существуют следующие тактики (Г. Селье):
8. синтоксическая;
9. при которой игнорируется враг и делается попытка сосуществовать с ним, не нападая;
10. бегство или уход от врага без попыток сосуществовать с ним или уничтожить его, ведущая к бою;
11. кататоксическая;
12. все перечисленное.
13. Фазами общего адаптационного синдрома не являются (Г. Селье):
14. реакция удивления или тревоги из-за неопытности и неумения совладать с ситуацией;
15. фаза восхищения новым, необычным, удивительным и фаза агрессивного возбуждения;
16. фаза сопротивления без лишних волнений;
17. фаза истощения;
18. нет верных ответов.
19. Конечная цель жизни человека состоит в том, чтобы (Г. Селье):
20. обрести власть, славу, безопасность;
21. дарить радость в порядке бескорыстной филантропии;
22. получать радость, наслаждаться;
23. раскрыть себя наиболее полно с чувством уверенности и надежности, проявить свою "искру божию";
24. правильно «2» и «3».
25. Уровень физиологического стресса наиболее низок (Г. Селье):
26. в минуты равнодушия;
27. когда человек мертв;
28. во время творческого вдохновения;
29. в минуты тихого духовного просветления;
30. в состоянии "сатори" (просветление в медитативной практике дзэн).
31. При реактивных психозах:
    * 1. психопатологические синдромы могут оставаться в виде моносиндромов;
      2. может наблюдаться трансформация одних истерических проявлений в другие
      3. часто наблюдается сочетание различных истерических расстройств;
      4. верно все перечисленное;
      5. все перечисленное неверно.
32. Клиническими особенностями истерических психозов следует считать:
33. зависимость болезненных проявлений от аффективных переживаний;
34. своеобразное "бегство в болезнь" с явлениями суггестии и аутосуггестии;
35. склонность к фиксации болезненных проявлений;
36. верно «2» и «3»;
37. все перечисленное.
38. К реактивным психозам относятся:
39. истерические сумеречные помрачения сознания (в том числе синдром Ганзера);
40. псевдодеменция;
41. пуэрилизм;
42. все перечисленное;
43. ничего из перечисленного.
44. К реактивным психозам относят:
45. истерический синдром бредоподобных фантазий;
46. синдром регресса психики;
47. истерический ступор;
48. верно «1» и «2»;
49. все перечисленное.
50. Постреактивные изменения психики протекают в форме:
51. кратковременной астении;
52. постреактивного астено-депрессивного состояния;
53. постреактивного состояния с эмоциональной лабильностью;
54. верно все перечисленное;
55. все перечисленное неверно.
56. Постреактивные изменения психики характеризуются:
57. состоянием с капризной сменой настроения;
58. постреактивным состоянием по типу затяжного астенического дефекта;
59. постреактивным развитием психопатии;
60. верно «2» и «3»;
61. все перечисленным.
62. К вариантам течения и исходов психогенных реакций и психозов относятся:
63. острое течение с наступлением полного выздоровления после непродолжительной астении;
64. по миновании острых явлений возможность возникновения заострений;
65. характерологических свойств;
66. возможность психогенных паранойяльных развитий;
67. все перечисленные.
68. Как называется дисциплина, изучающая связь стрес­са, деятельности нервной системы и иммунитета:
69. психобиология;
70. психонейроиммунология;
71. социобиология;
72. иммунопсихология;
73. нейропсихология.
74. Как правильно обозначить тревожное расстройство, при котором человек не может освободиться от пере­живаний травматического события или серии таких событий:
75. генерализованное тревожное расстройство;
76. обсессивно-компульсивное расстройство;
77. посттравматическое стрессовое расстройство;
78. фобическое расстройство;
79. нет верного ответа.
80. Какое из утверждений верно передает содержание по­нятия «тяжелый стресс»:
81. тяжелое переживание травмирующей ситуации;
82. исключительно сильные, угрожающие жизни или физической целости человека события;
83. неадекватно сильный ответ на психическую травму;
84. все ответы верны;
85. нет верных ответов.
86. С чем из перечисленного связано повышение риска развития посттравматического стрессового расстройства:
87. с тяжестью травмы;
88. с генетической предрасположенностью к психо­логическим расстройствам;
89. с остротой травмы;
90. со злоупотреблением психоактивными веществами;
91. все ответы верны.
92. Почему живущие в бедных странах люди более распо­ложены к развитию посттравматических стрессовых рас­стройств в случае катастроф:
93. потому что они воспринимают катастрофу как проявление гнева Божьего;
94. потому что в этих странах нет тех служб пси­хического здоровья, которые есть в богатых странах;
95. потому что из-за плохих условий жизни катаст­рофы в бедных странах сопряжены с гибелью больших количеств людей;
96. в силу большей их склонности к патологическим реакциям;
97. верно «1» и «3».
98. Какой из приведенных критериев НЕ входит в три­аду критериев реактивных состояний по К. Ясперсу:
99. выявление психотравмы;
100. осознание пациентом внутреннего конфликта;
101. отражение психотравмы в клинической картине;
102. выздоровление после прекращения действия вызвавшей состояние причины;
103. верных ответов нет.
104. «Синдром лагерей уничтожения», проявляющийся у бывших узников концлагерей спустя многие годы состо­яниями страха, депрессивными реакциями, неотвязно оживающими картинами пережитого, по МКБ-10 сле­дует обозначить как:
105. тревожно-фобическое расстройство;
106. дистимия;
107. расстройство адаптации;
108. посттравматическое стрессовое расстройство;
109. расстройство эмоциональной сферы.
110. По имеющимся статистикам, более чем у 60 % учас­тников войны в Чечне с посттравматическим стрессовым расстройством его возникновение связано не с собственно участием в боевых действиях, а с:
111. врожденным дефицитом стрессоустойчивости;
112. наличием латентных психических расстройств;
113. недостаточностью социальной поддержки после войны;
114. травматическим опытом раннего детства;
115. нет верных ответов.
116. Какое утверждение о травматическом стрессе верно:
117. проявление под действием стресса латентных пси­хических расстройств;
118. нормальная реакция на ненормальные обстоя­тельства;
119. болезненная по своему существу и механизмам реакция;
120. стресс физической травмы;
121. все утверждения верны.
122. Какое из утверждений точнее всего описывает ре­зультаты обследования жертв землетрясения в Спитаке (Армения, 1988):
123. выявлена положительная корреляция между расстоянием до эпицентра землетрясения и тя­жестью посттравматического стрессового рас­стройства у жертв;
124. выявлена отрицательная корреляция между рас­стоянием до эпицентра землетрясения и тяжес­тью расстройств у жертв;
125. выявлена положительная корреляция между тя­жестью психического шока сразу после землетрясения и тяжестью расстройств в последующем;
126. выявлена отрицательная корреляция между ко­личеством погибших близких и тяжестью пос­ледующих расстройств;
127. нет верных утверждений.
128. В этиопатогенезе расстройств, связанных со стрес­сом, взаимодействуют:
129. интенсивность стрессовой травмы;
130. социальная ситуация стресса;
131. особенности личности жертвы;
132. биологическая ранимость жертвы;
133. все названное.
134. Какие два фактора входят в предлагаемую бихевио­ризмом двухфакторную модель обусловливания реакций на травму:
135. оперантное обусловливание и моделирование;
136. классическое обусловливание и научение из­беганию;
137. позитивное подкрепление и аверзивное обус­ловливание;
138. научение избеганию и моделирование;
139. нет верных ответов.
140. Что их перечисленного является безусловным стиму­лом в первом факторе поведенческой модели посттрав­матического стрессового расстройства:
141. индивидуальная реакция на травму;
142. индивидуальная реакция на ассоциируемые с травмой стимулы;
143. то, что оказалось в поле активного внимания во время травматического события;
144. сам по себе травматический опыт;
145. все ответы верны.
146. Второй фактор поведенческой модели посттравма­тического стрессового расстройства включает в себя «по­бег» индивида от травматического опыта, приводящий к социальному уходу. По какому из приведенных прин­ципов развивается этот «побег»:
147. позитивное подкрепление;
148. научение избеганию;
149. порицание;
150. вероятностное прогнозирование;
151. негативное подкрепление.
152. С какой стадии начинается стресс?
153. со стадии адаптации;
154. со стадии тревоги;
155. со стадии резистентности;
156. со стадии истощения;
157. нет верных ответов.
158. Какие железы играют наиболее важную роль в формировании ответных реакций организма во время стресса?
159. щитовидная железа;
160. поджелудочная железа;
161. мозговое вещество надпочечников;
162. корковое вещество надпочечников;
163. гипофиз.
164. Какое из перечисленных условий способствует переходу стресса в дистресс?
165. положительный эмоциональный фон;
166. наличие достаточных ресурсов для преодоления стресса;
167. опыт решения подобных проблем в прошлом;
168. негативный прогноз на будущее;
169. нет верных ответов.
170. Какое из перечисленных условий способствует переходу стресса в эустресс?
171. чрезмерная сила стресса;
172. большая продолжительность стрессорного воздействия;
173. одобрение действий индивидуума со стороны социальной среды;
174. недостаток информации о собственном состоянии;
175. все ответы верны.
176. Что общего у биологического и психологического стресса?
177. участие гормонов надпочечников;
178. преимущественное влияние на социальный статус человека;
179. наличие реальной угрозы жизни и здоровью;
180. неопределенные временные границы стресса;
181. все ответы верны.
182. Укажите пример психологического стресса:
183. воспалительная реакция после ожога;
184. болезнь, вызванная вирусной инфекцией;
185. повышение артериального давления после семейной ссоры;
186. травма, связанная с падением;
187. травмы, связанные с аварийными ситуациями.
188. К какой форме стресса относится нарушение концентрации внимания?
189. поведенческой;
190. эмоциональной;
191. интеллектуальной;
192. физиологической;
193. нет верных ответов.
194. К какой форме стресса относится головная боль?
195. поведенческой;
196. эмоциональной;
197. интеллектуальной;
198. физиологической;
199. нет верных ответов.
200. К какой группе эмоциональных изменений относится снижение самооценки, которое имеет место у некоторых людей при психологическом стрессе?
201. к изменению эмоционального фона;
202. к выраженным негативным эмоциональным реакциям;
203. к изменениям в характере;
204. к невротическим состояниям;
205. все ответы верны.
206. На какой стадии стресса наиболее вероятен переход стресса в болезнь?
207. тревоги;
208. адаптации;
209. истощения;
210. на любой из перечисленных;
211. нет верных вариантов.
212. Какой из перечисленных элементов, влияющих на развитие стресса, относится к когнитивным факторам?
213. тип высшей нервной деятельности;
214. родительские сценарии;
215. условия труда;
216. прогноз будущего;
217. темперамент.
218. Какой из перечисленных элементов, влияющих на развитие стресса, не относится к социальным факторам?
219. ближнее социальное окружение;
220. общественный статус;
221. условия;
222. установки и ценности человека;
223. верные ответы «1» и «2».
224. Какой из перечисленных элементов, влияющих на развитие стресса, формируется позже всего?
225. наследственные особенности стрессоустойчивости;
226. черты личности;
227. ранний детский опыт;
228. тип высшей нервной деятельности;
229. характер протекания беременности у матери.
230. Что НЕ влияет напрямую на уровень сензитивности человека?
231. чувствительность рецепторов;
232. тип высшей нервной деятельности;
233. легкость образования условно-рефлекторных связей в коре мозга;
234. особенность процессов мышления;
235. изменение чувствительности в процессе индивидуального опыта.
236. Застойный очаг возбуждения в коре больших полушарий мозга является причиной развития ПТСР в рамках:
237. физиологической концепции;
238. биохимической концепции;
239. психоаналитической концепции;
240. когнитивной концепции;
241. информационной концепции.
242. Какая причина стресса связана с длительно действующими программами поведения?
243. стресс, вызванный ошибками мышления;
244. стресс, вызванный невозможностью удовлетворить физиологические потребности;
245. стресс, вызванный столкновением противоположных условных рефлексов;
246. стресс, вызванный неадекватными родительскими программами;
247. нет верных ответов.
248. Какая причина стресса связана с динамически меняющимися программами поведения?
249. стресс, связанный с генетическими особенностями организма;
250. стресс, вызванный невозможностью удовлетворить «высшие» потребности личности;
251. стресс, вызванный неумением распоряжаться временем;
252. стресс, вызванный неадекватными установками и убеждениями;
253. все ответы верны.
254. К какой группе потребностей по Л. Маслоу, относится стресс, вызванный неразделенной любовью?
255. физиологические потребности;
256. безопасности и стабильности;
257. принадлежности;
258. уважения и признания;
259. самореализации.
260. К какой группе объективных причин стресса можно отнести техногенные катастрофы?
261. к условиям жизни и работы;
262. к межличностным факторам;
263. к политическим и экономическим факторам;
264. к чрезвычайным обстоятельствам;
265. все ответы верны.
266. К какой области казуальной классификации стрессов относится страх темноты?
267. к области мудрого принятия;
268. к области конструктивных действий;
269. к области субъективных стрессов;
270. к области саморегуляции;
271. нет верных ответов.
272. Какая причина стресса не относится к группе объективных факторов?
273. вредные характеристики производственной среды;
274. тяжелые условия работы;
275. отношения с руководством;
276. чрезвычайные обстоятельства;
277. верно «2» и «3».
278. Какая причина стресса относится к группе профессиональных субъективных причин?
279. низкая самооценка;
280. неуверенность в себе;
281. страх неудачи;
282. нехватка знаний, умений и навыков;
283. все ответы верны.
284. Какая профессия, по результатам исследования английских психологов является наиболее стрессогенной:
285. библиотекари;
286. пилоты;
287. шахтеры;
288. полицейские;
289. журналисты.
290. Какой фактор, вызывающий стресс у медицинских работников, назван неверно:
291. ответственность за здоровье пациентов;
292. длительное нахождение в «поле» отрицательных эмоций пациентов;
293. монотонный режим работы;
294. низкая заработная плата;
295. нет верных ответов.
296. Каковы признаки посттравматического стрессового расстройства?
297. повышенная тревожность;
298. повышенная агрессивность;
299. немотивированная бдительность;
300. пониженное настроение;
301. все ответы верны.
302. Нарушения психомоторики могут проявляться в:
303. дрожании рук;
304. изменении ритма дыхания;
305. дрожании голоса;
306. в избыточном напряжении мышц;
307. все ответы верны.
308. Лечение психогенных реакций и психозов:
309. включает широкий круг психотерапевтических и социальных мероприятий;
310. психотропных и других лекарственных средств, физио- и трудотерапию;
311. терапевтическая практика определяется остротой и особенностями клинической картины психогении;
312. учитывает склад личности, характер психической травмы и механизмы;
313. учитывает все перечисленное.
314. Неотложная помощь при психогенных реакциях и психозах включает:
315. необходимость удержания больного, прибегая к иммобилизации;
316. для купирования психоза внутримышечное введение препаратов;
317. применение нейролептиков (аминазин, стелазин, галоперидол) и транквилизаторов;
318. все перечисленное;
319. ничего из перечисленного.
320. Реабилитация больных, перенесших психогенные состояния, предусматривает:
321. устранение патологической фиксации на травмирующей ситуации;
322. активизирующее влияние, привлечение к деятельности, не связанной с психотравмирующей ситуацией;
323. помощь в решении социальных проблем;
324. верно «1» и «2»;
325. все перечисленное.
326. В тестовых шкалах подверженности стрессу какое из событий принимается за наиболее стрессовое:
327. рабочий конфликт;
328. потеря работы;
329. смерть мужа/жены;
330. вступление в брак;
331. нет верных ответов.
332. Явление деперсонализации, которое сопровождает синдром эмоционального выгорания, это:
333. чувство эмоциональной опустошенности, уменьшение количества положительных эмоций, возникающих в связи со своей работой;
334. циничное отношение к труду и объектам своего труда (бесчувственное, равнодушное отношение к пациентам, клиентам, посетителям);
335. формирование чувства некомпетентности, фиксация на неудачах в своей профессии;
336. тщательно скрываемое осознание своей профессиональной некомпетентности;
337. верно «1» и «3».
338. Непосредственным ответом на травму утраты являют­ся какие две реакции:
339. отрицание и проекция;
340. шок и отрицание;
341. проекция и регрессия;
342. регрессия и изоляция;
343. изоляция и проекция.
344. Согласно Э. Линдеманну, какое из утверждений верно описывает острое горе:
345. это определенный синдром, включающий в себя психологические и соматические симптомы;
346. может возникать сразу после кризиса или отсроченно;
347. может проявляться как скрыто, так и утриро­ванно ярко;
348. может проявляться вместо типичного синдрома искаженными картинами, представляющими собой отдельные аспекты синдрома горя;
349. все приведенные утверждения верны.
350. Какое из этих утверждений верно характеризует стадию шока и отрицания при переживании утраты:
351. осознание необратимости ут­раты приводит к сожалениям, что было или не было сделано или сказано;
352. переживая горе, человек может быть раздражителен, груб, несвой­ственно для него озлоблен; это нередко переносится на тех, кого он любит и в ком больше всего нуждается;
353. благодаря естественной склон­ности к отрицанию окончатель­ности смерти и стремлению избе­гать радикальных изменений в жизни, человек не воспринимает случившееся как реальность;
354. жизнь становится как темный туннель без выхода, утешения отвергаются, человек чувствует себя бесконечно одиноким и покинутым;
355. угрожающее ощущение необ­ходимости радикально реорга­низовать жизнь.
356. Что из перечисленного ниже характерно для стадии депрессии и чувства безысходности:
357. продолжение обычной жизни, а тем более — получение удоволь­ствия от жизни, вызывают чувство вины;
358. жизнь становится как темный туннель без выхода, утешения отвергаются, человек чувствует себя бесконечно одиноким и покинутым;
359. осознание необратимости ут­раты приводит к сожалениям, что было или не было сделано или сказано;
360. накапливающийся заряд эмо­циональной энергии высвобож­дается как проявления чувства боли и обиды;
361. благодаря естественной склон­ности к отрицанию окончатель­ности смерти и стремлению избе­гать радикальных изменений в жизни, человек не воспринимает случившееся как реальность.
362. Какое из утверждений верно описывает состояние эмоциональной взрывчатости, характерное для людей, переживающих утрату:
363. продолжение обычной жизни, а тем более — получение удоволь­ствия от жизни, вызывают чувство вины;
364. угрожающее ощущение необ­ходимости радикально реорга­низовать жизнь;
365. жизнь становится как темный туннель без выхода, утешения отвергаются, человек чувствует себя бесконечно одиноким и покинутым;
366. переживая горе, человек может быть раздражителен, груб, несвой­ственно для него озлоблен; это нередко переносится на тех, кого он любит и в ком больше всего нуждается;
367. нарушения сна и аппетита, потеря веса и ухудшение здоровья.
368. К какому уровню ситуативной тревожности можно отнести показатель 57 балов по шкале Спилбергера?
369. низкому;
370. среднему;
371. высокому;
372. сверхвысокому;
373. сверхнизкий.
374. Какой элемент не входит в состав триады поведения при структурном анализе стресса?
375. мысли;
376. действия;
377. чувства;
378. последствия;
379. верно «2» и «4».
380. К какой из перечисленных групп методов прогнозирования уровня стресса относится метод множественной регрессии?
381. использование дозированных текстовых стрессов в лабораторных условиях;
382. мысленное моделирование стрессовых ситуаций;
383. прогнозы на основе психологических тестов;
384. математические модели;
385. нет верных ответов.
386. Как называется псевдоразумное объяснение человеком своих поступков в случае, если признание их действительных причин грозит потерей самоуважения или разрушает сложившуюся картину мира?
387. отрицание;
388. сублимация;
389. вытеснение;
390. рационализация;
391. отвлечение.
392. Какое слово-маркер сигнализирует о наличии неадекватной установки негативной генерализации?
393. никогда;
394. должен;
395. обязан;
396. во что бы то ни стало;
397. в полнее возможно.
398. Какая стратегия разрешения конфликта является наиболее трудоемкой, Но наиболее выгодной в долговременном плане?
399. уход (из конфликта и зоны стресса);
400. компромисс (минимизация стресса);
401. соперничество (введение в стресс второго участника);
402. уступка (замена стресса на другой, более приемлемый);
403. сотрудничество (замена стресса на эустресс).
404. Какой фактор учебной сессии снижает уровень стресса:
405. повышенная статическая нагрузка;
406. изменение режима сна и бодрствования;
407. эмоциональные переживания;
408. уверенность в себе;
409. неуверенность в себе.
410. Иоганн Шульц создал свое направление самовнушения, которое назвал аутогенной тренировкой в:
411. 1999 году;
412. 1979 году;
413. 1940 году;
414. 1930 году;
415. 1905 году.
416. Что происходит с сердечно-сосудистой системой человека во время стресса:
417. пульс учащается
418. пульс становится реже
419. давление понижается
420. давление повышается
421. все ответы верны
422. Назовите житейские методы снятия стресса, которые обычно применяют люди для снятия нервно-психического напряжения:
423. нервно-мышечная релаксация
424. медитация
425. ароматерапия
426. физические упражнения
427. нет верных ответов.
428. Какой из перечисленных ниже антистрессорных методов основан на совершенствовании поведенческих навыков:
429. аутогенная тренировка
430. медитация;
431. визуализация;
432. активное слушание;
433. верно «1» и «4».
434. Какой из основных навыков аутогенной тренировки назван неверно:
435. умение вызывать ощущение тяжести в конечностях;
436. умение вызывать ощущение тепла в конечностях;
437. умение вызывать ощущение тепла в эпигастральной области;
438. умение вызывать ощущение тепла в области лба;
439. верно «2» и «3».
440. Кто является основателем аутогенной тренировки:
441. И. Шульц;
442. У. Джеймс;
443. А. Ромен;
444. Э. Джекобсон;
445. А. Лоуэн.
446. Какой из нижеприведенных методов не относится к организационным:
447. усовершенствование орудий и средств труда;
448. воздействие цветом и функциональной музыкой;
449. разработка оптимальных режимов труда и отдыха;
450. рациональная организация рабочих мест;
451. нет верного ответа.
452. К какой группе антистрессорного воздействия относится массаж:
453. к физическим
454. к физиологическим;
455. к биохимическим;
456. к психологическим;
457. к социально-психологическим.
458. К какой группе антистрессорного воздействия относится алкоголь:
459. к физическим
460. к физиологическим;
461. к биохимическим;
462. к психологическим;
463. к социально-психологическим.
464. К какой группе антистрессорного воздействия относится аутотренинг:
465. к физическим
466. к физиологическим;
467. к биохимическим;
468. к психологическим;
469. к социально-психологическим.
470. Какой из перечисленных факторов, влияющих на развитие стресса, отсутствует у бизнесмена — владельца компании:
471. ближнее социальное окружение (родители, друзья, коллеги);
472. некомпетентные подчиненные;
473. недобросовестные партнеры;
474. конкуренты;
475. зависимость от своего начальника.
476. ОПРОСНИК СПИЛБЕРГЕРА—ХАНИНА ПОЗВОЛЯЕТ:
477. оценить уровень депрессии;
478. выявить склонность к полярным колебаниям аффекта;
479. сопоставить истинную и ситуативную самооценку;
480. сопоставить ситуативную и конституциональную тревожность;
481. тип внутриличностного конфликта.
482. КАКОЙ ИЗ ПУНКТОВ СОДЕРЖИТ ВЕРНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СИТУАТИВНОЙ (А) И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ (Б):
483. а — вызванное стрессом состояние, б — сила стресса, превышение которой вызы­вает эту реакцию;
484. а — вариант депрессивного реагирования, б — порог тяжести депрессии, за которым воз­никают суицидные тенденции;
485. а — состояние, возникающее при объективном или субъективном блокировании достижения актуальной цели, б — способность переносить фрустрацию без психобиологической дезадаптации;
486. а — патологический способ реагирования на жизненные трудности, б — сфера потенциальных стрессовых ситуаций, не вызывающих фрустрации;
487. а — состояние характеризующееся субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью, б — устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие.
488. СОСТОЯНИЕ, КОТОРОЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОПАДАНИИ В СТРЕССОВУЮ СИТУАЦИЮ И ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СУБЪЕКТИВНЫМ ДИСКОМФОРТОМ, НАПРЯЖЕННОСТЬЮ, БЕСПОКОЙСТВОМ И ВЕГЕТАТИВНЫМ ВОЗБУЖДЕНИЕМ – ЭТО:
489. ситуативная тревожность;
490. фрустрационная толерантность;
491. алекситимия;
492. личностная тревожность;
493. соматогения.
494. КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ЧЕРТА, ОБУСЛОВЛИВАЮЩАЯ СКЛОННОСТЬ ВОСПРИНИМАТЬ УГРОЗУ В ШИРОКОМ ДИАПАЗОНЕ СИТУАЦИЙ – ЭТО:
495. ситуативная тревожность;
496. фрустрационная толерантность;
497. алекситимия;
498. личностная тревожность;
499. соматогения.
500. Вторую степень нервно-психического напряжения (по Т. А. Немчину) характеризует следующее:
501. снижение характеристик внимания и памяти
502. головные боли
503. обострение хронических заболеваний
504. проявление личностных черт, мешающих продуктивному общению
505. верно 2 и 3
506. ЦЕЛЯМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИВ­НЫХ СОСТОЯНИЙ СЛУЖИТ:
507. Опросник Стреляу
508. ЕРI-тест Айзенка
509. Опросник Басса—Дарки
510. Шкала Цунга
511. Опросник Спилбергера-Ханина
512. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ОПИСЫВАЕТ ЦЕЛЕВОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ШКАЛЫ А. БЕКА:
513. оценка уровня тревожности
514. выявление типа невротического реагирования
515. выявление предрасположенности к шизофрении
516. оценка степени выраженности депрессии по самооценке
517. выявление акцентуаций характера
518. СКЛОННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ВИДЕТЬ ИСТОЧНИКИ УПРАВЛЕНИЯ СВОЕЙ ЖИЗНЬЮ ЛИБО ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВО ВНЕШНЕЙ СРЕДЕ, ЛИБО В САМОМ СЕБЕ НАЗЫВАЕТСЯ:
519. интроспекцией
520. локусом контроля
521. инверсией
522. паттерном
523. аргументацией
524. ОБРАЩЕННОСТЬЮ НА ОКРУЖАЮЩИЙ МИР ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТИП ЛИЧНОСТИ:
525. интропунитивный
526. интровертированный
527. экстравертированный
528. экстрапунитивный
529. демонстративный
530. ИМПУЛЬСИВНОСТЬ, ИНИЦИАТИВНОСТЬ, ГИБКОСТЬ ПОВЕДЕНИЯ, ОБЩИТЕЛЬНОСТЬ, СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТИРОВАННОСТЬ СВОЙСТВЕННЫ ЛЮДЯМ ТИПА:
531. интровертированного
532. экстравертированного
533. интропунитивного
534. шизоидного
535. циклоидного
536. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЕРНО ОПИСЫВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ ТЕСТА С. РОЗЕНЦВЕЙГА:
537. выявление агрессивных реакций на стресс
538. определение уровня стрессоустойчивости
539. определение типов реагирования на фрустрацию
540. диагностика клинических типов агрессивности
541. диагностика уровня агрессивности
542. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ФРУСТРИРУЮЩЕЙ СИТУАЦИИ ПРИПИСЫВАЕТСЯ ДРУГИМ ЛЮДЯМ ПРИ ТИПЕ РЕАГИРОВАНИЯ:
543. интропунитивном
544. экстрапунитивном
545. интровертированном
546. экстравертированном
547. эгоцентрическом
548. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ФРУСТРИРУЮЩЕЙ СИТУАЦИИ ПРИНИМАЕТ ЧЕЛОВЕК НА СЕБЯ ПРИ ТИПЕ РЕАГИРОВАНИЯ:
549. интропунитивном
550. экстрапунитивном
551. интровертированном
552. экстравертированном
553. эргопатическом
554. КАКОЙ ИЗ ПУНКТОВ СОДЕРЖИТ ВЕРНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФРУ­СТРАЦИИ (А) И ФРУСТРАЦИОННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ (Б):
555. а — вызванное стрессом состояние, б — сила стресса, превышение которой вызы­вает эту реакцию;
556. а — вариант депрессивного реагирования, б — порог тяжести депрессии, за которым воз­никают суицидные тенденции;
557. а — состояние, возникающее при объективном или субъективном блокировании достижения актуальной цели, б — способность переносить фрустрацию без психобиологической дезадаптации;
558. а — патологический способ реагирования на жизненные трудности, б — сфера потенциальных стрессовых ситуаций, не вызывающих фрустрации;
559. а — состояние характеризующееся субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью, б — устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие.
560. УСТОЙЧИВОСТЬ ПСИХИКИ ИНДИВИДА К ВОЗДЕЙСТВИЮ ТЯЖЕЛЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СТИМУЛОВ, СПОСОБНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИ, ЭМОЦИОНАЛЬНО ПЕРЕНОСИТЬ ЖИЗНЕННЫЕ ТРУДНОСТИ БЕЗ СРЫВОВ И ПСИХИЧЕСКИХ СДВИГОВ – ЭТО:
561. ситуативная тревожность;
562. фрустрационная толерантность;
563. алекситимия;
564. личностная тревожность;
565. соматогения.
566. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЕРНО ОПИСЫВАЕТ ШКАЛУ ТРЕ­ВОГИ М. ГАМИЛЬТОНА:
567. личностный опросник, направленный на выяв­ление конституциональной тревожности и си­туационной тревоги;
568. клинико-диагностический опросник, диффе­ренцирующий невротическую и психотическую тревогу;
569. клиническая рейтинговая шкала, предназначенная для измерения тяжести тревожных расстройств пациента;
570. нестандартизованное интервью, используемое в работе с подростками;
571. все ответы верны.
572. ПРИ УСТАНОВКЕ ЯКОРЯ В НЛП НЕОБХОДИМО СОБЛЮДАТЬ ЭТО ПРАВИЛО:
573. «Якорь ставится незадолго до пика переживания. В момент пика его нужно постепенно убирать»;
574. «При установке якоря нужно выбирать уникальный стимул, т. е. стимул, не использующийся в повседневной жизни часто»;
575. «Следует воспроизводить якорь чрезвычайно точно»;
576. верно все перечисленное;
577. верно 1 и 3.
578. РЕФРЕЙМИНГ – ЭТО:
579. обучение новым, более эффективным и конструктивным формам поведения;
580. «привязка» изменений, произошедших в процессе консультирования, к реальной жизни клиента;
581. выражение вытесненных травматических переживаний в виде слез, «двигательной бури» и криков;
582. проецирование консультантом своих проблем на предоставленный клиентом материал;
583. обнаружение иного нового смысла происходящих событий, изменение точки зрения на ситуацию, открытие позитивных сторон.
584. РЕПРЕЗЕНТАТИВНАЯ СИСТЕМА – ЭТО:
585. преимущественный способ получения человеком информации из внешнего мира;
586. то же самое, что модальность восприятия и сенсорный канал;
587. «план жизни», составленный в детстве;
588. зрительно воспринимаемый диапазон движений, выполняющих выразительно-регулятивную функцию в общении;
589. верно 1 и 2.
590. ВЕРБАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ТИПА ТЯЖЕЛО, ЛЕГКО, РАСКРЫТЬ, РАЗЛО­ЖИТЬ И Т. П., ХАРАКТЕРИЗУЮТ:

