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**

Психосоматика

по специализации 31.08.20 Психиатрия

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.20 Психиатрия,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № \_\_11\_\_\_\_\_\_ от «\_22\_\_» \_июня\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018\_\_\_

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 \_\_\_\_\_\_\_зачета

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

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

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

ПК-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

ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1** «Психосоматика»

***……………………………………………………………………………..***

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Тема 1**.** Психические реакции на соматические заболевания.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:** устный опрос

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

**Вопросы для рассмотрения:**

1.Психосоматические расстройства и «психосоматическая медицина».

2. История, развитие психосоматической медицины в России и за рубежом.

3. Психосоматические расстройства по МКБ

4. Психогении и соматогении

Самоконтроль усвоенных учебных элементов.

**Указания студентам о работе с больными в психиатрической больнице**

*(К 1 и всем другим занятиям)*

1. При работе с детьми проявлять максимальную приветливость, стараясь расположить к себе ребенка. Если разговор с ребенком не удается, нельзя считать, что его исследование невозможно; необходимо наблюдать за его поведением, справиться о его поведении у персонала.
2. Необходимо быть вежливым с больными, независимо от их поведения, ко всем взрослым больным следует обращаться на «Вы», называя их по имени и отчеству.
3. Беседовать с больными в серьезном, неторопливым тоне. Не вышучивать высказывания больных, не смеяться над ними. Не вступать с больными в пререкания.
4. При обследовании больного нужно исходить из четкого плана беседы с ним, если больной отвлекается, следует (не допуская резкости) направлять разговор в нужную сторону.
5. Не вступать с больными в разговоры и обсуждения, касающиеся их болезни, режима, выписки, отношений с родственниками и другими людьми. При необходимости адресовать его к лечащему врачу.
6. Не вести в присутствии больного разговоров на медицинские темы, особенно относящиеся к его болезни.
7. Не обманывать больных. Воздерживаться от разговора о том, что может вызвать волнение. Не давать больным невыполнимых обещаний.
8. Следить, чтобы больной после обследований не остался без надзора. Побеседовав с ним, передавать его дежурному санитару. Не уводить больных из отделения без ведома персонала. Не оставлять открытыми двери отделения.
9. Не выполнять без ведома врача просьб больного: не передавать письма, вещи, не сообщать посетителям каких-либо сведений.
10. Не оставлять ничего в отделении, в частности, лезвий от бритв, булавок и т.п.
11. В тех случаях, когда предоставляется возможность беседы с родственниками, не следует им сообщать медицинские данные и свои суждения о болезни.

**Тема 2.** Варианты восприятия болезни и типы реакций на информацию о болезни.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:** устный опрос, контроль выполнения практического задания

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

**Вопросы для рассмотрения:**

1.Варианты восприятия болезни

2.типы реакций на информацию о болезни

**Практические задания** (**упражнения)**

Выполняя предложенные упражнения, имейте в виду, что их цель состоит в освобождении ваших чувств, любых и всяких; помните, что какими бы ни были ваши переживания, они не оцениваются, но всегда приветствуются; не бойтесь проверки или контроля - все, что вы делаете, вы делаете для себя, а не для отчета или оценки. Если же вы решите разделить с кем-либо свой опыт переживаний, делайте это самым непосредственным образом, не бойтесь использовать самые свежие выражения, метафоры и телесную экспрессию. Предложенные упражнения могут использоваться для углубления самопознания, необходимого для профессионального роста, но также и в качестве приемов развития профессионального самосознания в обучающих пролонгированных программах.

**Самые ранние воспоминания моего детства**

Выполняется в течение 10-15 минут. Сядьте удобно, прикройте глаза и расслабьте тело. Вы отправляетесь путешествовать в далекое прошлое своего детства. Начните разматывать свою жизнь, как киноленту, - от сегодняшнего дня к вчерашнему... год назад... два, три... дальше... дальше... вплоть до самого раннего воспоминания. Позвольте себе увидеть что-то: неясные образы, картины... услышать звуки... голоса... слова... бессвязную речь; почувствовать запахи и прикосновения... соприкосновения... Что вы чувствуете, какие чувства возникают у вас?.. Какие мысли приходят в голову?.. Позвольте себе просто побыть с ними, сколько захочется... Потихоньку начинайте возвращаться в свое настоящее. Медленно открывайте глаза, осмотритесь, отметьте, что вы чувствуете, что ощущаете телесно. Медленно измените позу. Если хотите, запишите в своем личном дневнике все, что вы пережили, ваши чувства и ваши мысли по поводу этого путешествия. Что нового вы пережили, открыли в себе или в других, с какими образами себя и других вы повстречались?

**Паттерны отношений**

Если согласиться с З.Фрейдом, то все наши отношения несут отпечаток чувств, испытываемых к родным и близким. Вот несколько способов проверить это предположение.

1. Опишите свою главную эмоцию к каждому из родителей; помните, что каждый человек испытывает множество чувств к своим родителям - от нежности до холодности, от жалости до восхищения, а также презрение, злость, обиду, чувство вины и т.д.; не старайтесь обвинять или оправдывать кого-либо, а просто позвольте себе чувствовать, и эти чувства не принесут никому вреда.

2. Составьте список людей, которые вам больше всего нравились в жизни, исключая родителей (отдельно мужчин и женщин).

3. Перечислите, какие качества в них вам нравятся, а какие нет.

4. Подумайте и запишите, есть ли что-то общее у *всех* женщин, у всех мужчин. Нравятся (не нравятся) ли вам люди определенного типа?

5. Обратитесь к своим родителям. Какие черты в них вам нравятся (не нравятся)? Что нравилось (не нравилось), когда вы были маленьким(ой)?

6. Сопоставьте, сравните список характеристик ваших родителей и значимых для вас людей. Замечаете ли вы, что они очень похожи, или, напротив, прямо противоположны?

**СХЕМА АМБУЛАТОРНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.**

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Возраст.
3. Основные анамнестические данные, если их можно получить у больного (СУБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ).

A. Семейный анамнез.

Сведения о ближайших родственниках, судьба которых известна, детях больного. Психические отклонения и заболевания у них: припадки, странности характера, са­моубийства, алкоголизм, сосудистые поражения, эндокринные и обменные наруше­ния.

Б. Анамнез жизни.