визуальную репрезентативную систему;

кинестетическую репрезентативную систему;

аудиальную репрезентативную систему;

дигитальную репрезентативную систему;

все ответы верны.

1. ВЕРБАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ТИПА НЕКРАСИВО, ВИДИМО, МОЯ ТОЧКА ЗРЕНИЯ, ЯСНО И Т. П., ХАРАКТЕРИЗУЮТ:

визуальную репрезентативную систему;

кинестетическую репрезентативную систему;

аудиальную репрезентативную систему;

дигитальную репрезентативную систему;

все ответы не верны.

1. ВЕРБАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ТИПА ГОВОРИТЬ, ШУМНО, СЛЫШАТЬ, МЕЛОДИЧНЫЙ И Т. П., ХАРАКТЕРИЗУЮТ:

визуальную репрезентативную систему;

кинестетическую репрезентативную систему;

аудиальную репрезентативную систему;

дигитальную репрезентативную систему;

все ответы верны.

**Ситуационные задачи**

**ЗАДАЧА №1**

*(фрагмент романа Лескова Н.С. «Обойденные»)*

«Долинский по-прежнему сидел над постелью и неподвижно смотрел на мертвую голову Доры...

*—*Нестор Игнатьич! — позвал его Онучин.

Ответа не было. Онучин повторил свой оклик— то же самое, Долинский не трогался.

Вера Сергеевна постояла несколько минут и, не снимая своей правой руки с локтя брата, левую сильно положила на плечо Долинского и, нагнувшись к его голове, сказала ласково:

—Нестор Игнатьич!

Долинский как будто проснулся, провел рукою по лбу и взглянул на гостей.

1. Здравствуйте! — сказала ему опять m-lle Онучина.
2. Здравствуйте! — отвечал он, и его левая щека опять скривилась в ту же странную улыбку.

Вера Сергеевна взяла его за руку и опять с усилием крепко ее пожала … положила обе свои руки на плечи Долинского и сказала:

1. Одни вы теперь остались!
2. Один, — чуть слышно ответил Долинский и, оглянувшись на мертвую Дору, снова улыбнулся.
3. Ваша потеря ужасна, — продолжала, не сводя с него своих глаз, Вера Сергеевна.
4. Ужасна, — равнодушно ответил Долинский.

Онучин дернул сестру за рукав и сделал строгую гримасу. Вера Сергеевна оглянулась на брата и, ответив ему нетерпеливым движением бровей, опять обратилась к Долинскому, стоявшему перед ней в окаменелом спокойствии.

1. Она очень мучалась?
2. Да, очень.
3. И так еще молода!

Долинский молчал и тщательно обтирал правою рукою кисть своей левой руки.

—Так прекрасна!

Долинский оглянулся на Дору и уронил шепотом:

1. Да, прекрасна.
2. Как она вас любила!.. Боже, какая это потеря! Долинский как будто пошатнулся на ногах.
3. И за что такое несчастье!
4. За что! За... за что! — простонал Долинский и, упав в колена Веры Сергеевны, зарыдал, как ребенок, которого без вины наказали в пример прочим.
5. Полноте, Нестор Игнатьич, — начал было Кирилл Сергеевич, но сестра снова остановила его сердобольный порыв и дала волю плакать Долинскому, обхватившему в отчаянии ее колени.

Мало-помалу он выплакался и, облокотясь на стул, взглянул еще раз на покойницу и грустно сказал:

—Все кончено». (Шефов С.А. Психология горя)

**Вопросы:**

1. В каком состоянии находится Долинский в начале беседы? Какие признаки на это указывают?
2. Какие задачи стоят перед психологом или тем, кто находится рядом с человеком, потерявшим своего близкого, на стадии шока и отрицания?
3. Какие действия нужно предпринять, чтобы вывести человека из состояния шока?
4. Что можно сделать, чтобы облегчить и стимулировать процесс признания потери и выражения чувств, связанных со смертью близкого?
5. С точки зрения правил психологической помощи при переживании утраты оцените действия Веры Сергеевны и Кирилла Сергеевича.

**Правильные ответы:**

1. Долинский находится в состоянии шока. Такой вывод можно сделать по следующим признакам: он сидит в застывшей позе, не реагирует на окружающих, не сразу откликается на обращенные к нему слова, «странно» улыбается (его «странная улыбка», неадекватная ситуации, очевидно, скрывает под собой массу сильнейших переживаний, не находящих себе выражения).
2. **(1)** прежде всего, вывести человека из шокового состояния, **(2)** затем помочь ему признать факт потери, когда он будет к этому готов, и **(3)** постараться пробудить чувства, а тем самым запустить работу горя.
3. **(1)** обращаться к потерпевшему утрату по имени, задавать простые вопросы и просьбы, **(2)** использовать привлекающие внимание, значимые зрительные впечатления, например, предметы, связанные с усопшим и **(3)** поддерживать тактильный контакт с горюющим.
4. **(1)** Быть открытым по отношению к горюющему человеку и всем возможным его переживаниям, обращая внимание на малейшие их признаки и проявления. **(2)** Открыто выражать свои чувства по отношению к нему и по поводу случившейся утраты. **(3)** Говорить об эмоционально значимых моментах случившегося, затрагивая тем самым скрытые чувства. Необходимо, однако, помнить о том, что защитные механизмы на первых порах могут быть нужны человеку, так как помогают ему устоять на ногах после полученного удара, не рухнуть под шквалом эмоций. Поэтому очень важно, чтобы психолог был чутким к состоянию человека, осознавал смысл и силу своих действий и умел тонко почувствовать момент, когда горюющий психологически готов встретить в полном масштабе потерю и весь объем связанных с ней чувств.
5. Вера Сергеевна является примером последовательно грамотного взаимодействия с потерпевшим утрату. При сохранении тактильного контакта с Долинским она начала с констатации факта потери, затем попыталась обратиться к чувствам собеседника, пораженного утратой. Однако сразу разбудить их не удалось — он все еще пребывал в шоковом состоянии — «окаменелом спокойствии». Тогда Вера Сергеевна стала обращаться к эмоционально значимым моментам потери, как бы прикасаясь то к одной, то к другой болевой точке. При этом она, по сути дела, эмпатически отражала, озвучивала то, что, должно быть, происходило внутри Долинского, и тем самым прокладывала русло для его переживаний, не находящих себе выхода. В приведенном эпизоде он привел к закономерному целительному результату — Долинский выразил свое горе, свой гнев и обиду («За что!»), оплакал потерю любимой и в конце пришел если не к принятию, то, по крайней мере, к действительному признанию смерти Доры («Все кончено»).

Кирилл Сергеевич пытался удержать сначала сестру, затем Долинского. Своими действиями он показывает нам, как не надо вести себя со скорбящим человеком, а именно: замалчивать случившееся несчастье и мешать человеку оплакивать умершего, выражать свое горе.

**ЗАДАЧА №2**

У молодой мамы тяжело заболела и в скором времени скончалась трехмесячная единственная дочка. Вместе с ее смертью рухнули и все родительские надежды. Новый этап жизни потерпевшей утрату женщины, едва начавшись, неожиданно прервался. Около полумесяца она пребывала в состоянии шока, как будто жизнь остановилась. Затем пришли боль, депрессия, полное равнодушие к жизни. И вот в этот тяжелейший кризисный период коллеги и знакомые начали одолевать ее уговорами выйти на работу: хватит, дескать, уже горевать, надо подумать и о себе. Вероятно, побуждения людей были при этом самыми благими, однако от их слов скорбящей матери становилось еще хуже. У нее появилось чувство, что она не имеет права горевать, а также возникло подозрение, что с ней не все в порядке. По этому поводу женщина решила обратиться за помощью к психологу. На консультации ее беспокоил, прежде всего, вопрос: нормально ли ее горе? (Шефов С.А. Психология горя)

**Вопросы:**

1. Обоснованы ли опасения клиентки по поводу «нормальности» ее горя? Какова средняя продолжительность интенсивного периода горевания?
2. В чем может состоять помощь психолога на этапе острого горя?
3. В чем может состоять помощь психолога на этапе восстановления после тяжелой утраты?
4. Дайте краткую характеристику трехступенчатой модели психологической помощи при переживании утраты.
5. Каких высказываний стоит избегать в разговоре с людьми, переживающими утрату?

**Правильные ответы:**

1. Опасения клиентки по «нормальности» ее состояния необоснованы. Интенсивный период горевания продолжается в среднем около года, а бывает, и больше.
2. Обычно на острой стадии горя человек жаждет, прежде всего, облегчения страданий, так как боль утраты и другие переживания могут быть невыносимыми. Парадокс состоит в том, что в этот период психолог должен помогать в переживании боли, необходимом для заживления травмы, а не избегать и не отрицать ее.

Следует говорить об умершем, причине смерти и чувствах в связи с происшедшим. Спрашивать об умершем, слушать воспоминания о нем, рассказы о его жизни, даже если они неоднократно повторяются. Вопросы: «На кого он был похож?», «Можно ли увидеть его фотографии?», «Что он любил делать?», «Что вы сейчас вспоминаете о нем?» вовсе не бестактны, они позволяют скорбящему выговориться.

Если перенесший потерю человек как бы замирает, ничего не говорит, глядя в пространство, не стоит пытаться его разговорить, во что бы то ни стало заполнить тишину словами. Необходимо быть готовыми продолжить разговор, когда тот возвратится к реальности. Не всегда нужно знать, в какие воспоминания погружается человек, о чем он думает. Главное – создать вокруг него атмосферу присутствия и понимания.

В случае внезапной или насильственной смерти необходимо неоднократно обсуждать все мельчайшие детали, до тех пор, пока они не утратят своего устрашающего, травматического характера, – только тогда человек, потерявший близкого, сможет оплакивать его.

Необходимо дать возможность выплакаться, не стараясь непременно утешать. При этом не следует всем своим видом постоянно подчеркивать сочувственное отношение, подчеркивать особый статус страдающего человека.

Постепенно (ближе к концу этого периода) следует приобщать скорбящего к повседневной деятельности.

1. Надо помогать заново включиться в жизнь, планировать будущее. Поскольку человек может неоднократно возвращаться к переживаниям острого периода, необходимо давать ему возможность вновь и вновь говорить об умершем. Полезными в этот период могут быть и какие-либо просьбы о помощи со стороны друзей, близких, выполнение которых поможет пережившему утрату «встряхнуться»; иногда эффективны даже упреки в безразличии, невнимании к близким, напоминания об обязанностях.
2. Стадия 1 «Изучение (исследование)» – на этой стадии клиент рассказывает о своей утрате, выражает связанные с ней чувства, консультант выслушивает его, применяя техники терапевтического слушания. К задачам консультанта на этой стадии относятся также установление контакта с клиентом, формулировка психотерапевтического диагноза, обсуждение «границ» консультации, куда включаются вопросы конфиденциальности, расписания, особых условий и другие.

Стадия 2 «Новое понимание» – на этой стадии клиент с помощью консультанта пробует понять, какую роль играет это событие в его жизни, посмотреть на ситуацию с другой точки зрения, со стороны.

Стадия 3 «Действия» – на этой стадии клиент решает задачи принятия потери и адаптации к новой (без умершего) жизни, консультант оказывает клиенту необходимую поддержку в осуществлении его нового жизненного плана, помогает оценить произведенные действия.

1. Ошибочными будут высказывания следующего рода:

**(1)** Неуместные высказывания, порожденные непониманием горя или желанием заглушить его: «Ну, ты еще молода, и снова выйдешь замуж», «Не плачь — ей бы это не понравилось», «Будь сильным», «Тебе нужно держаться», «Не следует давать волю слезам» и т. п.

**(2)** Проекция своего опыта, например, в словах: «Ваши чувства мне так понятны». На самом деле любая потеря индивидуальна, и никому не дано в полной мере познать страдание и тяжесть утраты другого.

**(3)** Проекция своих желаний: «Тебе надо продолжать свою жизнь», «Тебе надо кончать с трауром», «Вы должны бы уже справиться с этим» (как правило, такие высказывания отражают собственные потребности человека, который их произносит).

**ЗАДАЧА№3**

Митрополит Сурожский Антоний рассказывает о своей беседе с восьмидесятилетним стариком, шестьдесят лет терпевшим душевные муки из-за давнего несчастного случая, когда он во время гражданской войны нечаянно убил свою невесту. Этот человек всю жизнь молился, каялся перед Богом, искал совета и помощи у разных людей, но не мог найти покоя. Проникнутый состраданием и желанием помочь старику, владыка Антоний посоветовал ему: «Вы обращались ко Христу, Которого вы не убивали, к священникам, которым вы не нанесли вреда. Почему вы никогда не подумали обратиться к девушке, которую вы убили?». «Он изумился, — рассказывает далее митрополит Антоний. — Разве не Бог дает прощение? Ведь только Он один и может прощать грехи людей на земле... Разумеется, это так. Но я сказал ему, что если девушка, которую он убил, простит его, если она заступится за него, то даже Бог не может пройти мимо ее прощения. Я предложил ему сесть после вечерних молитв и рассказать этой девушке о шестидесяти годах душевных страданий, об опустошенном сердце, о пережитой им муке, попросить ее прощения, а затем попросить также заступиться за него и испросить у Господа покоя его сердцу, если она простила. Он так и сделал, и покой пришел». (Шефов С.А. Психология горя)

**Вопросы:**

1. Какую психотерапевтическую технику напоминает совет, данный митрополитом? В рамках какого психотерапевтического метода была разработана эта техника? Как применяется эта техника в условиях профессионально организованной помощи при переживании утраты?
2. Какие факторы способствуют тому, что чувство вины становится гипертрофированным, превращается в самобичевание?
3. Какой будет стратегическая линия действий психолога при работе с проблемой вины перед умершим?
4. По каким признакам можно отличить невротическую вину от экзистенциальной?
5. Какой позитивной смысл можно извлечь из чувства вины? Как можно реализовать положительный смысл вины?

**Правильные ответы:**

1. Техника «пустого стула».

Гештальт-терапия.

Прежде чем начинать непосредственно ее использовать, необходимо актуализировать энергию чувств, адресованных умершему. Для этого обычно бывает достаточно оживить в памяти эмоционально значимые события прошлого, связанные с умершим. Один из щадящих и ненавязчивых вариантов начала работы — это просто попросить человека вспомнить и рассказать о самых приятных моментах из прошлой совместной жизни с умершим. В большинстве случаев рассказчик очень скоро начинает испытывать сильные эмоциональные переживания. И, если к тому времени уже обозначена проблема незавершенных отношений с умершим, остается только, исходя из конкретной ситуации, сделать «мостик» к технике «пустого стула». Далее консультант ставит перед клиентом стул и предлагает представить, что на нем сидит умерший, которому сейчас можно сказать то, что хочется. В определенный момент (его надо почувствовать) клиенту предлагается пересесть на пустой стул, то есть встать на место своего близкого и ответить себе от его имени. Здесь есть один принципиальный момент: речь должна вестись в настоящем времени и от первого лица (как будто в тот момент действительно говорит умерший). После этого клиент возвращается на свой стул и получает возможность ответить на прозвучавшие «слова своего близкого». При необходимости (если осталось что-то незавершенное) можно повторить перемещение со стула на стул. Основная цель данной техники — завершить гештальт отношений между людьми. Переживающий утрату получает шанс сказать умершему то, что не успел сказать ему при жизни, попросить прощения, поделиться своими чувствами и, быть может, даже спросить о чем-то.

1. **(1)** незавершенные конфликты с умершим, **(2)** недостаток внимания к умершему при жизни, **(3)** несказанные слова, невыполненные обещания перед умершим, **(4)** убежденность горюющего (как обоснованная, так и необоснованная) в том, что он своими действиями (либо бездействием) виновен в этой смерти, **(5)** идеализация умершего, **(6)** обида на умершего, **(7)** «очернение» самого себя, склонность преувеличивать свои недостатки.
2. **(1)** Поговорить с человеком об этом чувстве, дать ему возможность рассказать о своих переживаниях, выразить их.

**(2)** Убедиться в том, что клиент действительно хочет избавиться от чувства вины.

**(3)** Выяснить природу вины: невротическая она или экзистенциальная.

**(4)** В случае невротической вины, не являющейся подлинной и собственной, задача состоит в том, чтобы выявить ее источник, помочь переосмыслить ситуацию, выработать более зрелое отношение и, таким образом, изжить первоначальное чувство.

**(5)** В случае экзистенциальной вины, возникающей как последствие непоправимых ошибок и, в принципе, неустранимой, задача состоит в том, чтобы помочь осознать значимость вины (если человек не хочет с ней расстаться, значит, зачем-то она ему нужна), извлечь из нее позитивный жизненный смысл и научиться с ней жить.

**(6)** Попросить прощения у покойного, попрощаться с ним. Сделать это можно в разной форме: мысленно, письменно или же в технике «пустого стула».

1. Первым диагностическим критерием невротической вины служит несоответствие тяжести переживаний действительной величине «проступков». Причем иногда эти «проступки» могут вовсе оказаться мнимыми. Вторым критерием выступает наличие в социальном окружении клиента некоего внешнего источника обвинения, по отношению к которому он, скорее всего, испытывает какие-либо негативные эмоции, например, возмущение или обиду. Третьим критерием является то, что вина не становится для человека собственной, а оказывается «инородным телом», от которого он всей душой жаждет избавиться. Для выяснения этого можно использовать следующий прием. Психолог просит человека представить фантастическую ситуацию: некто бесконечно могущественный предлагает моментально, прямо сейчас, совсем избавить его от вины — согласится он на это или нет. Предполагается, что если клиент отвечает «да», то его вина невротическая, если же он отвечает «нет», то вина экзистенциальная.
2. В качестве примеров позитивных смыслов, которые могут быть извлечены из чувства вины, стоит назвать следующие: **(1)** вина как жизненный урок (осознание, что нужно вовремя дарить людям добро и любовь — пока они живы, пока сам жив, пока есть такая возможность); **(2)** вина как плата за ошибку (душевные муки, испытываемые человеком, раскаивающимся в прошлых поступках, приобретают смысл искупления); **(3)** вина как свидетельство нравственности (человек воспринимает чувство вины как голос совести и приходит к выводу, что это чувство абсолютно нормально, и наоборот, было бы ненормально (безнравственно), если бы он его не испытывал).

Реализовать положительный смысл вины или, по крайней мере, направить вину в положительное русло помогут следующие действия: **(1)** Если то, с чем связана вина, нельзя исправить, то клиент может направить силы на совершение добрых дел, помощь другим людям, благотворительность (это станет противовесом тому поступку, который является источником его вины); также клиент может совершить что-то в память о самом покойном, из любви и уважения к нему (например, завершить начатое им дело), даже если эти поступки никак не связаны с предметом вины. **(2)** Если то, что вызывает чувство вины, пусть с опозданием (уже после смерти близкого), но все же может быть исправлено или реализовано хотя бы частично (например, просьба умершего помириться с родными), то клиенту стоит сделать это и, тем самым, задним числом в какой-то степени оправдаться в глазах умершего (перед его памятью).

**Вопросы для подготовки:**

1. Понятие адаптации. Общий адаптационный синдром (стресс).
2. Соотношение понятий «стрессовая ситуация», «чрезвычайная ситуация», «экстремальная ситуация» и «кризисная ситуация».
3. Факторы, определяющие экстремальность ситуации (Everstine, Everstine, 1993).
4. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации в МКБ-10.
5. Острая реакция на стресс (F43.0).
6. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (F43.1). Диагностические критерии ПТСР в МКБ-10.
7. Расстройство приспособительных реакций (F43.2).
8. Диагностические критерии ПТСР в DSM-IV. Типы течения ПТСР.
9. Стадии формирования постстрессовых нарушений (Ромек и др., 2004).
10. Стадии динамики состояния людей после психотравмирующих ситуаций (Решетников и др., 1989).
11. Классификация методов диагностики стресса, стрессовых расстройств и стрессоустойчивости.
12. Консультирование лиц с признаками нарушенной адаптации.
13. Техники психологической коррекции дезадаптивного реагирования.
14. Техника «Взмах».
15. Техника «Шестишаговый рефрейминг».
16. Техника «Визуально-кинестетическая диссоциация».
17. Принципы оказания помощи людям, перенесшим психологическую травму в результате влияния экстремальных ситуаций.
18. Базовые функции службы экстренной психологической помощи. Отличия работы психолога в экстремальных условиях от обычной терапевтической ситуации (Ловелле, Малимонова, 2003).
19. Цель и задачи экстренной психологической помощи. Направления проведения психотерапии и психопрофилактики при экстремальных ситуациях.
20. «Информационная» терапия жертв экстремальной ситуации, находящихся в полной изоляции от окружающего мира (вследствие землетрясения, разрушения жилищ, аварий, взрывов и т.д.).
21. Правила первой помощи для психологов, работающих в экстремальной ситуации.
22. Техники экстренной психологической помощи при острой реакции на стресс.
23. Техники экстренной психологической помощи при бреде и галлюцинациях.
24. Техники экстренной психологической помощи при апатии.
25. Техники экстренной психологической помощи при ступоре.
26. Техники экстренной психологической помощи при двигательном возбуждении.
27. Техники экстренной психологической помощи при агрессии.
28. Техники экстренной психологической помощи при страхе.
29. Техники экстренной психологической помощи при истерике.
30. Техники экстренной психологической помощи при нервной дрожи.
31. Техники экстренной психологической помощи при плаче.
32. Техники экстренной психологической помощи при экстремальных ситуациях (насилие), связанные с угрозой для жизни.
33. Техники экстренной психологической помощи жертвам сексуального насилия.
34. Психологический дебрифинг.
35. Психологическая картина нормального горя.
36. Стадии переживания утраты.
37. Четыре задачи горя (В. Ворден).
38. Патологическое горе.
39. Тактика оказания психологической помощи при переживании утраты.
40. Нарративная терапия при переживании утраты. Снова сказать «Здравствуй!» (Майкл Уайт).
41. Факторы адаптации и стрессоустойчивости.
42. Понятие ассертивности. Развитие навыков ассертивного поведения.
43. Тайм-менеджмент как система знаний об эффективном управлении временем. Техники тайм-менеджмента.
44. Экспресс-методы снятия стресса и управления трудными психологическими состояниями.

**Модуль 2 Клиника психогенных расстройств и зависимостей**

**Тема 3** *Зависимостные расстройства личности*

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

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Личности как психологическое понятие, структурные компоненты личности и её функции.
2. Личность и поведение.
3. Личностные аддикции (зависимые формирования личности).

**Тестовый контроль**

1. В ОТЛИЧИЕ ОТ К. ЛЕОНГАРДА, ОПИСАВШЕГО АКЦЕНТУАЦИИ ЛИЧНОСТИ, А.Е. ЛИЧКО:
2. Рассматривал акцентуации как проявление тем­перамента
3. Считал их специфическими проявлениями под­росткового криза
4. Соотносил акцентуации с характером как стерж­невым свойством личности
5. Рассматривал акцентуации как предиктор психозов
6. Предполагал, что акцентуации встречаются только у 12 – 15% населения
7. АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:
8. Нормальные и патологические
9. Явные и скрытые
10. Временные и постоянные
11. Нормативные и девиантные
12. Ядерные и краевые
13. ТО, ЧТО В СОВРЕМЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИЯХ ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ, РАНЬШЕ ОБОЗНАЧАЛОСЬ КАК:
14. Девиантное поведение
15. Реактивные состояния
16. Конституционные психозы
17. Психопатии
18. Мания
19. ПО П.Б.ГАННУШКИНУ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ПСИХОПАТИЯХ (ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВАХ) ПОДРАЗУМЕВАЕТ НАЛИЧИЕ В ПОВЕДЕНИИ ТАКИХ ПРИЗНАКОВ КАК:
    1. Тотальность
    2. Стабильность
    3. Динамичность
    4. Дезадаптация
    5. Всех, кроме п. «3»
20. КРИТЕРИИ ПСИХОПАТИЙ П.Б. ГАННУШКИНА И О.В. КЕРБИКОВА ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ:
21. Выраженность патологических свойств личности до степени нарушения социальной адаптации
22. Относительная стабильность и малая обратимость патологических свойств личности
23. Тотальность патологических черт личности, оп­ределяющих весь психический облик человека
24. Верно указанное в п. «1» и «2»
25. Верно приведенное в пп. 1—3
26. НАЛИЧИЕ ДИЗАДАПТИВНЫХ И РИГИДНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ПАТ­ТЕРНОВ, РАНЕЕ ОПРЕДЕЛЯВШИХСЯ КАК ПСИХОПАТИИ, В СОВРЕ­МЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИЯХ ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК:
27. Нарушения контроля
28. Акцентуации личности
29. Расстройства личности
30. Дефекты характера
31. Дефекты воспитания
32. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ВОЗНИКАЮТ В ПРЕДПОЧТИТЕЛЬ­НОМ ДЛЯ КАЖДОГО ИЗ ТИПОВ ВОЗРАСТЕ, НО, В ОБЩЕМ, ЧАЩЕ:
33. В подростковом или детском возрасте
34. В ранней молодости
35. В зрелом возрасте
36. В возрасте до 9 лет
37. В период адаптации к обучению в школе
38. РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ, ПРИ КОТОРОМ ЧЕЛОВЕК БОИТСЯ ЛЮБОГО ВОВЛЕЧЕНИЯ В ЗАБОТЫ И ИНТЕРЕСЫ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ И ОПАСАЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОЯВИТЬ СВОЕ СМУЩЕНИЕ НА ЛЮ­ДЯХ, ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК:
39. Параноидальное
40. Избегающее
41. Диссоциальное
42. Нарцисстическое
43. Эмоционально неустойчивое
44. ИЗБЕГАЮЩЕЕ (ТРЕВОЖНОЕ) РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ХА­РАКТЕРИЗУЕТСЯ:
45. Импульсивностью
46. Эмоциональной взрывчатостью
47. Аутизмом
48. Крайней чувствительностью к насмешкам
49. Стремлением привлекать к себе внимание
50. КАК НАЗЫВАЕТСЯ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУ­ЮЩЕЕСЯ КРАЙНЕЙ ПОТРЕБНОСТЬЮ В ДРУГИХ ЛЮДЯХ ДЛЯ ПРИ­НЯТИЯ РЕШЕНИЯ ИЛИ СОВЕРШЕНИЯ НЕЗАВИСИМЫХ ДЕЙСТВИЙ:
51. Диссоциальное
52. Пограничное
53. Нарцисстическое
54. Зависимое
55. Шизоидное
56. В КАКОМ ИЗ ПУНКТОВ ВЕРНО ОПИСАНО РАЗЛИЧИЕ ИЗБЕГАЮ­ЩЕГО И ШИЗОИДНОГО РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ:
57. Люди с избегающим расстройством личности предпочитают одиночество, тогда как с ши­зоидным — страдают из-за ограниченности кон­тактов
58. Избегающее расстройство личности связано с шизофренией более тесно, чем шизоидное
59. Люди с шизоидным расстройством личности предпочитают одиночество, а с избегающим — стремятся к социальным контактам
60. Люди с шизоидным расстройством личности склонны становиться сверхзависимыми от дру­гих, а с избегающим — нет
61. Люди с избегающим расстройством личности склонны к асоциальным поступкам, а с шизоидным – нет
62. ЧЕЛОВЕК С КАКИМ ТИПОМ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ СОГЛА­СИТСЯ ДАЖЕ С НЕВЕРНЫМ МНЕНИЕМ ДРУГИХ, ЛИШЬ БЫ НЕ ПО­ТЕРЯТЬ ИХ РАСПОЛОЖЕНИЕ:
63. Шизоидным
64. Нарцисстическим
65. Пассивно-агрессивным
66. Избегающим
67. Диссоциальным
68. КАКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЧРЕЗ­МЕРНОЙ ПОГЛОЩЕННОСТЬЮ ЧИСТОПЛОТНОСТЬЮ И РУТИННЫ­МИ ДЕЛАМИ:
69. Избегающее
70. Зависимое
71. Нарцисстическое
72. Ананкастное
73. Шизоидное
74. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ЛУЧШЕ ОПИСЫВАЕТ АНАНКАСТНУЮ ЛИЧНОСТЬ:
75. Тревожно-мнительная личность
76. Ипохондрическая личность
77. Личность, склонная к навязчивым мыслям и действиям
78. Педантично-инертная личность
79. Личность, стремящаяся привлечь внимание любой ценой
80. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЕРНЕЕ ДРУГИХ ОПИСЫВАЕТ ПРО­ГНОЗ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ:
81. Большинство пациентов обнаруживает улучше­ние после нескольких недель лечения
82. В большинстве случаев эффективно лекарствен­ное лечение
83. У подавляющего большинства пациентов улуч­шение наступает спонтанно вне зависимости от лечения
84. У большинства пациентов лечение в смысле достижения устойчивых результатов неэффективно
85. Прогноз при чисто медикаментозном лечении не отличается от прогноза при сочетанном применении фармако- и психотерапии
86. КАК НАЗЫВАЕТСЯ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ, ПРИ КОТОРОМ ПЕРВИЧНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ ЭМОЦИОНАЛЬ­НО ЗАРЯЖЕННОЕ СТРЕМЛЕНИЕ ПРИВЛЕКАТЬ К СЕБЕ ВНИМАНИЕ:
87. Пограничное
88. Нарцисстическое
89. Истерическое
90. Диссоциальное
91. Шизоидное
92. ЛЮДИ С ИСТЕРИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ СКЛОН­НЫ К ДЕМОНСТРАЦИИ ЯРКИХ ЭМОЦИЙ:
93. Потому что это их врожденное свойство
94. В силу эмоциональных ограничений в детстве
95. Чтобы скрыть внутреннее чувство опасности
96. Чтобы вызвать драматический эффект у других
97. Для получения выгоды
98. КАКОЕ ИЗ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ У ЖЕНЩИН:
99. Истерическое
100. Диссоциальное
101. Нарцисстическое
102. Шизоидное
103. Пассивно-агрессивное

**Ситуационные задачи**

**ЗАДАЧА № 1**

К врачу психиатру-наркологу обратилась мать подростка 13 лет с просьбой «закодировать его от алкоголизма для профилактики». В беседе с ней врач выяснил, что признаков злоупотребления психоактивными веществами у подростка нет, но отец ребёнка, а так же оба деда злоупотребляли алкоголем, сам подросток перенес менингит в 6 лет и два года назад получил черепно-мозговую травму.

Вопросы:

1. Выяснив, что показаний для лечения наркологического заболевания у подростка нет, можно ли считать оправданным беспокойство матери ?
2. Меры первичной, вторичной или третичной наркопрофилактики в данном случае должны применяться?
3. Какая модель наркопрофилактики преимущественно должна применяться в отношении этого подростка?
4. Учитывая, что в основе метода «кодирования» А.Р.Довженко, как и в понимании этого термина большей частью населения является запрет, для данного подростка, зная, что ему 13 лет, можно ли применять запретительно-предупредительные профилактические методики?

**ЗАДАЧА № 2**

Во время школьной дискотеки группа старшеклассников после распития спиртных напитков спровоцировала массовую драку с гостями, приглашенными из соседнего кадетского корпуса. Ответственный дежурный педагог безуспешно пыталась дозвониться до наркологического кабинета и инспекции по делам несовершеннолетних. За это время другие школьники успели разнять дерущихся и развести их по домам.

Вопросы:

1. Оправдан ли вызов нарколога в школу в случае массового употребления алкоголя подростками?
2. Как должен поступать дежурный педагог в подобных случаях?
3. С какой целью и когда должен привлекаться врач нарколог в данном случае?
4. Чем, кроме травм и несчастных случаев может осложниться употребление - особенно групповое и массовое – психоактивных веществ подростками во время досуговых мероприятий в школе?

**ЗАДАЧА № 3**

Пациент О., молодой человек 20 лет поступил в отделение реанимации Областного наркологического диспансера из г. Сорочинска.

При поступлении жалобы на рвоту, тошноту, слабость, заторможенность.

Из анамнеза (со слов родных и пациента): Наследственность психопатологически не отягощена. В развитии от сверстников не отставал. Успеваемость была средней. Окончил 9 классов, СПТУ, 2 курса юридического факультета ветеринарного техникума и оставил учебу. Никаких замечаний со стороны учителей не поступало. По характеру спокойный, уравновешенный, общительный. Имеет много друзей. В течение последнего года нигде не работает.

Впервые попробовал спиртные напитки в 16 лет. Злоупотребление спиртными напитками, запои, синдром похмелья отрицает. Выпивает по праздникам с друзьями. На протяжении последних 6-ти месяцев стал часто (2-3 раза в неделю) употреблять спиртные напитки (пиво "Балтику 9", самогон). Последние 2 месяца после приема спиртных напитков отмечались приступы кратковременного потери сознания, однако, по этому поводу, нигде не обследовался.

5 дней назад пациент выпил 250 мл спиртных напитков кустарного приготовления - самогон, вернулся домой и лег спать. Утром почувствовал себя плохо: в глазах все потемнело, бросило в пот, появилась рвота. Каждый прием воды вызывал рвоту. Все последующие дни больной чувствовал себя плохо, но за медицинской помощью не обращался.

На 3-й день вечером выпил около бутылки кустарно изготовленного препарата алкоголя, после чего состояние больного резко ухудшилось: усилилась тошнота, рвота, появилась головная боль. Вызвали бригаду скорой помощи. Больной был осмотрен, однако от госпитализации и оказания медицинской помощи отказался. На следующую ночь поступил в приемный покой МСЧ, где у больного отмечался развернутый судорожный приступ с тонико-клоническими судорогами, пеной изо рта, потерей сознания.

Осмотрен неврологом (на момент осмотра заторможен, речь нечленораздельная, изо рта интенсивный запах алкоголя) и направлен в терапевтическое отделение, где, несмотря на проводимую терапию, состояние ухудшилось. В отделении отмечалось 3 судорожных приступа с потерей сознания и тонико-клоническими судорогами, после чего развилось психотическое состояние. Считал, что находится дома, озирался по сторонам, утверждал, что "в соседнем доме пожар и языки пламени долетают до него, всю руку сожгли". Периодически появлялось психомоторное возбуждение, становился агрессивным, пытался бежать.

Объективно: состояние больного тяжелое. Дезориентирован. Озирается по сторонам. Возбужден. Кожные покровы чистые, обычной влажности. Кожа лица и шеи гиперемирована. Влажная. Общая кожная гиперестезия. Склеры глаз субиктеричны. В легких дыхание везикулярное, ЧД 18 в мин. Сердечные тоны ритмичные, АД 120/80 мм рт ст, пульс 110 в мин. Язык влажный, обложен белым налетом, больше у корня языка. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Неврологически: Зрачки равны, нистагма нет. Оскал зубов симметричен, язык по средней линии. Ригидность мышц затылка на 2 пальца. Тонус в мышцах конечностей периодически повышается. Симптом Кернига под углом в 20 градусов с обеих сторон. Сухожильные и периостальные рефлексы равны, повышены.

Заключение УЗИ: Диффузные изменения в печени (токсический гепатит), в поджелудочной железе. Хронический пиелонефрит.

Проведено лечение: дезинтоксикационная, общеукрепительная, седативная терапия. При введении 4,0 мл раствора реланиума и 20 мл оксибутирата натрия на физиологическом растворе внутривенно отмечалась кратковременная остановка дыхания, в связи с чем проводились реанимационные мероприятия.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Оцените корректность и адекватность назначенного лечения.
5. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте свой выбор.

**Вопросы для подготовки:**

1. Вероятностные расстройства личности (прототипы) в зависимости от личностной типологии.
2. Классификация патологии личности в МКБ-10.
3. Классификация патологии личности в DSM-IV.
4. Патопсихологическая дифференциация расстройств личности.
5. Понятия акцентуации характера, психопатий и психопатоподобных нарушений психики.
6. Типология специфических расстройств личности.
7. Зависимое расстройство личности, включая личностей пассивных и пассивно-подчиняемых, а также личностей астенических (F60.7). Диагностические критерии.
8. Дифференциальная диагностика специфических расстройств личности и особенности психопатоподобных нарушений в рамках других психических и наркологических заболеваний.
9. Дифференциальная диагностика расстройств личности.
10. Профилактика, психокоррекция, лечение и социальная адаптация при специфических расстройствах личности.
11. Учение о патологических развитиях личности.
12. Виды патологического развития личности.
13. Хронические психогенные изменения личности в МКБ-10.
14. Хронические изменения личности после переживания катастрофы (F62.0). Диагностические критерии.
15. Хронические изменения личности после психической болезни (F62.1). Диагностические критерии.
16. Невротическое развитие личности.
17. Расстройства личности у больных психосоматическими заболеваниями.
18. Расстройства личности у больных алкоголизмом.

**Модуль 2 Клиника психогенных расстройств и зависимостей**

**Тема 4** *Основные виды и группы ПСР. Классификация ПСР в МКБ-10. Соматизированная депрессия.*

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

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Депрессивность и стрессоустойчивость у больных, перенесших инфаркт миокарда, способы их определения и коррекции.
2. Особенности внутренней картины болезни при различных хронических заболеваниях (болезни сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата и т.д.).
3. Психоэмоциональный статус и качество жизни у больных с заболеваниями дыхательной системы.

**Тестовый контроль**

1. КАКОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ФАКТОРОВ **НЕ** ВХОДИТ В ЧИСЛО ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА:
2. гипернормативность;
3. курение;
4. неудовлетворенность работой;
5. низкая социальная активность;
6. высокий уровень холестерина в крови.
7. ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЕЙ НАИБОЛЬШУЮ ТРУДНОСТЬ:
8. работа в одной и той же организации на протяжении многих лет;
9. выражение враждебных чувств;
10. ответственное отношение к своему труду;
11. контроль проявлений враждебности;
12. верно все, кроме 2.
13. ТРУДНОСТИ В ВЫРАЖЕНИИ ВРАЖДЕБНЫХ ЧУВСТВ ФОРМИРУЮТСЯ В СЕМЬЯХ:
14. где родители безоговорочно принимают ребенка и учитывают его интересы;
15. с преобладанием в конфликтных ситуациях негативно-невербальной коммуникации (например, не давать ответ, отворачивать голову, избегать контакта взглядами);
16. матерей-одиночек;
17. с холодной, претенциозной и авторитарной матерью и слабым, подавляемым матерью отцом;
18. верно 2 и 4.
19. ОСОБЕННО ПРЕДРАСПОЛОЖЕНЫ К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА МУЖЧИНЫ В ВОЗРАСТЕ 39-40 ЛЕТ (ПО М. ФРИДМЭНУ И Р. РОЗЕНМЭНУ):
20. со способностью энергично добиваться продвижения по службе, ощущением нехватки времени;
21. со скрупулезностью, ананкастичностью;
22. с добродушием;
23. с неуверенностью в себе, склонностью к сомнениям;
24. правильно «2» и «3».
25. ОСНОВНЫМИ ЛИЧНОСТНЫМИ ЧЕРТАМИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ПО Ф. АЛЕКСАНДЕРУ) ЯВЛЯЮТСЯ:
26. враждебная настроенность, сочетающаяся с выраженным контролем и подавлением агрессивных тенденций поведения;
27. паранойяльность;
28. сенситивность;
29. аутистичность;
30. демонстративность.
31. К ЛИЧНОСТНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОТНОСЯТСЯ (ПО В. ОСЛЕРУ):
32. невротичность и сенситивность;
33. тягостное чувство неполноценности;
34. честолюбие, энергичность с уверенностью в своих силах;
35. правильно «1» и «2»;
36. все перечисленное.
37. "КОРОНАРНЫЙ ЛИЧНОСТНЫЙ ТИП" (Ф. ДАНБЭР) ОБНАРУЖИВАЕТ:
38. скрытность, способность сдерживаться;
39. синтонность;
40. гипоманиакальность;
41. неспособность контролировать свои эмоции;
42. астеничность.
43. К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ОСОБЕННО ПРЕДРАСПОЛОЖЕН СЛЕДУЮЩИЙ ТИП ИЗ ПРЕДЛОЖЕННОЙ М. ФРИДМАНОМ И Р. РОЗЕНМАНОМ ТИПОЛОГИИ:
44. тип В;
45. тип А;
46. тип С;
47. тип D;
48. тип Е.
49. ВЫСОКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ЭТОЙ ШКАЛЕ МЕТОДИКИ СМИЛ ОТРАЖАЮТ ВЫСОКУЮ ИЗБИРАТЕЛЬНОСТЬ В КОНТАКТАХ, СКРЫТНОСТЬ, НЕРАЗГОВОРЧИВОСТЬ, НЕЛОВКОСТЬ В ОБЩЕНИИ:
50. сверхконтроля;
51. интроверсии;
52. эмоциональной лабильности;
53. импульсивности;
54. коррекции.
55. ВЫСОКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ЭТОЙ ШКАЛЕ МЕТОДИКИ СМИЛ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ ОБ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТИ, СОЦИАЛЬНОЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НЕЗРЕЛОСТИ ЛИЧНОСТИ И ВЫРАЖЕННОМ ЖЕЛАНИИ ВО ЧТО БЫ ТО НИ СТАЛО ОБРАТИТЬ НА СЕБЯ ВНИМАНИЕ ОКРУЖАЮЩИХ:
56. мужественности-женственности;
57. сверхконтроля;
58. пессимистичности;
59. индивидуалистичности;
60. эмоциональной лабильности.
61. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО СМИЛ (MMPI) ВЫЯВЛЯЕТСЯ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПРЕОБЛАДАНИЕ ШКАЛЫ (ПО ГУБАЧЕВУ И СТАБРОВСКОМУ):
62. шизоидности;
63. депрессии;
64. психастении;
65. ипохондрии;
66. верно все, кроме 1.
67. АВТОРОМ НАИБОЛЕЕ ПОПУЛЯРНОЙ В РОССИИ АДАПТАЦИИ ТЕСТА MMPI, ПОЛУЧИВШЕЙ НАЗВАНИЕ СМИЛ (СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ МНОГОФАКТОРНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ), ЯВЛЯЕТСЯ:
68. Ю.Л. Ханин;
69. Т.И. Балашова;
70. Р.А. Лурия;
71. А.И. Сердюк;
72. Л.Н. Собчик.
73. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АЛЕКСИТИМИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:
74. тест Спилбергера - Ханина;
75. Торонтскую шкалу;
76. тест Мюррея;
77. тест Люшера;
78. тест Айзенка.
79. НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ПО ТОРОНТСКОЙ АЛЕКСИТИМИЧЕСКОЙ ШКАЛЕ СОСТАВЛЯЕТ:
80. не более 45 баллов;
81. от 74 и более баллов;
82. не более 62 баллов;
83. 21 ± 4 балла;
84. не более 150 баллов.
85. РУССКОЯЗЫЧНУЮ АДАПТАЦИЮ МЕТОДИКИ «ТИП ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ» ВЫПОЛНИЛИ:
86. М. Фридман и Р. Розенман;
87. Л.С. Выготский и А.Р. Лурия;
88. И.П. Павлов и В.М. Бехтерев;
89. А.Е. Личко и Н.Я. Иванов;
90. Л.И. Вассерман, Н.В. Гуменюк.
91. ТИП ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ «А» ХАРАКТЕРИЗУЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ:
92. расслабленное, спокойное отношение к жизни;
93. агрессивность по отношению к субъектам, противодействующим осуществлению планов;
94. низкий дух соперничества;
95. тенденция к саморефлексии;
96. преимущественное сосредоточение на качестве, а не на количестве.
97. ДЛЯ ТИПА ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ «А» ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:
98. сверхвовлеченность в работу, неумение отвлечься от работы, расслабиться;
99. повышенная потребность контролировать происходящее и поведение окружающих;
100. нетерпеливость, стремление делать все быстро;
101. преимущественное сосредоточение на качестве, а не на количестве;
102. тенденция подчёркивать значимость количества продукции и недооценивать её качество.
103. ДЛЯ ТИПА ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ «В» ХАРАКТЕРНО:
104. скупость в движениях и проявлениях эмоциональных реакций и чувств;
105. низкий дух соперничества;
106. повышенная потребность контролировать происходящее и поведение окружающих;
107. взвешенность и рациональность в работе и других сферах жизнедеятельности;
108. верно все, кроме 3.
109. УКАЖИТЕ ПУНКТ, В КОТОРОМ ПРАВИЛЬНО ПЕРЕЧИСЛЕНЫ ШКАЛЫ ОПРОСНИКА «ТИП ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ»:
110. тип А, тип Б, тип С;
111. тип А, тип АБ, тип В;
112. тип А, условно – А1, тип АБ, условно – Б1, тип Б;
113. тип А, тип В;
114. нет верного ответа.
115. ЭРГОПАТИЧЕСКИЙ ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ (ПО А.Е. ЛИЧКО), ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ХАРАКТЕРИЗУЕТ:
116. «уход от болезни в работу»;
117. активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного;
118. непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения;
119. «принятие» болезни и поиски выгод в связи с болезнью;
120. поведение по типу «раздражительной слабости».
121. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО **НЕ** ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГАРМОНИЧНОГО ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПО А.Е. ЛИЧКО:
122. трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни;
123. отношение к болезни основано на известных науке фактах о возможности ее излечения, о происхождении симптомов и пр.;
124. нежелание заболевшего обременять других тяготами ухода за собой, наряду с готовностью принимать помощь от окружающих в том объеме, который они готовы ему предоставить;
125. пассивность, при которой пациент как бы «вручает себя медицинскому работнику», не прилагая собственных усилий для оздоровления;
126. в случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации — переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному.
127. АВТОРОМ РУССКОЯЗЫЧНОЙ АДАПТАЦИИ ТЕСТА САМООЦЕНКИ ДЕПРЕССИИ ЦУНГА ЯВЛЯЕТСЯ:
128. Л.Н Собчик;
129. А.И. Сердюк;
130. Р. Шульте;
131. Т.И. Балашова;
132. Ю.Л. Ханин.
133. СОСТОЯНИЕ, КОТОРОЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОПАДАНИИ В СТРЕССОВУЮ СИТУАЦИЮ И ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СУБЪЕКТИВНЫМ ДИСКОМФОРТОМ, НАПРЯЖЕННОСТЬЮ, БЕСПОКОЙСТВОМ И ВЕГЕТАТИВНЫМ ВОЗБУЖДЕНИЕМ – ЭТО:
134. ситуативная тревожность;
135. фрустрационная толерантность;
136. алекситимия;
137. личностная тревожность;
138. соматогения.
139. КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ЧЕРТА, ОБУСЛОВЛИВАЮЩАЯ СКЛОННОСТЬ ВОСПРИНИМАТЬ УГРОЗУ В ШИРОКОМ ДИАПАЗОНЕ СИТУАЦИЙ – ЭТО:
140. ситуативная тревожность;
141. фрустрационная толерантность;
142. алекситимия;
143. личностная тревожность;
144. соматогения.
145. ОПРОСНИК СПИЛБЕРГЕРА—ХАНИНА ПОЗВОЛЯЕТ:
146. оценить уровень депрессии;
147. выявить склонность к полярным колебаниям аффекта;
148. сопоставить истинную и ситуативную самооценку;
149. сопоставить ситуативную и конституциональную тревожность;
150. тип внутриличностного конфликта.
151. КАКОЙ ИЗ ПУНКТОВ СОДЕРЖИТ ВЕРНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СИТУАТИВНОЙ (А) И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ (Б):
152. а — вызванное стрессом состояние, б — сила стресса, превышение которой вызы­вает эту реакцию;
153. а — вариант депрессивного реагирования, б — порог тяжести депрессии, за которым воз­никают суицидные тенденции;
154. а — состояние, возникающее при объективном или субъективном блокировании достижения актуальной цели, б — способность переносить фрустрацию без психобиологической дезадаптации;
155. а — патологический способ реагирования на жизненные трудности, б — сфера потенциальных стрессовых ситуаций, не вызывающих фрустрации;
156. а — состояние характеризующееся субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью, б — устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие.
157. ФОРМА ПСИХОТЕРАПИИ, В КОТОРОЙ УСТРАНЕНИЕ ТЕЛЕСНЫХ И ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ДОСТИГАЕТСЯ ЗА СЧЕТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУШЕНИЯ, ЭТО:
158. психосинтез;
159. гештальт-терапия;
160. телесно-ориентированная психотерапия;
161. суггестивная психотерапия;
162. арт-терапия.
163. Применение аутогенной тренировки при ИБС имеет следующие особенности:
164. для проведения упражнений лучше всего подходит «поза кучера»;
165. исключены такие приемы, как «тяжесть», «сердце», «дыхание»;
166. введены новые упражнения – «легкость в теле», «тепло и свобода в груди» и др.;
167. «поза кучера» и положение лежа исключены, т.к. сопровождаются нежелательными явлениями;
168. верно все, кроме 1.
169. ВНУШЕНИЯ В ГИПНОЗЕ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УЛУЧШЕНИЕ РАБОТЫ СЕРДЦА, ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ СОДЕРЖАНИЕ (ПО БУЛЮ):
170. с каждым сеансом будете замечать, что сердце работает все ритмичнее, правильнее;
171. постоянно будете чувствовать удары своего сердца;
172. сразу замечаете у себя даже малейшие болезненные ощущения в сердце, чтобы принять нитроглицерин;
173. вы совершенно избавляетесь от замираний сердца, вы выздоравливаете;
174. правильно «1» и «4».
175. МЕТОДИКА, ПРИ КОТОРОЙ ПАЦИЕНТ СОЗНАТЕЛЬНО РЕГУЛИРУЕТ СВОИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ, ПОЛУЧАЯ ИНФОРМАЦИЮ ОБ ИХ СОСТОЯНИИ, НАЗЫВАЕТСЯ:
176. аутогенная тренировка;
177. систематическая десентизация;
178. биологическая обратная связь;
179. психогимнастика;
180. все перечисленное.
181. ПОЛОЖЕНИЕ О ТОМ, ЧТО СНИМАЯ ПОСРЕДСТВОМ ПРОИЗВОЛЬНОГО САМОВНУШЕНИЯ НАПРЯЖЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕННОЙ ГРУППЫ МЫШЦ, МОЖНО ИЗБИРАТЕЛЬНО ВЛИЯТЬ НА ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ЭМОЦИИ И БОЛЕЗНЕННЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ЛЕГЛО В ОСНОВУ:
182. метода прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону;
183. внушения в состоянии естественного сна;
184. внушения в гипнозе;
185. верно все перечисленное;
186. верно 1 и 3.
187. ТЕХНИКА СВОБОДНЫХ АССОЦИАЦИЙ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА следующем ПОЛОЖЕНИИ:
188. мысль имеет тенденцию следовать в направлении значи­мого;
189. человеческое поведение целиком детерминировано научением;
190. потребности пациента в лечении направ­ляют его ассоциации на значимое содержание, за исключением тех ситуа­ций, где действует сопротивление;
191. сопротивление становится минималь­ным при расслаблении и максимальным при сосредоточенности;
192. верно все, кроме 2.
193. ЦЕЛЬ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ:
194. перевести в сознание вытесненный в бессознательное материал, помочь клиенту воспроизвести ранний опыт и проанализировать вытесненные конфликты;
195. создать благоприятный климат консультирования, подходящий для самоисследования и распознавания факторов, мешающих росту личности;
196. исправить неадекватное поведение и обучить эффективному поведению;
197. помочь клиенту осознать свою свободу и собственные возможности; побуждать к принятию ответственности за то, что происходит с ним;
198. все ответы верны.
199. УСТРАНЕНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО СТИМУЛА, ПОДКРЕПЛЯЮЩЕГО ДАННОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ЭТО:
200. конфронтация;
201. негативное подкрепление;
202. позитивное подкрепление;
203. негативное наказание;
204. позитивное наказание.
205. Термин «психосоматический» вошел в общепринятый медицинский оборот благодаря:
     1. психоаналитикам;
     2. бихевиористам;
     3. когнитивным психологам;
     4. системным семейным терапевтам;
     5. верно все перечисленное.
206. УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ ДЕЙСТВИЯ СТРЕССА ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ЧЕЛОВЕКА -....
207. предприимчивость;
208. активность;
209. чувство беспомощности;
210. энергичность;
211. сензитивность.
212. ПО МНЕНИЮ К.ЯСПЕРСА, ПРИЗНАКОМ ПСИХОГЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ:
213. возникновение расстройства непосредственно после действия психотравмы;
214. отражение психотравмы в клинических проявлениях болезни;
215. выздоровление после разрешения психотравмирующей ситуации;
216. кататонический синдром;
217. верно все, кроме «4».
218. Кого из перечисленных авторов можно отнести к характерологическому направлению в психосоматике:
219. З. Фрейд;
220. Ф. Данбар;
221. Г. Селье;
222. М. Фридман и Р. Розенман;
223. верно 2 и 4.
224. СОГЛАСНО РАЙХУ, СУЩЕСТВЕННОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
225. чувство общности;
226. ориентация на внешний или внутренний мир;
227. организмический процесс оценки;
228. защитный «характерный» панцирь;
229. все перечисленное.
230. ПАЦИЕНТ С СОМАТИЗИРОВАННЫМ РАССТРОЙСТВОМ НЕ МОЖЕТ СВЯЗАТЬ СВОИ ЧУВСТВА СО СВОИМИ МЫСЛЯМИ И ДЕЙСТВИЯМИ. ЭТО НАЗЫВАЕТСЯ:
231. атимия;
232. дистимия;
233. дисфория;
234. алексия;
235. алекситимия.
236. ТЕРМИН «ПСИХОСОМАТИКА» В МЕДИЦИНУ ВВЕЛ:
237. Гиппократ;
238. Райх;
239. Хайнрот;
240. Гроддек;
241. Якоби.
242. СОЗДАТЕЛЕМ КОРТИКО-ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ, КАК ОДНОГО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ПСИХОСОМАТИКИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
243. Павлов;
244. Анохин;
245. Быков;
246. Симонов;
247. Бернштейн.
248. КАКИЕ РАССТРОЙСТВА ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ ПЕРЕВОД ПОДАВЛЕННЫХ ПОБУЖДЕНИЙ И ВНУТРЕННИХ КОНФЛИКТОВ В СОМАТОВЕГЕТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ:
249. вегетодистонические;
250. ипохондрические;
251. психалгические;
252. конверсионные;
253. все названные.
254. О НАЛИЧИИ СОМАТИЗИРОВАННОГО РАССТРОЙСТВА (F45.0) МОЖНО СУДИТЬ В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ, НЕ ИМЕЮЩИЕ ОРГАНИЧЕСКОЙ ОСНОВЫ, ДЛЯТСЯ В ТЕЧЕНИЕ ЭТОГО ВРЕМЕНИ:
255. от 2-3 недель до 1 месяца;
256. не менее полугода;
257. не менее 2 лет;
258. от 5 лет и более;
259. нет правильного ответа.
260. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИПОХОНДРИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА (F45.2) С БРЕДОВОЙ ДИСМОРФОФОБИИ (F22.8) В ПОЛЬЗУ ВТОРОГО БУДЕТ ГОВОРИТЬ:
261. вычурный и необычный характер жалоб;
262. озабоченность человека вероятностью наличия у него тяжелого, прогрессирующего заболевания или нескольких заболеваний;
263. восприятие нормальных ощущений как ненормальных и беспокоящих;
264. расстройства мышления;
265. верно 1 и 4.
266. К ДИССОЦИАТИВНЫМ РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ РАССТРОЙСТВА, КРОМЕ:
267. расстройство в форме амнезии;
268. паническое расстройство;
269. дереализация-деперсонализация;
270. расстройство ощущений и движений;
271. расстройство множественной личности.
272. К СОМАТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДЕПРЕССИИ ОТНОСЯТСЯ
273. запоры;
274. дисменорея;
275. похудание;
276. все перечисленное;
277. ничего из перечисленного.
278. ВОЗМОЖНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВЕГЕТО-СОСУДИСТЫЕ РАССТРОЙСТВА ИСТЕРИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ:
279. истерическая стенокардия и истерическийпсевдоинфаркт;
280. синкопе (приступ непродолжительной потери сознания) ;
281. неврастенические неврозы сердца;
282. истерическая задержка мочи;
283. правильно «1» и «2».
284. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО **НЕ** ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ:
285. совокупность переживаний (эмоциональных, когнитивных, волевых), связанных с наличием у человека заболевания;
286. субъективное отношение больного к своему заболеванию, складывающееся из болезненных ощущений и внешних проявлений болезни, оценки механизмов их возникновения, тяжести и значения для будущего, а также типы реагирования на болезнь;
287. совокупность субъективных представлений человека о своем заболевании, включающую в себя несколько уровней психического отражения;
288. совокупность субъективных представлений о нормальном и патологическом состоянии, как переживание человеком статуса и динамики своего здоровья, осознание своих душевных и физических возможностей и ресурсов;
289. комплекс переживаний больного, связанных с заболеванием: общее самочувствие, ощущения, восприятие, эмоции, представления о болезни.
290. А. ГОЛЬДШЕЙДЕР ВЫДЕЛЯЛ ДВА УРОВНЯ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ:
291. мотивационный и чувственный;
292. сенситивный и интеллектуальный;
293. эмоциональный и интеллектуальный;
294. мотивационный и интеллектуальный;
295. эмоциональный и сенситивный.
296. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ УРОВНЕЙ В СТРУКТУРЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПО В.В. НИКОЛАЕВОЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ, ЗНАНИЯ О СВОЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ, РАЗМЫШЛЕНИЯ О ЕГО ПРИЧИНАХ И ВОЗМОЖНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ:
297. мотивационный;
298. чувственный;
299. эмоциональный;
300. интеллектуальный;
301. психодинамический.
302. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ОТНОСИТСЯ К ЧИСЛУ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ВКБ:
303. характер заболевания и его возможные последствия;
304. медицинские факторы (условия диагностики и лечения);
305. преморбидные биологические и личностные факторы;
306. социальное положение больного и влияние окружения;
307. все ответы верны.
308. ПОЛУЧИТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ О МОТИВАЦИОННОМ КОМПОНЕНТЕ ВКБ ПОЗВОЛЯЕТ ЭТА МЕТОДИКА:
309. опросник самооценки социальной значимости болезни Сердюка;
310. копинг-тест Лазаруса;
311. шкала депрессии Цунга;
312. опросник «Индекс жизненного стиля»;
313. верно все, кроме 3.
314. КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ТИПОВ ЛИЧНОСТНОЙ РЕАКЦИИ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ВЫДЕЛЯЕТ Б.А. ЯКУБОВ:
315. 3;
316. 5;
317. 6;
318. 7;
319. 12.
320. НЕОСОЗНАВАЕМАЯ РЕАКЦИЯ В КЛАССИФИКАЦИИ ТИПОВ ЛИЧНОСТНОЙ РЕАКЦИИ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ Б.А. ЯКУБОВА СООТВЕТСТВУЕТ ЭТОЙ ФОРМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ:
321. симуляция;
322. аггравация;
323. анозогнозия;
324. диссимуляция;
325. реакция «ухода в болезнь».
326. КАРТИНА: "УДРУЧЕННОСТЬ БОЛЕЗНЬЮ, НЕВЕРИЕ В ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ, В ЭФФЕКТ ЛЕЧЕНИЯ, АКТИВНЫЕ ДЕПРЕССИВНЫЕ ВЫСКАЗЫВАНИЯ, ВПЛОТЬ ДО СУИЦИДАЛЬНЫХ МЫСЛЕЙ, ПЕССИМИСТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ВСЕ ВОКРУГ, НЕВЕРИЕ В УСПЕХ ЛЕЧЕНИЯ ДАЖЕ ПРИ ОБЪЕКТИВНЫХ БЛАГОПРИЯТНЫХ ДАННЫХ" СООТВЕТСТВУЕТ ...ТИПУ РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ:
327. гармоничному;
328. тревожному;
329. ипохондрическому;
330. меланхолическому;
331. апатическому.
332. КАКОЙ ТИП ПСИХИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ ВОЗНИКАЕТ ЧАЩЕ ДРУГИХ В ОТВЕТ НА ДИАГНОСТИКУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ:
333. ипохондрический;
334. апатический;
335. анозогнозический;
336. обсессивно-фобический;
337. неврастенический.
338. В КАКОМ ПУНКТЕ верно указана характеристика, которая отличает неврастенический тип отношения к болезни от дисфорического (по классификации А.Е. Личко):
339. уверенность, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла;
340. вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения;
341. в последующем – критическое отношение к своим поступкам и необдуманным словам, просьбы о прощении;
342. преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий;
343. стремление облегчить близким тяготы ухода за собой.
344. ЭЙФОРИЧЕСКИЙ **ВАРИАНТ ЭТОГО ТИПА** ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ В КЛАССИФИКАЦИИ А.Е. ЛИЧКО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НЕОБОСНОВАННО ПОВЫШЕННЫМ НАСТРОЕНИЕМ, ЖЕЛАНИЕМ ПОЛУЧАТЬ ОТ ЖИЗНИ ВСЕ, ЧТО И РАНЕЕ, НЕСМОТРЯ НА БОЛЕЗНЬ, И СКЛОННОСТЬЮ НАРУШАТЬ РЕЖИМ И ВРАЧЕБНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ, ЧТО ПАГУБНО СКАЗЫВАЕТСЯ НА ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ:
345. эргопатический;
346. паранойяльный;
347. эгоцентрический;
348. апатический;
349. анозогнозический.
350. ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ТИП А «ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА»:
     * 1. желудочно-кишечных заболеваний;
       2. злокачественных новообразований;
       3. нарушений дыхательной системы;
       4. сердечно-сосудистых заболеваний;
       5. дерматологических нарушений.
351. ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ КОЖИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
352. конфликт между жертвенностью и эгоизмом;
353. установки типа «я должен быть готов ко всему», «я такой, что принимаю на себя все трудности»;
354. конфликт между «желанием нежности» и «страхом нежности»;
355. гипертрофированное чувство социальной и физической неполноценности, нарушения коммуникабельности;
356. фрустрированная потребность в любви.
357. КАКАЯ ИЗ ЭТИХ ШКАЛ ОТСУТСТВУЕТ В ТЕСТЕ СМИЛ:
358. лжи;
359. вербальной агрессии;
360. сверхконтроля;
361. эмоциональной лабильности;
362. мужественности-женственности.
363. В КАКОМ ПУНКТЕ ВЕРНО УКАЗАНО ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ МЕТОДИКИ СМИЛ (MMPI):
364. определение типа внутриличностного конфликта;
365. диагностика типа акцентуации личности;
366. исследование ситуативной и личностной тревожности;
367. исследование типа отношения личности к болезни, лечению и медицинскому персоналу;
368. построение многостороннего портрета личности, включающего черты характера, стиль межличностного поведения, степень адаптированности и возможный тип дезадаптации, наличие психических отклонений, устойчивые профессионально важные свойства и пр.
369. ПОНЯТИЕ ТИПОВ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ А И В ВВЕЛИ:
370. Дж. Энгель и А. Шмале;
371. Ф. Данбар и Н.П. Грушевский;
372. Э. Кречмер и У. Шелдон;
373. М. Фридман и Р. Розенман;
374. Л.И. Вассерман, Н.В. Гуменюк.
375. В КАКОМ ПУНКТЕ ВЕРНО УКАЗАН ДИАПАЗОН ШИРОКОГО КОРИДОРА НОРМЫ (А) И УЗКОГО КОРИДОРА НОРМЫ (Б) ДЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕТОДИКИ СМИЛ (MMPI):
376. А – 30-70 Т-баллов, Б – 46-55 Т-баллов;
377. А – 0-90 Т-баллов, Б – 30-70 Т-баллов;
378. А – 0-70 Т-баллов, Б – 10-50 Т-баллов;
379. А – 20-200 Т-баллов, Б – 90-120 Т-баллов;
380. нет правильного ответа.
381. ПРИ КАКОМ ПОКАЗАТЕЛЕ ШКАЛЫ «?» (КОЛИЧЕСТВО УТВЕРЖДЕНИЙ, НА КОТОРЫЕ ИСПЫТУЕМЫЙ НЕ СМОГ ДАТЬ ОПРЕДЕЛЕННОГО ОТВЕТА) МЕТОДИКИ СМИЛ (MMPI) ДАННЫЕ ТЕСТА ПРИЗНАЮТСЯ НЕДОСТОВЕРНЫМИ:
382. от 36 сырых баллов;
383. от 40 сырых баллов;
384. от 60 сырых баллов;
385. от 70 сырых баллов;
386. от 90 сырых баллов.
387. В КАКОМ ПУНКТЕ ВЕРНО УКАЗАН ДИАПАЗОН ШИРОКОГО КОРИДОРА НОРМЫ (А) И УЗКОГО КОРИДОРА НОРМЫ (Б) ДЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕТОДИКИ СМИЛ (MMPI):
388. А – 30-70 Т-баллов, Б – 46-55 Т-баллов;
389. А – 0-90 Т-баллов, Б – 30-70 Т-баллов;
390. А – 0-70 Т-баллов, Б – 10-50 Т-баллов;
391. А – 20-200 Т-баллов, Б – 90-120 Т-баллов;
392. нет правильного ответа.
393. ПРИ КАКОМ ПОКАЗАТЕЛЕ ШКАЛЫ «?» (КОЛИЧЕСТВО УТВЕРЖДЕНИЙ, НА КОТОРЫЕ ИСПЫТУЕМЫЙ НЕ СМОГ ДАТЬ ОПРЕДЕЛЕННОГО ОТВЕТА) МЕТОДИКИ СМИЛ (MMPI) ДАННЫЕ ТЕСТА ПРИЗНАЮТСЯ НЕДОСТОВЕРНЫМИ:
394. от 36 сырых баллов;
395. от 40 сырых баллов;
396. от 60 сырых баллов;
397. от 70 сырых баллов;
398. от 90 сырых баллов.
399. НЕВРОТИЧЕСКАЯ КАРДИАЛГИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ (ПО КАРВАСАРСКОМУ) ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ:
400. тупых, ноющих, колющих, пронзающих, пульсирующих болей;
401. нерезких болей;
402. болей чаще всего в области верхушки сердца, левого соска и прекардиальной области;
403. болей в области сердца, сопровождающихся ощущениями "нехватки воздуха";
404. болей, возникающих вне связи с эмоциональным напряжением.
405. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО **НЕ** ОТНОСИТСЯ К ОПИСАНИЮ СЕНСИТИВНОГО СТИЛЯ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ (ПО А.Е. ЛИЧКО):
406. ориентация на мнение и оценку окружающих в сочетании с чрезмерной ранимостью;
407. боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим;
408. непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения;
409. больные нередко в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу или медицинской сестре («Зачем их отвлекать по пустякам») даже в случаях угрожающего для жизни состояния;
410. верно 1 и 3.
411. КАКОЙ ИЗ ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ (ПО А.Е. ЛИЧКО) С БОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ БУДЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ РЕАКЦИЕЙ ДИССИМУЛЯЦИИ:
412. гармоничный;
413. меланхолический;
414. эгоцентрический;
415. эргопатический;
416. тревожный.
417. КАКОЙ МЕХАНИЗМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ ДРУГИХ ПРИ АНОЗОГНОЗИЧЕСКОМ ТИПЕ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПО А.Е. ЛИЧКО:
418. отрицание;
419. регрессия;
420. замещение;
421. сублимация;
422. проекция.
423. В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ А.Е. ЛИЧКО ОСНОВНОЕ ОТЛИЧИЕ ТРЕВОЖНОГО ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ОТ ИПОХОНДРИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ:
424. повышенный интерес пациента к медицинской литературе;
425. придирчивость к медицинскому персоналу, нацеленность на перепроверку получаемых от врачей сведений о его болезни;
426. непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения;
427. преобладание тревожного, угнетенного настроения;
428. пациента больше интересуют объективные данные о его болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения, поэтому он предпочитает больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы.
429. В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ОТЛИЧИЕ ЭГОЦЕНТРИЧЕСКОГО ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ОТ ИПОХОНДРИЧЕСКОГО (ПО А.Е. ЛИЧКО):
430. реакция «ухода в болезнь»;
431. стремление постоянно рассказывать окружающим о своем заболевании;
432. полное невнимание к близким, разговоры окружающих быстро переводятся «на себя»;
433. мотивом подробного изложения собственных жалоб является привлечение внимания окружающих, а не страх упустить что-то важное, существенное для понимания специалистом его состояния и правильной диагностики;
434. верно 3 и 4.
435. ПРИ КАКОМ ИЗ ТИПОВ АКЦЕНТУЦИЙ ХАРАКТЕРА (ПО КЛАССИФИКАЦИИ К. ЛЕОНГАРДА) ОТСУТСТВУЕТ СКЛОННОСТЬ К СМЕНЕ МЕСТА РАБОТЫ:
436. возбудимый;
437. педантичный;
438. циклотимный;
439. гипертимный;
440. нет верного ответа.

**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»?

**Вопросы для подготовки:**

1. Группы психосоматических расстройств. Классификация психосоматических расстройств в МКБ-10.
2. Понятие ВКБ. Компоненты ВКБ.
3. Понятие нозогении и соматогении. Типы нозогенных реакций.
4. Принципы установления контакта с больным. Понятие комплайенса.
5. Алгоритм психологического исследования больных с психосоматическими расстройствами.
6. Диагностическая беседа. Анамнез жизни как метод психосоматической диагностики.
7. Типы клинического слушания: нерефлексивное, рефлексивное, эмпатическое.
8. Принципы психокоррекции ПСР в психодинамическом, когнитивно-поведенческом, экзистенциально-гуманистическом и системном подходах.
9. Методы психологической коррекции психосоматических расстройств.
10. Роль преморбидных особенностей личности в развитии психосоматических сердечно-сосудистых заболеваний. Тип поведенческой активности.
11. Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ).
12. Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) В.П. Зайцева (Мини-Мульт).
13. Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге.
14. Рисуночные проективные тесты «Образ себя», «Телесные состояния».
15. Разработка рекомендаций к психокоррекционной работе с больными кардиологического профиля.
16. Суггестивные техники в психосоматической практике.
17. Телесно-ориентированный подход к психокоррекции при психосоматических расстройствах.
18. Возможности арт-терапии в работе с психосоматическими и соматическими больными.
19. Роль преморбидных особенностей личности в развитии психосоматических гастроэнтерологических заболеваний.
20. Гиссенский опросник соматических жалоб.
21. Шкала тревоги Гамильтона (HARS).
22. Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS).
23. Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса.
24. Роль рациональной (разъяснительной) психотерапии в системе оказания психологической помощи при психосоматических расстройствах.
25. Шкала депрессии Бека.

**Модуль 3 Психотерапевтические основы врачебной деятельности**

**Тема 1** *Базисные и специальные коммуникативные навыки в работе врача.*

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

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Терапевтический союз врача и пациента как основа эффективного взаимодействия лечебно-диагностического процесса.
2. Этические основы профессиональной коммуникации в медицине.
3. Конфликты и методы их разрешения в медицинской практике.

**Тестовый контроль**

1. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:
2. отработке практических навыков;
3. повышении уровня знаний;
4. установлении эмоциональной дистанции с больными;
5. совершенствовании профессионализма, установлении адекватной эмоциональной дистанции с больными, формировании индивидуального врачебного «имиджа»;
6. установлении дружеских отношений с коллегами.
7. ПЕРВОЕ ВПЕЧАТЛЕНИЕ БОЛЬНОГО О ВРАЧЕ:
8. складывается в первые 18 секунд знакомства;
9. формируется в течение первой встречи врача и больного;
10. складывается постепенно, по мере того, как они лучше узнают друг друга;
11. неустойчиво и быстро корригируется под влиянием других впечатлений;
12. не оказывает существенного влияния на установление терапевтических отношений.
13. В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ ВРАЧА С БОЛЬНЫМИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ ПОЗЫ:
14. симметричные;
15. естественные симметричные;
16. естественные асимметричные закрытые;
17. естественные асимметричные открытые;
18. естественные симметричные, открытые.
19. В ТЕЧЕНИЕ ФАЗЫ ОРИЕНТАЦИИ ВРАЧ:
20. наблюдает невербальное поведение больного;
21. решает, какие лабораторные обследования следует назначить больному;
22. формулирует ряд гипотез (определяет зону поиска);
23. ставит диагноз;
24. информирует больного о специфике лечения его заболевания.
25. В ПРОЦЕССЕ ФАЗЫ АРГУМЕНТАЦИИ ВРАЧ ИМЕЕТ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ:
26. постановки диагноза;
27. постановки предварительного диагноза;
28. определения прогноза;
29. сообщения диагноза и прогноза больному;
30. привлечения к процессу терапии родственников больного.
31. ПРОЕКЦИЯ — ЭТО:
32. приписывание больным врачу собственных негативных черт;
33. проецирование в ситуацию взаимоотношений с врачом наиболее значимых психических травм детского возраста;
34. перенос больным на врача прошлого опыта взаимоотношений со значимыми людьми;
35. перенос больным на врача детских фантазий и мечтаний;
36. приписывание врачу желательных черт, которых у него в действительности нет.
37. В РЕЗУЛЬТАТЕ СОЧЕТАНИЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ПЕРЕНОСА И ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО КОНТРПЕРЕНОСА ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ «ВРАЧ — БОЛЬНОЙ»:
38. повышается вероятность возникновения неформальных взаимоотношений между ними;
39. повышается точность диагностики и эффективность терапии;
40. повышается вероятность быстрого выздоровления пациента;
41. повышается вероятность осложнений и рецидивов;
42. возрастает длительность процесса терапии.
43. ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ВРАЧА В ФАЗЕ КОРРЕКТИРОВКИ:
44. установление эмоционального контакта с больным;
45. оказание эмоциональной поддержки больному;
46. сообщение точного диагноза больному;
47. сообщение прогноза заболевания;
48. решение вопросов оплаты терапии.
49. АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТА К УСЛОВИЯМ СТАЦИОНАРА ДЛИТСЯ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО:
50. около 5 дней;
51. около 2 недель;
52. первые два дня госпитализации;
53. 15 дней;
54. первые 6 часов госпитализации.
55. ЛЕКАРСТВА, НАЗНАЧЕННЫЕ ВРАЧОМ, ОСТАЮТСЯ НЕИСПОЛЬЗОВАННЫМИ:
56. как минимум на 20 %;
57. на половину;
58. на 60 %;
59. крайне редко;
60. на 80%.
61. ЭФФЕКТ «ПЛАЦЕБО» — ЭТО:
62. эффективность фармакологически нейтральных «лекарственных форм»;
63. отсутствие ожидаемого действия лекарственного препарата;
64. появление противоположного ожидаемому действия лекарственного препарата;
65. усиление ожидаемого действия лекарственного препарата;
66. влияние уверенности врача в эффективности препарата на исход лечения.
67. ПОВЕДЕНИЕ АГГРАВАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
68. сознательным изображением симптомов отсутствующего заболевания;
69. преуменьшением симптомов болезни;
70. преувеличением симптомов болезни;
71. неосознаванием симптомов болезни;
72. сознательным сокрытием симптомов болезни.
73. НАИБОЛЕЕ ПРОДУКТИВНЫМИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЯМИ БОЛЬНЫХ СЧИТАЮТСЯ:
74. сотрудничество и активный поиск поддержки;
75. эмоциональную разрядку и отвлечение;
76. отвлечение и альтруизм;
77. альтруизм и оптимизм;
78. дистанцирование и самоконтроль.
79. ДИССИМУЛЯЦИЯ — ЭТО:
80. сознательное изображение симптомов несуществующего заболевания;
81. сознательное сокрытие симптомов болезни;
82. сознательное преувеличение симптомов болезни;
83. сознательное преуменьшение симптомов заболевания;
84. неосознавание симптомов болезни.
85. АНОЗОГНОЗИЯ — ЭТО:
86. сознательное сокрытие симптомов болезни;
87. бессознательная реакция: неосознавание болезни;
88. сознательное преуменьшение симптомов заболевания;
89. «уход в болезнь»;
90. сознательное изображение симптомов несуществующего заболевания.
91. ИПОХОНДРИЯ — ЭТО:
92. болезненно преувеличенное беспокойство за свое здоровье;
93. страх перед социальными последствиями болезни;
94. нежелание выздоравливать;
95. извлечение выгоды из заболевания;
96. сознательное преувеличение симптомов болезни.
97. СИМУЛЯЦИЯ — ЭТО:
98. сознательное изображение симптомов несуществующего заболевания;
99. сознательное сокрытие симптомов болезни;
100. прагматическое отношение к заболеванию со стремлением извлечь из него какую-либо выгоду;
101. страх перед болезнью;
102. неосознавание симптомов болезни.
103. К «ТРУДНЫМ» ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ, ИМЕЮЩИЕ:
104. эпилептоидные черты;
105. депрессивные черты с суицидальной настроенностью;
106. гипертимные черты;
107. астено-невротические черты;
108. ипохондрические черты.
109. ВРАЧ КАК БОЛЬНОЙ — ЭТО:
110. благодарный пациент, облегчающий труд лечащего врача;
111. такой же, как и все остальные пациенты;
112. самый «трудный» и «нетипичный» больной;
113. самый «типичный» больной;
114. пациент, склонный часто критиковать своего лечащего врача.
115. ВЛАСТНАЯ, АВТОРИТАРНАЯ МОДЕЛЬ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ — БОЛЬНОЙ» С ФИКСИРОВАННОЙ СТРУКТУРОЙ И ЖЕСТКИМ РАСПРЕДЕЛЕНИЕМ РОЛЕЙ — ЭТО МОДЕЛЬ:
116. руководства;
117. партнерства;
118. руководства-партнерства;
119. модель контракта;
120. либеральная.
121. ПАРТНЕРСКАЯ МОДЕЛЬ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ «ВРАЧ — БОЛЬНОЙ» ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В:
122. клинике внутренних болезней;
123. акушерстве и гинекологии;
124. психиатрии и неврологии;
125. психотерапии;
126. хирургии.
127. ПРИ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ХАРАКТЕРА ПРЕДСТОЯЩЕЙ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ УКАЗАННОЕ НИЖЕ, КРОМЕ:
128. выносливости;
129. утомляемости;
130. лабильности волевого усилия;
131. осведомленности;
132. круга интересов.
133. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОКАЗЫВАЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПСИХОЛОГОМ:
134. самостоятельно;
135. совместно с врачом-интернистом;
136. совместно с врачом-психиатром;
137. совместно с врачом-психиатром и врачом-психотерапевтом;
138. совместно с медицинской сестрой.
139. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТА С НЕВРОТИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ ВРАЧ-ПСИХОТЕРАПЕВТ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ ВЗАИМОДЕЙСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:
140. клинический психолог проводит психодиагностику, а врач-психотерапевт — психотерапию;
141. клинический психолог проводит психотерапию, а врач-психотерапевт — медикаментозное лечение;
142. врач-психотерапевт проводит психотерапию, а клинический психолог — психокоррекцию;
143. врач-психотерапевт и клинический психолог совместно проводят психотерапию с учетом ее различной направленности и целей;
144. психотерапевт включается в процесс психотерапии только при наличии риска суицида, либо при стаже заболевания более 5 лет, во всех прочих случаях клинический психолог выполняет работу самостоятельно.
145. ОСНОВНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
146. патопсихология, нейропсихология, психосоматика, психология аномального развития;
147. клиническая психодиагностика, психокоррекция, психопрофилактика пограничных расстройств;
148. психодиагностика, психокоррекция в различных клинических группах, тренинги, супервизия;
149. психодиагностика и психокоррекция психических расстройств, тренинги, супервизия;
150. клиническая психодиагностика, психокоррекция, психопрофилактика неврологических заболеваний.
151. ВЫРАЖЕННОСТЬ ПЛАЦЕБО-РЕАКЦИИ ЗАВИСИТ ОТ:
152. внушаемости пациента;
153. от эффекта первичности;
154. рекламы;
155. установки больного на терапию;
156. все ответы верны.
157. ВЫСКАЗЫВАНИЯ И ПОСТУПКИ ВРАЧА, КОТОРЫЕ НЕЦЕЛЕНАПРАВЛЕННО ПРИВОДЯТ К УХУДШЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА, ЭТО:
158. социопатия;
159. нозофилия;
160. ятрогения;
161. патогения;
162. все ответы верны.
163. ЗАДАЧИ И ПРИНЦИПЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ БОЛЬНОГО СЛЕДУЮЩИЕ:
164. уменьшение уровня аффективных реакций;
165. стремление к нормонозогнозии;
166. перекладывание ответственности на пациента;
167. обеспечение конфиденциальности;
168. верно все, кроме 3.
169. В МЕЖДУНАРОДНОЙ ПРАКТИКЕ ТЕРМИН «МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ», КАК ПРАВИЛО:
170. используется для обозначения психологии аномального развития
171. используется для обозначения психологии отклоняющегося поведения
172. используется для обозначения психологии взаимоотношений врача и пациента
173. является синонимом термина «клиническая психология»
174. все ответы верны
175. ОСНОВНОЙ ОБЪЕМ ЗАДАЧ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ КАК НАУКИ ПРИХОДИТСЯ НА ЭТУ СФЕРУ:
176. социальная помощь населению
177. здравоохранение
178. образование
179. культура
180. все ответы верны
181. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОКАЗЫВАЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПСИХОЛОГОМ:
182. совместно с врачом-психиатром
183. самостоятельно
184. совместно с врачом-психиатром и врачом-психотерапевтом
185. совместно с врачом-интернистом
186. все ответы верны
187. ОСОБЕННОСТЬЮ РАБОТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В КЛИНИКЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
188. ориентация на топическую диагностику неврологических расстройств и расстройств высших корковых функций
189. наличие специальных знаний для проведения экспресс-дифференциальной диагностики степени риска суицидального поведения
190. наличие специальных навыков для установления контакта с пациентами в кризисных состояниях
191. наличие подготовки в вопросах семейно-супружеских отношений, сексологии и сексопатологии
192. все ответы верны
193. В ЧИСЛО ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА, РАБОТАЮЩЕГО В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, ВХОДИТ:
194. топическая диагностика неврологических расстройств и расстройств высших корковых функций
195. изучение и коррекция внутренней картины болезни и отношения пациента к болезни
196. диагностика степени риска суицидального поведения
197. проведение различных форм кризисной интервенции
198. все ответы верны
199. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ИЛИ ДОВЕРЕННЫХ ЛИЦ) ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:
200. при работе с лицами, признанными недееспособными
201. при работе с лицами, склонными к суицидальному поведению
202. всегда
203. при работе с детьми и подростками в возрасте до 15 лет
204. нет правильного ответа
205. НАЛИЧИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ ИЛИ ИНОГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ УСЛОВИЕМ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (В СООТВ. С ЗАКОНОМ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ»):
206. лицам, страдающим психическими расстройствами
207. лицам, склонным к суицидальному поведению
208. всегда
209. несовершеннолетним в возрасте до 15 лет или больным наркоманией несовершеннолетним в возрасте до 16 лет
210. все ответы верны
211. КОНСУЛЬТАТИВНАЯ БЕСЕДА МОЖЕТ ПРОДОЛЖАТЬСЯ ДО 1 ЧАСА (ПО GEORGE И CRISTIANI) ПРИ РАБОТЕ:
212. с 5-7-летним ребенком
213. с 8-12-летним ребенком
214. с детьми старше 7 лет
215. с детьми старше 12 лет
216. все ответы верны
217. ЛИЦА, СТРАДАЮЩИЕ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ИМЕЮТ ПРАВО НА:
218. все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям
219. все виды лечения (кроме санаторно-курортного) по медицинским показаниям
220. все виды лечения по медицинским показаниям в учреждениях, имеющих в своем штате врача-психиатра
221. все виды лечения по медицинским показаниям с обеспечением мер надзора и безопасности больного в отношении самого себя или окружающих
222. нет правильного ответа
223. ОГРАНИЧЕНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ДОПУСКАЕТСЯ:
224. только в том случае, если гражданин находится под диспансерным наблюдением
225. только в том случае, если соответствующее решение принимается судом на основании результатов психиатрического освидетельствования гражданина
226. только в том случае, если конкретный вид профессиональной деятельности указан в Перечне медицинских психиатрических противопоказаний, утвержденном Правительством РФ
227. на основании сведений о факте нахождения гражданина в психиатрическом стационаре
228. нет правильного ответа

**Ситуационные задачи**

**ЗАДАЧА № 1**

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 № 2**

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 № 3**

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.*

**Вопросы для подготовки:**

1. Способы психологических воздействий (приемы, техники, методы и направления).
2. Проблемно-ориентированное консультирование.
3. Психологическое консультирование, психокоррекция, психотерапия. Определение понятий.
4. Особенности оказания психологической помощи в кризисных ситуациях.
5. Особенности оказания психологической помощи в стрессовых ситуациях.
6. Психотерапия.
7. Основные научные направления психотерапии.
8. Критерии эффективности психотерапии, методы оценки, этические основы психотерапии.
9. Модели взаимодействия: врач-пациент.
10. Модели взаимодействия: врач общей практики – психиатр – психотерапевт.
11. Правовые аспекты взаимодействия психиатрической службы и учреждений первичного звена здравоохранения.

**Модуль 3 Психотерапевтические основы врачебной деятельности**

**Тема 2** *Психологические средства воздействия. Взаимодействие и взаимосодействие врача и пациента.*

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

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Психологические средства воздействия. Классификация.
2. Комплаенс. Понятие. Способы и средства обеспечения.
3. Организация работы по реализации модели психиатрического и медико-психологического сопровождения деятельности первичного звена медицинской помощи.

**Тестовый контроль**

1. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОКАЗЫВАЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПСИХОЛОГОМ:
2. совместно с врачом-психиатром
3. самостоятельно
4. совместно с врачом-психиатром и врачом-психотерапевтом
5. совместно с врачом-интернистом
6. все ответы верны
7. ОСОБЕННОСТЬЮ РАБОТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В КЛИНИКЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
8. ориентация на топическую диагностику неврологических расстройств и расстройств высших корковых функций
9. наличие специальных знаний для проведения экспресс-дифференциальной диагностики степени риска суицидального поведения
10. наличие специальных навыков для установления контакта с пациентами в кризисных состояниях
11. наличие подготовки в вопросах семейно-супружеских отношений, сексологии и сексопатологии
12. все ответы верны
13. В ЧИСЛО ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА, РАБОТАЮЩЕГО В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, ВХОДИТ:
14. топическая диагностика неврологических расстройств и расстройств высших корковых функций
15. изучение и коррекция внутренней картины болезни и отношения пациента к болезни
16. диагностика степени риска суицидального поведения
17. проведение различных форм кризисной интервенции
18. все ответы верны
19. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ИЛИ ДОВЕРЕННЫХ ЛИЦ) ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:
20. при работе с лицами, признанными недееспособными
21. при работе с лицами, склонными к суицидальному поведению
22. всегда
23. при работе с детьми и подростками в возрасте до 15 лет
24. нет правильного ответа
25. НАЛИЧИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ ИЛИ ИНОГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ УСЛОВИЕМ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (В СООТВ. С ЗАКОНОМ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ»):
26. лицам, страдающим психическими расстройствами
27. лицам, склонным к суицидальному поведению
28. всегда
29. несовершеннолетним в возрасте до 15 лет или больным наркоманией несовершеннолетним в возрасте до 16 лет
30. все ответы верны
31. КОНСУЛЬТАТИВНАЯ БЕСЕДА МОЖЕТ ПРОДОЛЖАТЬСЯ ДО 1 ЧАСА (ПО GEORGE И CRISTIANI) ПРИ РАБОТЕ:
32. с 5-7-летним ребенком
33. с 8-12-летним ребенком
34. с детьми старше 7 лет
35. с детьми старше 12 лет
36. все ответы верны
37. ЛИЦА, СТРАДАЮЩИЕ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ИМЕЮТ ПРАВО НА:
38. все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям
39. все виды лечения (кроме санаторно-курортного) по медицинским показаниям
40. все виды лечения по медицинским показаниям в учреждениях, имеющих в своем штате врача-психиатра
41. все виды лечения по медицинским показаниям с обеспечением мер надзора и безопасности больного в отношении самого себя или окружающих
42. нет правильного ответа
43. ОГРАНИЧЕНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ДОПУСКАЕТСЯ:
44. только в том случае, если гражданин находится под диспансерным наблюдением
45. только в том случае, если соответствующее решение принимается судом на основании результатов психиатрического освидетельствования гражданина
46. только в том случае, если конкретный вид профессиональной деятельности указан в Перечне медицинских психиатрических противопоказаний, утвержденном Правительством РФ
47. на основании сведений о факте нахождения гражданина в психиатрическом стационаре
48. нет правильного ответа
49. ПРИ ПРИЕМЕ ГРАЖДАНИНА НА РАБОТУ, УЧЕБУ АДМИНИСТРАЦИЯ ВПРАВЕ:
50. требовать предоставления сведений о состоянии его психического здоровья лишь в случаях, если такой порядок предусматривается приказом соответствующего Министерства РФ
51. требовать предъявления медицинской справки или запрашивать сведения о состоянии психического здоровья лишь в случаях, если возникают сомнения в его психической полноценности
52. требовать предоставления сведений о состоянии его психического здоровья лишь в случаях, установленных законами РФ
53. отказывать в приеме лишь в случаях, если гражданин добровольно сообщил о факте нахождения его под психиатрическим диспансерным наблюдением
54. нет правильного ответа
55. ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:
56. по решению органов милиции
57. по решению суда
58. по решению комиссии врачей-психиатров в составе не менее трех человек
59. по решению органов прокуратуры
60. нет правильного ответа
61. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МОЖЕТ УСТАНАВЛИВАТЬСЯ ЗА ЛИЦОМ:
62. выписанным из психиатрической больницы
63. совершившим общественно опасное деяние в состоянии острого психоза или психотического приступа
64. представляющим непосредственную опасность для себя или окружающих лиц
65. страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями
66. нет правильного ответа
67. РЕШЕНИЕ ВОПРОСА О НЕОБХОДИМОСТИ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И О ЕГО ПРЕКРАЩЕНИИ ПРИНИМАЕТСЯ:
68. судом
69. комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психоневрологического диспансера
70. главным врачом психиатрической больницы
71. комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрической больницы
72. все ответы верны
73. РЕШЕНИЕ О НЕОТЛОЖНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ПРИ НАЛИЧИИ ПРЕДУСМОТРЕННЫХ ЗАКОНОМ ОСНОВАНИЙ ПРИНИМАЕТ:
74. орган полиции
75. суд
76. врач-психиатр
77. родители или законный представитель пациента
78. все ответы верны
79. ЛИЦО, ПОМЕЩЕННОЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ, МОЖЕТ НАХОДИТЬСЯ В СТАЦИОНАРЕ БЕЗ САНКЦИИ СУДА В ТЕЧЕНИЕ:
80. 48 часов, исключая выходные и праздничные дни
81. 24 часов
82. 48 часов
83. 24 часов, исключая выходные и праздничные дни
84. нет правильного ответа
85. ЛИЦО, СТРАДАЮЩЕЕ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, МОЖЕТ БЫТЬ ГОСПИТАЛИЗИРОВАНО В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ, ОКАЗЫВАЮЩУЮ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, БЕЗ ЕГО СОГЛАСИЯ ЛИБО БЕЗ СОГЛАСИЯ ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ ИЛИ ИНОГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДО ПОСТАНОВЛЕНИЯ СУДЬИ НА ЭТОМ ОСНОВАНИИ:
86. факт установления у данного лица диагноза депрессии
87. факт нахождения данного лица на учете у врача-нарколога
88. психическое расстройство является тяжелым и обусловливает непосредственную опасность данного лица для себя или окружающих
89. факт установления у данного лица диагноза шизофрении
90. все ответы верны
91. ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ, ЗАВЕДУЮЩИЙ ОТДЕЛЕНИЕМ ИЛИ ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ МОГУТ ОГРАНИЧИТЬ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРАВА ПАЦИЕНТОВ В ИНТЕРЕСАХ ЗДОРОВЬЯ ИЛИ БЕЗОПАСНОСТИ САМИХ ПАЦИЕНТОВ ИЛИ ДРУГИХ ЛИЦ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ПРАВА:
92. пользоваться телефоном
93. принимать посетителей
94. исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост
95. вести переписку без цензуры
96. все ответы верны
97. ВЫПИСКА ИЗ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ПАЦИЕНТА, К КОТОРОМУ ПРИМЕНЕНЫ ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА, ПРОИЗВОДИТСЯ ПО РЕШЕНИЮ:
98. суда
99. лечащего врача
100. заведующего отделением
101. главного врача
102. все ответы верны
103. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОМУ ИНВАЛИДНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
104. наличие психического расстройства
105. стойкое ограничение трудоспособности
106. динамическое наблюдение в психоневрологическом диспансере
107. наличие суицидных мыслей
108. нет правильного ответа
109. ФАКТ ВМЕНЯЕМОСТИ УСТАНАВЛИВАЕТ:
110. комиссия врачей-психиатров психиатрического стационара
111. СПЭ
112. суд
113. врач-психиатр ПНД
114. нет правильного ответа
115. СПЭ ПРОВОДИТСЯ ПО ПОСТАНОВЛЕНИЮ:
116. органов дознания
117. родственников
118. суда
119. следователя
120. прокурора
121. нет правильного ответа
122. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДОПУСКАЕТСЯ:
123. лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей
124. по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством
125. после смерти пациента
126. в целях медицинского обследования и лечения пациента
127. нет правильного ответа
128. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ:
129. в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю
130. при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений
131. после смерти пациента
132. при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий
133. нет правильного ответа

**Ситуационные задачи**

**ЗАДАЧА № 1**

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 № 2**

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 № 3**

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.*

**Вопросы для подготовки:**

1. Определение психотерапии.
2. Классификация психологических средств.
3. Интеллектуально-мыслительные средства общения.
4. Средства настроя (настраивания) в эффективном общении.
5. Коммуникативные средства.
6. Личностные средства в эффективном общении.
7. Поведенческие средства эффективного общения.
8. Духовные средства эффективного общения.
9. Экзистенциально-гуманистические средства эффективного общения.

**Модуль 3 Психотерапевтические основы врачебной деятельности**

**Тема 3** *Основы психотерапии и психокоррекции в психиатрии и наркологии.*

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

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Психотерапия и психокоррекция неврозов.
2. Психотерапия и психокоррекция расстройств адаптации.
3. Психотерапия зависимостей.

**Тестовый контроль**

1. ПСИХОТЕРАПИЯ ЕСТЬ (В.Е.РОЖНОВ, 1985)

1. лечение психогенных душевных расстройств и соматических расстройств с

невротическими проявлениями

2. комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств иск-

лючительно на психику больного, в отличие от лекарственного лечения, воз-

действующего на тело

3. воздействие с помощью психических средств одного человека на другого

4. лечение средствами души врача-психотерапевта

5. ни одно из перечисленного не отражает сути психотерапии

2. КОМИССИИ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ЛЮДОВИКОМ XVI ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ЖИВОТНОГО МАГНЕТИЗМА (В.Е.РОЖНОВ И М.А.РОЖНОВА, 1987)

1. отмечали лечебный эффект магнетических сеансов

2. возникновение при магнетизации конвульсий объясняли воображением

3. тщательно описывали магнетические (гипнотические) феномены

4. полагали, что флюида не существует

5. все перечисленное

3. БРЭД (Л.ШЕРТОК И Р. ДЕ СОССЮР, 1991)

1. полагал, что личность гипнотизера не оказывает серьезного воздействия

на развертывающиеся перед ним явления

2. выдвинул "психонейрофизиологическую" теорию магнетизма (гипнотизма)

3. полагал, что различные гипнотические феномены могут возникать в ре-

зультате словестного внушения

4. считал, что гипнотизер подобен механику, приводящему в действие ор-

ганизмические силы пациента, отбросил идею флюида

5. все перечисленное

4. БЕРНГЕЙМ (Л.ШЕРТОК И Р. ДЕ СОССЮР, 1991)

1. не утверждал, что гипнотизма (гипноза) не существует, есть одно лишь

внушение

2. не сводил внушение к нервным механизмам

3. отвел психологии ведущее место в понимании гипнотизма

4. не считал внушаемость причиной гипнотического состояния

5. все перечисленное

5. В ИЗВЕСТНУЮ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ ТРИАДУ БЕХТЕРЕВА ВХОДЯТ ВСЕ СЛЕ-

ДУЮЩИЕ МОМЕНТЫ, КРОМЕ (В.Е.РОЖНОВ - РЕД., 1985)

1. когнитивной беседы по Беку и анализа невротического конфликта

2. разъяснительной беседы с группой больных

3. гипноза

4. обучения самовнушению

6. БЕХТЕРЕВ (В.Е.РОЖНОВ И М.А.РОЖНОВА, 1987)

1. занимался психоанализом алкоголизма

2. заложил основы отечественной религиозной психотерапии

3. занимался с группами пациентов

4. занимался объективным рефлексологическим изучением личности, обучал

своих пациентов приемам самовнушения

7. КЛИНИЧЕСКИЙ МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО

1. особенности здоровой личности клинически оцениваются с точки зрения

возможных их патологических заострений, "гипертрофий"; здоровую (акцентиро-

ванную) личность клинически сравнивают с соответствующей ей по "рисунку"

структуре психопатической

2. психологическими тестами исследуют душевноздорового

3. исследуются возникшие на здоровой личностной почве психогенные расс-

тройства

4. исследуется Миннесотским опросником личность соматически больного

8. МНОГОМЕРНОСТЬ НЕВРОТИЧЕСКИХ КОНФЛИКТОВ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО

1. нездоровое стремление к личному успеху не соответствует реальным

возможностям индивида

2. нередко возникают противоречивые тенденции между желаниями и возмож-

ностями

3. внутриличностные конфликты достаточно очерчены

4. создаются благоприятные возможности для резкого усиления нервно-

психического напряжения

5. наличиствуют различные варианты их сочетаний

9. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1. данные рентгенологического исследования

2. все то, что удается получить с помощью биохимического исследования

3. все то же самое, что и субъективные жалобы больного

4. то, что знает больной о своей болезни из медицинской литературы; всю

массу болезненных, тягостных ощущений

10. МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ - ЭТО (А.В.ПЕТРОВСКИЙ И М.Г.ЯРОШЕВСКИЙ, 1990)

1. отрасль клинической медицины, изучающая клинически (клинико-психо-

логически) душевное состояние пациента при самых разных болезнях

2. отрасль психологии, занимающаяся экспериментально-психологической

диагностикой душевных (в широком смысле) болезней

3. то же самое, что психопатология

4. отрасль психологии, изучающая психологические аспекты гигиены, профилактики, диагностики, лечения, экспертизы и реабилитации больных

5. то же самое, что патопсихология

11. САМЫМИ ИЗВЕСТНЫМИ СПОСОБАМИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВНУШАЕМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

1. "падения назад"

2. протрептики и способа Бехтерева с остро отточенным карандашом

3. внушения одеревянения рук, сцепленных в "замок"

4. способа Буля с магнитом

5. правильно а) и г)

12. ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЕМЫМИ СПОСОБАМИ КОСВЕННОГО ВНУШЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

1. "мнимых операций" при истерических болях; аппаратов для поддержания при истерических расстройствах движения

2. "завораживающего" многострочного рецепта

3. впечатляющего иностранного журнала на столе врача

4. особого вкуса лекарства

13. ГИПНОЗ - ЭТО (В СООТВЕТСТВИИ С ИЗВЕСТНЫМИ ВЗГЛЯДАМИ В ПСИХОТЕРАПИИ)

1. условно-рефлекторный сон, вызванный внушением, при котором через

"сторожевой пункт" поддерживается контакт между загипнотизированным и гип-

нотизером, и он является частичным сном; состояние суженного сознания, выз-

ванное действиями гипнотизера и характеризующееся повышенной внушаемостью

2. вид онейроидного помрачения сознания

3. состояние легкой оглушенности, вызванное гипнотизацией

4. искусственно, гипнотизацией вызванная определенная психологическая

защита, свойственная данному человеку

5. правильно а) и г)

14. МЕТОДИКА УДЛИНЕННОЙ ГИПНОТЕРАПИИ (ПО В.Е.РОЖНОВУ) ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО

1. группа пациентов погружается в гипноз-отдых, продолжающийся от часа

до 5 часов

2. психотерапевт в течение часа непрерывно проводит пациенту лечебное

внушение в гипнозе

3. врач, проводящий психотерапевтический прием, в отдельной комнате

погружает пациента в гипноз и в течение 2 часов каждые 15 минут старается

углубить гипнотическое состояние

4. длительный гипноз-отдых тут растягивается до 10 часов с краткими

лечебными внушениями по 4-5 мин каждый час

5. лечебное внушение в гипнозе проводится группе пациентов в течение 2-4 часов по 2-3 мин каждые 15-20 мин

15. ОСОБЕННОСТЬ МЕТОДИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВОЙ ГИПНОТЕРАПИИ (ПО В.Е.РОЖНОВУ) ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО

1. у больных алкоголизмом вызывается внушением душевное напряжение с

неприязнью к спиртному

2. техника гипнотизации основывается на эмоционально-смысловых суггестивных формулах, глубоко затрагивающих личность гипнотизируемого; особое значение приобретает интонация произносимых врачом слов: их задушевность,теплота, суровость негодования, твердость несогласия и другие эмоционально-стрессовые нюансы

3.пациент максимально интенсивно охвачен здесь целью методически

преодолеть свою болезненную симптоматику

4. в гипнозе проводится мотивированное сократическое внушение

16. ГИПНОТЕРАПИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ БОЛЬНЫМ, КРОМЕ

1. пациентов, у которых гипнотический транс провоцирует возникновение

судорожного припадка

2. больных эпилепсией с припадками и больных, получающих одновременно талассатерапию

3. больных с бредовыми психотическими расстройствами

4. больных с лихорадкой

17. ОСОБЕННОСТЬЮ ГИПНОТИЧЕСКОГО МЕТОДА ЭРИКСОНА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

1. гипноанализа

2. краткого директивного внушения при погружении в гипноз; спокойного словесного погружения в гипноз "гипнотической песней"

3. сочетания психоанализа с гипнозом

4. использования в гипнозе визуализации различных конфликтных сцен

5. техники "рассеивания"

**Ситуационные задачи**

**ЗАДАЧА № 1**

Во время беседы у нарколога пациент отказывается принимать лечение, мотивируя свой отказ тем, что у него нет проблемы с алкоголем. «Я в любой момент могу остановиться, и если захочу, то смогу контролировать употребление спиртных напитков». Из анамнеза известно, что пациент злоупотребляет алкоголем на протяжении пятнадцати лет, пьянство носит псевдозапойный характер. Запои до одного месяца, со «светлыми» промежутками до двух недель. Неоднократно лечился у нарколога, максимальный срок ремиссии три месяца.

**Вопросы:**

1. Какой способ психологической защиты использует пациент?
2. Дайте характеристику этому механизмам психологической защиты
3. Определите стадия алкогольной зависимости у пациента. Что на это указывает?
4. Какой тип отношения к болезни по классификации Личко имеет место у пациента? Дайте его характеристику.
5. Сформулируйте рекомендации к психокоррекционной работе с пациентом. Какие методы психотерапии могут быть для этого использованы?

**Ответ:**

1. Отрицание.
2. Отрицание характеризуется полным игнорированием болезненной реальности и действием так, как будто эта реальность вообще не существует.
3. Вторая стадия алкогольной зависимости.
4. Псевдозапойный характер пьянства, пятнадцатилетний стаж употребления.
5. Анозогнозический тип отношения к болезни. Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни – отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний или случайных колебаний самочувствия. В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание «разобраться самому» и «обойтись своими средствами», надежда на то, что «само все обойдется».
6. Коррекция внутренней картины болезни, формирование положительных установок на лечение.
7. Когнитивно-поведенческая психотерапия, нейролингвистическое программирование.

**ЗАДАЧА № 2**

Больной 45 лет, инженер, был направлен на стационарное обследование с подозрением на опухолевый процесс в легком. После проведения флюорографии, когда диагноз подтвердился, больному была рекомендована операция. Он категорически отказался от оперативного лечения, хотя врач рассказал о предполагаемом характере опухоли и последствиях. После этого больной самовольно ушел из стационара, жене сообщил, что не совсем грамотные врачи приняли последствия перелома ребер в юношеском возрасте за онкологическое заболевание и хотели оперировать его с другими «раковыми» больными.

**Вопросы:**

1. Какими механизмами психологической защиты обусловлено поведение больного?
2. Дайте характеристику этим механизмам психологической защиты.
3. Какой ученый первым сформулировал представление о механизмах психологической защиты? Какому психолого-психотерапевтическому направлению он принадлежал?
4. В чем отличие механизмов психологической защиты от копинг-поведения?
5. Сформулируйте рекомендации к психокоррекционной работе с пациентом. Какие методы психотерапии могут быть для этого использованы?

**Ответ:**

1. Отрицание. Рационализация.
2. Отрицание характеризуется полным игнорированием болезненной реальности и действием так, как будто эта реальность вообще не существует. Рационализация – это рациональное объяснение больным своих социально неприемлемых чувств, желаний и поступков.
3. Зигмунд Фрейд.
4. Психоанализ (психодинамическое направление). Механизмы психологической защиты являются неосознаваемыми и пассивными, в значительной степени искажают реальность и направлены вовнутрь — на снижение тревоги. В отличие от них копинг-механизмы представляют собой механизмы активного совладания с ситуацией, достаточно адекватно отражают реальность и направлены на ее активное преобразование.
5. Коррекция внутренней картины болезни, формирование положительных установок на лечение, поиск позитивного смысла болезни (болезнь - как вызов, болезнь - как причина полюбить жизнь, ценить каждый день), коррекция страха смерти. Когнитивно-поведенческая психотерапия, нейролингвистическое программирование, суггестивная психотерапия (аутогенная тренировка, релаксация), экзистенциальная психотерапия.

**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 няня 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. Какая неудовлетворенная потребность пациентки, способствовала развитию заболевания?
4. Какие еще психологические факторы играли роль в развитии данного заболевания?
5. К какому классу заболеваний по МКБ -10 относится нервная анорексия?

**Ответ:**

1. Скорее всего, нервная анорексия. Нервная анорекси́я — расстройство приёма пищи, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом, в целях похудения или для профилактики набора лишнего веса. Чаще встречается у девушек. Многими специалистами признаётся разновидностью самоповреждения. При анорексии наблюдается патологическое желание потери веса, сопровождающееся сильным страхом ожирения. У больного наблюдается искажённое восприятие своей физической формы и присутствует беспокойство об увеличении веса, даже если такого в действительности не наблюдается. Нервная анорексия в первую очередь связана со страхом набрать вес с одной стороны и с ощущением пониженной самооценки - с другой. Анорексия берется на вооружение девушками как радикальное, сильнодействующее средство для похудания. И главное, не требующее никаких затрат. Все, что необходимо сделать — отказаться от еды. В основе нервной анорексии, как и других расстройств пищевого поведения, лежат психосоциальные проблемы, точнее комбинация социальных, индивидуальных и семейных факторов. Пищевые расстройства олицетворяют собой бессознательную борьбу внутренней индивидуальности человека, его представления о самом себе в социуме и проблем, которые часто вытекают из травмирующего жизненного опыта и моделей социализации.
2. Чувство ревности могло сыграть роль в развитии заболевания.
3. Потребность в любви, заботе со стороны родителей.
4. Чувство злости на родителей и вины за эту злость, отсутствие близких друзей и как следствие, концентрация внимания на родителях. Вероятно, у девочки имеется комплекс неполноценности.
5. Нервная анорексия относится к классу заболеваний по МКБ -10 «Психические расстройства и расстройства поведения», а именно к блоку «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами».

**Вопросы для подготовки:**

1. Личность в психологии мотивации
2. Социальные мотивы личности
3. Организация поведения и проблемы поведения и деятельности в отечественной психологии
4. Социальное научение личности и поведенческий анализ
5. Критерии нормального нормативного («стандартного») поведения
6. Психология отклоняющегося поведения
7. Социальная дезадаптация
8. Суицидальное поведение и аутодеструктивизм
9. Аддиктивное поведение. Определение.
10. Общая характеристика и степени выраженности зависимости личности
11. Происхождение зависимости и её личностные смыслы
12. Страсть к азартным играм
13. Отклоняющееся поведение, связанное с сексуальным развитием и ориентацией
14. Отклоняющееся пищевое поведение
15. Нервная анорексия
16. Нервная булимия
17. Психология зависимостного развития личности и созависимостей
18. Алкоголизм как разновидность зависимости от психоактивных веществ
19. Этапы формирования алкогольной зависимости
20. Алкоголизм как общесоматическое заболевание
21. Определение наркоманий и токсикоманий
22. Мотивы употребления наркотиков
23. Основные симптомы нарко- и токсикомании
24. Формы и методы организации профилактической работы
25. Основы первичной позитивной наркопрофилактики
26. Личностные изменения при зависимостях от ПАВ
27. Социально-психологические подходы к наркопрофилактике
28. Первичная наркопрофилактика путём коррекции школьной дезадаптации
29. Первичная наркопрофилактика путем коррекции личностной уязвимости
30. Первичная наркопрофилактика с помощью психологического иммунитета

**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 студентов практических действий (медицинских манипуляций) с «пациентом». Позволяет оценить умения и навыки студентов 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.*

**11-15 баллов.** 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 %).

**6-10 баллов.** 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 %).

**3-5 баллов.** 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 %).

**0-2 балла.** 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 %).

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Биопсихосоциальная парадигма здоровья.
2. Формула здоровья по определению ВОЗ.
3. Биологическая, социальная и психологическая концепция здоровья.
4. Оценка здоровья через признаки «нездоровья».
5. Факторы, влияющие на состояние психического здоровья.
6. Понятие психосоматического здоровья.
7. Самоуправление и психическое здоровье.
8. Критерии психического здоровья.
9. Понятие здоровых и вредных привычек.
10. Психические реакции на соматические заболевания. Стигматизация и самостигаматизация.
11. Ипохондрия.
12. Сущность, структура и компоненты ВКБ и ВКЗ.
13. Методические подходы к психологическому изучению ВКБ
14. Клинический расспрос с целью изучения ВКБ.
15. Вопросы нозологической специфичности и ВКБ. Зависимость ВКБ от особенностей личности, характера болезни и обстоятельств, в которых протекает болезнь
16. Факторы, влияющие на типологию и динамику ВКБ.
17. Возрастные особенности ВКБ.
18. Первичная наркопрофилактика путем коррекции личностной уязвимости и формирования психологического иммунитета.
19. Первичные наркопрофилактика путем коррекции школьной (социальной) дезадаптации.
20. Цели и задачи системно-позитивной наркопрофилактики.
21. Формы профилактической работы. Понятие и виды целевых групп.
22. Понятие первичной, вторичной и третичной наркопрофилактики.
23. Принципы проведения профилактической работы с подростками.
24. Участие специалистов наркологической службы в межведомственном взаимодействии в сфере наркопрофилактики.
25. Медицинское направление в первичной наркопрофилактике.
26. Проблемы современной наркопрофилактики.
27. Проблема психосоматических и соматопсихических соотношений.
28. Психогении и соматогении.
29. Многофакторный подход к пониманию генеза ПСР.
30. Основные концепции психосоматических расстройств.
31. Психосоматические расстройства как «болезни адаптации»: теория стресса Г. Селье и теория релаксации Г. Бенсона.
32. Классификация психосоматических расстройств.
33. Психосоматические расстройства в МКБ-10.
34. Психосоматические реакции.
35. Конверсионные расстройства.
36. Соматоформные расстройства.
37. Соматизированная депрессия.
38. Психосоматические заболевания («органические психосоматозы»).
39. Влияние болезни на психику человека. Подходы к определению понятия и структуры внутренней картины болезни (ВКБ).
40. Психологическая сущность плацебо-эффекта.
41. Исследование типа отношения личности к болезни, к лечению, к медицинскому персоналу с помощью опросника ЛОБИ.
42. Психология больных с психосоматическими заболеваниями дыхательной системы.
43. Психология больных с психосоматическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
44. Психология больных с психосоматическими расстройствами ЖКТ.
45. Психологические аспекты психосоматических заболеваний кожи.
46. Психологические аспекты заболеваний опорно-двигательного аппарата.
47. Психология больных психосоматическими урологическими заболеваниями.
48. Психологические аспекты расстройств пищевого поведения (нервная анорексия, нервная булимия).
49. Понятие адаптации. Общий адаптационный синдром (стресс).
50. Соотношение понятий «стрессовая ситуация», «чрезвычайная ситуация», «экстремальная ситуация» и «кризисная ситуация».
51. Факторы, определяющие экстремальность ситуации (Everstine, Everstine, 1993).
52. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации в МКБ-10.
53. Острая реакция на стресс (F43.0).
54. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (F43.1). Диагностические критерии ПТСР в МКБ-10.
55. Расстройство приспособительных реакций (F43.2).
56. Диагностические критерии ПТСР в DSM-IV. Типы течения ПТСР.
57. Стадии формирования постстрессовых нарушений (Ромек и др., 2004).
58. Стадии динамики состояния людей после психотравмирующих ситуаций (Решетников и др., 1989).
59. Классификация методов диагностики стресса, стрессовых расстройств и стрессоустойчивости.
60. Консультирование лиц с признаками нарушенной адаптации.
61. Техники психологической коррекции дезадаптивного реагирования.
62. Принципы оказания помощи людям, перенесшим психологическую травму в результате влияния экстремальных ситуаций.
63. Базовые функции службы экстренной психологической помощи. Отличия работы психолога в экстремальных условиях от обычной терапевтической ситуации (Ловелле, Малимонова, 2003).
64. Цель и задачи экстренной психологической помощи. Направления проведения психотерапии и психопрофилактики при экстремальных ситуациях.
65. «Информационная» терапия жертв экстремальной ситуации, находящихся в полной изоляции от окружающего мира (вследствие землетрясения, разрушения жилищ, аварий, взрывов и т.д.).
66. Техники экстренной психологической помощи при острой реакции на стресс.
67. Техники экстренной психологической помощи при бреде и галлюцинациях.
68. Техники экстренной психологической помощи при двигательном возбуждении.
69. Техники экстренной психологической помощи при агрессии.
70. Техники экстренной психологической помощи при страхе.
71. Техники экстренной психологической помощи при истерике.
72. Техники экстренной психологической помощи при нервной дрожи.
73. Техники экстренной психологической помощи при плаче.
74. Техники экстренной психологической помощи при экстремальных ситуациях (насилие), связанные с угрозой для жизни.
75. Техники экстренной психологической помощи жертвам сексуального насилия.
76. Психологическая картина нормального горя.Стадии переживания утраты.
77. Патологическое горе.
78. Тактика оказания психологической помощи при переживании утраты.
79. Факторы адаптации и стрессоустойчивости.
80. Экспресс-методы снятия стресса и управления трудными психологическими состояниями.
81. Вероятностные расстройства личности (прототипы) в зависимости от личностной типологии.
82. Классификация патологии личности в МКБ-10.
83. Классификация патологии личности в DSM-IV.
84. Понятия акцентуации характера, психопатий и психопатоподобных нарушений психики.
85. Типология специфических расстройств личности.
86. Зависимое расстройство личности, включая личностей пассивных и пассивно-подчиняемых, а также личностей астенических (F60.7). Диагностические критерии.
87. Дифференциальная диагностика специфических расстройств личности и особенности психопатоподобных нарушений в рамках других психических и наркологических заболеваний.
88. Учение о патологических развитиях личности.
89. Виды патологического развития личности.
90. Хронические психогенные изменения личности в МКБ-10.
91. Хронические изменения личности после переживания катастрофы (F62.0). Диагностические критерии.
92. Хронические изменения личности после психической болезни (F62.1). Диагностические критерии.
93. Невротическое развитие личности.
94. Расстройства личности у больных психосоматическими заболеваниями.
95. Расстройства личности у больных алкоголизмом.
96. Группы психосоматических расстройств. Классификация психосоматических расстройств в МКБ-10.
97. Принципы установления контакта с больным. Понятие комплайенса.
98. Диагностическая беседа. Анамнез жизни как метод психосоматической диагностики.
99. Типы клинического слушания: нерефлексивное, рефлексивное, эмпатическое.
100. Методы психологической коррекции психосоматических расстройств.
101. Разработка рекомендаций к психокоррекционной работе с больными кардиологического профиля.
102. Суггестивные техники в психосоматической практике.
103. Телесно-ориентированный подход к психокоррекции при психосоматических расстройствах.
104. Возможности арт-терапии в работе с психосоматическими и соматическими больными.
105. Роль преморбидных особенностей личности в развитии психосоматических гастроэнтерологических заболеваний.
106. Способы психологических воздействий (приемы, техники, методы и направления).
107. Проблемно-ориентированное консультирование.
108. Психологическое консультирование, психокоррекция, психотерапия. Определение понятий.
109. Особенности оказания психологической помощи в кризисных ситуациях.
110. Особенности оказания психологической помощи в стрессовых ситуациях.
111. Психотерапия.
112. Основные научные направления психотерапии.
113. Критерии эффективности психотерапии, методы оценки, этические основы психотерапии.
114. Модели взаимодействия: врач-пациент.
115. Модели взаимодействия: врач общей практики – психиатр – психотерапевт.
116. Правовые аспекты взаимодействия психиатрической службы и учреждений первичного звена здравоохранения.
117. Критерии нормального нормативного («стандартного») поведения
118. Психология отклоняющегося поведения
119. Социальная дезадаптация
120. Суицидальное поведение и аутодеструктивизм
121. Аддиктивное поведение. Определение.
122. Общая характеристика и степени выраженности зависимости личности
123. Происхождение зависимости и её личностные смыслы
124. Страсть к азартным играм
125. Отклоняющееся поведение, связанное с сексуальным развитием и ориентацией
126. Отклоняющееся пищевое поведение
127. Нервная анорексия. Нервная булимия.
128. Психология зависимостного развития личности и созависимостей
129. Алкоголизм как разновидность зависимости от психоактивных веществ
130. Этапы формирования алкогольной зависимости
131. Алкоголизм как общесоматическое заболевание
132. Определение наркоманий и токсикоманий
133. Основные симптомы нарко- и токсикомании
134. Формы и методы организации профилактической работы
135. Основы первичной позитивной наркопрофилактики
136. Личностные изменения при зависимостях от ПАВ
137. Социально-психологические подходы к наркопрофилактике
138. Первичная наркопрофилактика путём коррекции школьной дезадаптации
139. Первичная наркопрофилактика путем коррекции личностной уязвимости
140. Первичная наркопрофилактика с помощью психологического иммунитета

**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*.)**

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

здесь и сейчас.

**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 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 № 3**

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 боьной 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 №4**

Больная 42 года 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 № 5**

К врачу психиатру-наркологу обратилась мать подростка 13 лет с просьбой «закодировать его от алкоголизма для профилактики». В беседе с ней врач выяснил, что признаков злоупотребления психоактивными веществами у подростка нет, но отец ребёнка, а так же оба деда злоупотребляли алкоголем, сам подросток перенес менингит в 6 лет и два года назад получил черепно-мозговую травму.

**Вопросы:**

1. Выяснив, что показаний для лечения наркологического заболевания у подростка нет, можно ли считать оправданным беспокойство матери ?
2. Меры первичной, вторичной или третичной наркопрофилактики в данном случае должны применяться?
3. Какая модель наркопрофилактики преимущественно должна применяться в отношении этого подростка?
4. Учитывая, что в основе метода «кодирования» А.Р.Довженко, как и в понимании этого термина большей частью населения является запрет, для данного подростка, зная, что ему 13 лет, можно ли применять запретительно-предупредительные профилактические методики?

**ЗАДАЧА № 6**

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 № 7**

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 № 8**

Во время беседы у нарколога пациент отказывается принимать лечение, мотивируя свой отказ тем, что у него нет проблемы с алкоголем. «Я в любой момент могу остановиться, и если захочу, то смогу контролировать употребление спиртных напитков». Из анамнеза известно, что пациент злоупотребляет алкоголем на протяжении пятнадцати лет, пьянство носит псевдозапойный характер. Запои до одного месяца, со «светлыми» промежутками до двух недель. Неоднократно лечился у нарколога, максимальный срок ремиссии три месяца.

**Вопросы:**

1. Какой способ психологической защиты использует пациент?
2. Дайте характеристику этому механизмам психологической защиты
3. Определите стадия алкогольной зависимости у пациента. Что на это указывает?
4. Какой тип отношения к болезни по классификации Личко имеет место у пациента? Дайте его характеристику.
5. Сформулируйте рекомендации к психокоррекционной работе с пациентом. Какие методы психотерапии могут быть для этого использованы?

**ВАРИАНТЫ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

**ВАРИАНТ № 1**

1. Что является предметом изучения психологии здоровья:
2. самосохранение человека;
3. **здоровье человека;**
4. человек;
5. жизнь клетки;
6. сохранение физического здоровья.
7. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО **НЕ** ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ:
8. совокупность переживаний (эмоциональных, когнитивных, волевых), связанных с наличием у человека заболевания;
9. субъективное отношение больного к своему заболеванию, складывающееся из болезненных ощущений и внешних проявлений болезни, оценки механизмов их возникновения, тяжести и значения для будущего, а также типы реагирования на болезнь;
10. совокупность субъективных представлений человека о своем заболевании, включающую в себя несколько уровней психического отражения;
11. совокупность субъективных представлений о нормальном и патологическом состоянии, как переживание человеком статуса и динамики своего здоровья, осознание своих душевных и физических возможностей и ресурсов;
12. комплекс переживаний больного, связанных с заболеванием: общее самочувствие, ощущения, восприятие, эмоции, представления о болезни.

3.ЦЕЛЬЮ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИЙ И АЛКОГОЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. изменение дезадаптивных и псевдоадаптивных моделей поведения риска на более адаптивную модель здорового поведения
2. предотвращение возникновения нарушения или болезни
3. усиление позитивных результатов развития индивида
4. восстановление личности и ее эффективного функционирования в социуме после соответствующего лечения
5. верно 2 и 3

4.Стресс (по Г. Селье) - это:

1. нервное вредоносное напряжение;
2. неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование, общий адаптационный синдром;
3. вид дистресса;
4. защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессором;
5. верно «1» и «2».

5.В ОТЛИЧИЕ ОТ К. ЛЕОНГАРДА, ОПИСАВШЕГО АКЦЕНТУАЦИИ ЛИЧНОСТИ, А.Е. ЛИЧКО:

1. Рассматривал акцентуации как проявление тем­перамента
2. Считал их специфическими проявлениями под­росткового криза
3. Соотносил акцентуации с характером как стерж­невым свойством личности
4. Рассматривал акцентуации как предиктор психозов
5. Предполагал, что акцентуации встречаются только у 12 – 15% населения

6.КАКОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ФАКТОРОВ **НЕ** ВХОДИТ В ЧИСЛО ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА:

1. гипернормативность;
2. курение;
3. неудовлетворенность работой;
4. низкая социальная активность;
5. высокий уровень холестерина в крови.

7.ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

1. отработке практических навыков;
2. повышении уровня знаний;
3. установлении эмоциональной дистанции с больными;
4. совершенствовании профессионализма, установлении адекватной эмоциональной дистанции с больными, формировании индивидуального врачебного «имиджа»;
5. установлении дружеских отношений с коллегами.

8.ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОКАЗЫВАЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПСИХОЛОГОМ:

1. совместно с врачом-психиатром
2. самостоятельно
3. совместно с врачом-психиатром и врачом-психотерапевтом
4. совместно с врачом-интернистом
5. все ответы верны

9.ОСОБЕННОСТЬЮ РАБОТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В КЛИНИКЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. ориентация на топическую диагностику неврологических расстройств и расстройств высших корковых функций
2. наличие специальных знаний для проведения экспресс-дифференциальной диагностики степени риска суицидального поведения
3. наличие специальных навыков для установления контакта с пациентами в кризисных состояниях
4. наличие подготовки в вопросах семейно-супружеских отношений, сексологии и сексопатологии
5. все ответы верны

10.ПСИХОТЕРАПИЯ ЕСТЬ (В.Е.РОЖНОВ, 1985)

1. лечение психогенных душевных расстройств и соматических расстройств с

невротическими проявлениями

2. комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств иск-

лючительно на психику больного, в отличие от лекарственного лечения, воз-

действующего на тело

3. воздействие с помощью психических средств одного человека на другого

4. лечение средствами души врача-психотерапевта

5. ни одно из перечисленного не отражает сути психотерапии

**ВАРИАНТ № 2**

1.Что является объектом изучения психологии здоровья:

1. все живое;
2. **человек;**
3. здоровый образ жизни;
4. вредные привычки;
5. стиль жизни.

2.СТРУКТУРА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПО В.В. НИКОЛАЕВОЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВСЕ УРОВНИ, **КРОМЕ**:

1. интеллектуальный (когнитивный);
2. эмоциональный (аффективный);
3. психодинамический;
4. мотивационный (поведенческий);
5. чувственный.

3.ЦЕЛЬЮ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИЙ И АЛКОГОЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. изменение дезадаптивных и псевдоадаптивных моделей поведения риска на более адаптивную модель здорового поведения
2. уменьшение вероятности рецидива заболевания
3. снижение вреда от употребления ПАВ для тех, кто еще не готов полностью отказаться от них
4. предотвращение возникновения нарушения или болезни
5. верно 1 и 3
6. В межличностных отношениях существуют следующие тактики (Г. Селье):
7. синтоксическая;
8. при которой игнорируется враг и делается попытка сосуществовать с ним, не нападая;
9. бегство или уход от врага без попыток сосуществовать с ним или уничтожить его, ведущая к бою;
10. кататоксическая;
11. все перечисленное.

4.АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:

1. Нормальные и патологические
2. Явные и скрытые
3. Временные и постоянные
4. Нормативные и девиантные
5. Ядерные и краевые

5.ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЕЙ НАИБОЛЬШУЮ ТРУДНОСТЬ:

1. работа в одной и той же организации на протяжении многих лет;
2. выражение враждебных чувств;
3. ответственное отношение к своему труду;
4. контроль проявлений враждебности;
5. верно все, кроме 2.

6.ПЕРВОЕ ВПЕЧАТЛЕНИЕ БОЛЬНОГО О ВРАЧЕ:

1. складывается в первые 18 секунд знакомства;
2. формируется в течение первой встречи врача и больного;
3. складывается постепенно, по мере того, как они лучше узнают друг друга;
4. неустойчиво и быстро корригируется под влиянием других впечатлений;
5. не оказывает существенного влияния на установление терапевтических отношений.

7. КОМИССИИ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ЛЮДОВИКОМ XVI ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ЖИВОТНОГО МАГНЕТИЗМА (В.Е.РОЖНОВ И М.А.РОЖНОВА, 1987)

1. отмечали лечебный эффект магнетических сеансов

2. возникновение при магнетизации конвульсий объясняли воображением

3. тщательно описывали магнетические (гипнотические) феномены

4. полагали, что флюида не существует

5. все перечисленное

**ВАРИАНТ № 3**

**1.**Что не является одним из видов здоровья?

* 1. соматическое;
  2. психическое;
  3. **эмоциональное;**
  4. нравственное;
  5. психологическое.

2.А. ГОЛЬДШЕЙДЕР ВЫДЕЛЯЛ ДВА УРОВНЯ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ:

1. мотивационный и чувственный;
2. сенситивный и интеллектуальный;
3. эмоциональный и интеллектуальный;
4. мотивационный и интеллектуальный;
5. эмоциональный и сенситивный.

3.ЦЕЛЬЮ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИЙ И АЛКОГОЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. восстановление личности и ее эффективного функционирования в социуме после соответствующего лечения
2. уменьшение вероятности рецидива заболевания
3. снижение вреда от употребления ПАВ для тех, кто еще не готов полностью отказаться от них
4. верно все перечисленное
5. верно все, кроме 3

4.Фазами общего адаптационного синдрома не являются (Г. Селье):

1. реакция удивления или тревоги из-за неопытности и неумения совладать с ситуацией;
2. фаза восхищения новым, необычным, удивительным и фаза агрессивного возбуждения;
3. фаза сопротивления без лишних волнений;
4. фаза истощения;
5. нет верных ответов.

5.ТО, ЧТО В СОВРЕМЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИЯХ ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ, РАНЬШЕ ОБОЗНАЧАЛОСЬ КАК:

1. Девиантное поведение
2. Реактивные состояния
3. Конституционные психозы
4. Психопатии
5. Мания

6.ТРУДНОСТИ В ВЫРАЖЕНИИ ВРАЖДЕБНЫХ ЧУВСТВ ФОРМИРУЮТСЯ В СЕМЬЯХ:

1. где родители безоговорочно принимают ребенка и учитывают его интересы;
2. с преобладанием в конфликтных ситуациях негативно-невербальной коммуникации (например, не давать ответ, отворачивать голову, избегать контакта взглядами);
3. матерей-одиночек;
4. с холодной, претенциозной и авторитарной матерью и слабым, подавляемым матерью отцом;
5. верно 2 и 4.

7.В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ ВРАЧА С БОЛЬНЫМИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ ПОЗЫ:

1. симметричные;
2. естественные симметричные;
3. естественные асимметричные закрытые;
4. естественные асимметричные открытые;
5. естественные симметричные, открытые.

8.В ЧИСЛО ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА, РАБОТАЮЩЕГО В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, ВХОДИТ:

1. топическая диагностика неврологических расстройств и расстройств высших корковых функций
2. изучение и коррекция внутренней картины болезни и отношения пациента к болезни
3. диагностика степени риска суицидального поведения
4. проведение различных форм кризисной интервенции
5. все ответы верны

9. БРЭД (Л.ШЕРТОК И Р. ДЕ СОССЮР, 1991)

1. полагал, что личность гипнотизера не оказывает серьезного воздействия

на развертывающиеся перед ним явления

2. выдвинул "психонейрофизиологическую" теорию магнетизма (гипнотизма)

3. полагал, что различные гипнотические феномены могут возникать в ре-

зультате словестного внушения

4. считал, что гипнотизер подобен механику, приводящему в действие ор-

ганизмические силы пациента, отбросил идею флюида

5. все перечисленное

10. БЕРНГЕЙМ (Л.ШЕРТОК И Р. ДЕ СОССЮР, 1991)

1. не утверждал, что гипнотизма (гипноза) не существует, есть одно лишь

внушение

2. не сводил внушение к нервным механизмам

3. отвел психологии ведущее место в понимании гипнотизма

4. не считал внушаемость причиной гипнотического состояния

5. все перечисленное

**ВАРИАНТ № 4**

1.Здоровье -  это

* 1. отсутствие болезни;
  2. состояние радости;
  3. состояние полного душевного, физического и социального благополучия;
  4. устойчивость к дестабилизирующим факторам;
  5. состояние душевного благополучия.

2.КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ УРОВНЕЙ В СТРУКТУРЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПО В.В. НИКОЛАЕВОЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ, ЗНАНИЯ О СВОЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ, РАЗМЫШЛЕНИЯ О ЕГО ПРИЧИНАХ И ВОЗМОЖНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ:

1. мотивационный;
2. чувственный;
3. эмоциональный;
4. интеллектуальный;
5. психодинамический.

3.ПОЗИТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ:

1. предоставление информации о ПАВ только в контрастном сопоставлении со здоровой альтернативой их употреблению
2. мероприятия по формированию личностного антиаддиктивного иммунитета
3. предоставление только запугивающей информации о вреде ПАВ
4. верно все перечисленное
5. верно 1 и 2

4.Конечная цель жизни человека состоит в том, чтобы (Г. Селье):

1. обрести власть, славу, безопасность;
2. дарить радость в порядке бескорыстной филантропии;
3. получать радость, наслаждаться;
4. раскрыть себя наиболее полно с чувством уверенности и надежности, проявить свою "искру божию";
5. правильно «2» и «3».

5.ПО П.Б.ГАННУШКИНУ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ПСИХОПАТИЯХ (ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВАХ) ПОДРАЗУМЕВАЕТ НАЛИЧИЕ В ПОВЕДЕНИИ ТАКИХ ПРИЗНАКОВ КАК:

* 1. Тотальность
  2. Стабильность
  3. Динамичность
  4. Дезадаптация
  5. Всех, кроме п. «3»

6.ОСОБЕННО ПРЕДРАСПОЛОЖЕНЫ К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА МУЖЧИНЫ В ВОЗРАСТЕ 39-40 ЛЕТ (ПО М. ФРИДМЭНУ И Р. РОЗЕНМЭНУ):

1. со способностью энергично добиваться продвижения по службе, ощущением нехватки времени;
2. со скрупулезностью, ананкастичностью;
3. с добродушием;
4. с неуверенностью в себе, склонностью к сомнениям;
5. правильно «2» и «3».

7.В ТЕЧЕНИЕ ФАЗЫ ОРИЕНТАЦИИ ВРАЧ:

1. наблюдает невербальное поведение больного;
2. решает, какие лабораторные обследования следует назначить больному;
3. формулирует ряд гипотез (определяет зону поиска);
4. ставит диагноз;
5. информирует больного о специфике лечения его заболевания.

8.ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ИЛИ ДОВЕРЕННЫХ ЛИЦ) ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

1. при работе с лицами, признанными недееспособными
2. при работе с лицами, склонными к суицидальному поведению
3. всегда
4. при работе с детьми и подростками в возрасте до 15 лет
5. нет правильного ответа

9.НАЛИЧИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ ИЛИ ИНОГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ УСЛОВИЕМ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (В СООТВ. С ЗАКОНОМ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ»):

1. лицам, страдающим психическими расстройствами
2. лицам, склонным к суицидальному поведению
3. всегда
4. несовершеннолетним в возрасте до 15 лет или больным наркоманией несовершеннолетним в возрасте до 16 лет

все ответы верны

10.ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ИЛИ ДОВЕРЕННЫХ ЛИЦ) ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

1. при работе с лицами, признанными недееспособными
2. при работе с лицами, склонными к суицидальному поведению
3. всегда
4. при работе с детьми и подростками в возрасте до 15 лет
5. нет правильного ответа

**ВАРИАНТ № 5**

1. Цель науки психологии здоровья?
   1. изучение болезни;
   2. развитие интеллектуальных способностей человека;
   3. **укрепление и сохранение здоровья человека;**
   4. развитие профессиональных способностей человека;
   5. изучение психических заболеваний человека

2.В СТРУКТУРЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ИЗМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ И ОБРАЗА ЖИЗНИ В УСЛОВИЯХ БОЛЕЗНИ, А ТАКЖЕ ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ВОЗВРАЩЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ – ЭТО:

1. чувственный уровень;
2. мотивационный уровень;
3. интеллектуальный уровень;
4. психодинамический уровень;
5. эмоциональный уровень.

3.ВИДЕОРОЛИК, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В ЦЕЛЯХ ПЕРВИЧНОЙ ПОЗИТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ, МОЖЕТ СОДЕРЖАТЬ:

1. сцены, пропагандирующие здоровый образ жизни и трезвые способы получения удовольствия
2. сцены употребления ПАВ и приятных эффектов, производимых ими
3. информация о ПАВ (без их демонстрации) при условии, что выражено отрицательное отношение к ним и предложена положительная, здоровая альтернатива их употреблению
4. верно все перечисленное
5. верно 1 и 3
6. Уровень физиологического стресса наиболее низок (Г. Селье):
7. в минуты равнодушия;
8. когда человек мертв;
9. во время творческого вдохновения;
10. в минуты тихого духовного просветления;
11. в состоянии "сатори" (просветление в медитативной практике дзэн).

5.КРИТЕРИИ ПСИХОПАТИЙ П.Б. ГАННУШКИНА И О.В. КЕРБИКОВА ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ:

1. Выраженность патологических свойств личности до степени нарушения социальной адаптации
2. Относительная стабильность и малая обратимость патологических свойств личности
3. Тотальность патологических черт личности, оп­ределяющих весь психический облик человека
4. Верно указанное в п. «1» и «2»
5. Верно приведенное в пп. 1—3

6.ОСНОВНЫМИ ЛИЧНОСТНЫМИ ЧЕРТАМИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ПО Ф. АЛЕКСАНДЕРУ) ЯВЛЯЮТСЯ:

1. враждебная настроенность, сочетающаяся с выраженным контролем и подавлением агрессивных тенденций поведения;
2. паранойяльность;
3. сенситивность;
4. аутистичность;
5. демонстративность.
6. В ПРОЦЕССЕ ФАЗЫ АРГУМЕНТАЦИИ ВРАЧ ИМЕЕТ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ:
7. постановки диагноза;
8. постановки предварительного диагноза;
9. определения прогноза;
10. сообщения диагноза и прогноза больному;

7.НАЛИЧИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ ИЛИ ИНОГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ УСЛОВИЕМ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (В СООТВ. С ЗАКОНОМ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ»):

1. лицам, страдающим психическими расстройствами
2. лицам, склонным к суицидальному поведению
3. всегда
4. несовершеннолетним в возрасте до 15 лет или больным наркоманией несовершеннолетним в возрасте до 16 лет

все ответы верны

8. В ИЗВЕСТНУЮ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ ТРИАДУ БЕХТЕРЕВА ВХОДЯТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ МОМЕНТЫ, КРОМЕ (В.Е.РОЖНОВ - РЕД., 1985)

1. когнитивной беседы по Беку и анализа невротического конфликта

2. разъяснительной беседы с группой больных

3. гипноза

4. обучения самовнушению

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

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Направление подготовки специальность: 31.05.01 Лечебное дело**

**Дисциплина «Психотерапевтические основы лечения больных психиатрического и наркологического профиля»**

ЗАЧЁТНЫЙ БИЛЕТ № 1

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

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Сущность, структура и компоненты ВКБ и ВКЗ.
2. Возможности арт-терапии в работе с психосоматическими и соматическими больными.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

**Ситуационная задача № 7**

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.**

*(заполняется для дисциплин по ФГОС 3+)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 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 клинической психологии; цели и задачи клинической психологии в здравоохранении; принципы организации психологической помощи в различных областях медицины. | Вопросы № 1-9, 1-11,1-11 |
| **Уметь** определять роль и задачи клинического психолога при оказании медицинской помощи; формулировать принципы организации работы клинического психолога в лечебных учреждениях. | Ситуационная задача №1-3 |
| **Владеть** квалификационными требованиями к клиническому психологу и методологическими принципами клинической психологии; навыками организации работы клинического психолога в амбулаторно-поликлинических, стационарных; реабилитационных и профилактических учреждениях здравоохранения. | Ситуационная задача №1-3 |
| 2 | **ПК-5:** готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. | **Знать** цели, предмет и методы патопсихологии; основные понятия патопсихологии и патопсихологического исследования. | Вопросы № 1-31,1-44,1-18,1-25,1-11,1-9,1-30 |
| **Уметь** организовать процесс патопсихологического обследования в психиатрических учреждениях; использовать результаты патопсихологических исследований для изучения расстройств психических функций и личности. | Ситуационная задача № 1-4 |
| **Владеть** навыками клинического выявления и оценки патопсихологических симптомов, синдромов, регистров расстройств. | Ситуационная задача №1-4 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования

* текущего фактического рейтинга обучающегося;
* бонусного фактического рейтинга обучающегося.

**4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося**

Текущий фактический рейтинг по дисциплине (максимально – 70 баллов) складывается из суммы баллов, набранных в результате:

* текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине;
* рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины;
* самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся (КСР).

По каждому практическому занятию обучающийся получает до 5 баллов включительно. Количество баллов складывается из оценки за устный опрос и оценки за самостоятельную работу на занятии в форме тестирования и выполнения практических заданий.

По окончании каждого модуля дисциплины проводится рубежный контроль в форме письменного опроса и определяется количество баллов рубежного контроля (максимально – 5 баллов).

За выполнение каждого задания по самостоятельной (внеаудиторной) работе обучающийся получает количество баллов в соответствии с критериями оценивания, указанными в ФОС.

Текущий фактический рейтинг получается суммированием баллов по каждому из вышеперечисленных направлений.

**4.2. Правила формирования бонусного фактического рейтинга обучающегося**

Бонусный фактический рейтинг по дисциплине (максимально – 15 баллов) складывается из суммы баллов, набранных в результате участия обучающихся в следующих видах деятельности (см. таблица 1):

**Таблица 1 – виды деятельности, по результатам которых определяется бонусный фактический рейтинг**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид деятельности** | **Вид контроля** | **Баллы** |
| Подготовка обзора по заданной тематике, поиск научных публикаций и электронных источников информации | Оценка обзора, отчета | От 0 до 10 |
| Проведение научно-исследовательской работы | Оценка отчета | От 0 до 5 |
| Участие в заседаниях кружка СНО | Оценка куратора кружка | От 0 до 5 |
| Участие в создании наглядных учебных пособий | Оценка пособий | От 0 до 5 |
| Разработка обучающих компьютерных программ | Оценка программ | От 0 до 5 |
| Составление тестовых заданий по изучаемым темам | Оценка пакета тестов | От 0 до 5 |
| Составление проблемно-ситуационных задач | Оценка пакета задач | От 0 до 5 |
| Создание презентаций | Оценка презентации | От 0 до 5 |
| Создание учебных кинофильмов | Оценка фильма | От 0 до 5 |
| Участие в конференциях разного уровня | Оценка отчета | От 0 до 5 |

**ПАМЯТКА**

**для обучающихся о применении балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений по дисциплине**

1. Обучающиеся знакомятся с балльно-рейтинговой системой оценивания результатов освоения дисциплины на первом занятии под роспись.
2. Итоговая оценка по дисциплине определяется на основании дисциплинарного рейтинга (максимально 100 баллов) по таблице перевода

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **дисциплинарный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** | |
| *экзамен* | *зачет* |
| 85 – 100 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 65 – 84 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 43 – 64 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 42 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

1. ***Дисциплинарный рейтинг*** представляет собой сумму значений текущего, бонусного, экзаменационного или зачетного рейтингов.
2. В результате оценивания на занятиях по дисциплине формируется ***текущий рейтинг***, который выражается в баллах от 1 до 70.
3. ***Бонусный рейтинг*** обучающегося выражается в баллах от 1 до 15 и формируется на основе активной работы на учебных занятиях, высокого качества выполнения самостоятельной (внеаудиторной) работы, участия в олимпиадах, конкурсах, выставках, конференциях и других форм активности.
4. Подходы для формирования текущего и бонусного рейтингов по дисциплине определяются преподавателем и могут различаться для разных дисциплин.
5. Подходы для формирования текущего и бонусного рейтингов, применяемые на конкретной дисциплине, описывается в 4 разделе фонда оценочных средств, который прикрепляется в информационной системе Университета в рабочей программе дисциплины (содержание 4 раздела ФОС доводится до сведения обучающихся).
6. Обучающиеся не позднее 1 рабочего дня до даты проведения экзамена или зачета по дисциплине знакомятся с полученными значениями текущего и бонусного рейтингов на кафедре.
7. По результатам зачета или экзамена формируется ***зачетный или экзаменационный рейтинг*** в баллах от 1 до 15.
8. Если значение ***текущего рейтинга менее 35 баллов*** и (или) значение ***зачетного или экзаменационного рейтингов менее 7 баллов***, то дисциплина считается не освоенной и по результатам зачета и экзамена выставляется «не зачтено», «неудовлетворительно» соответственно.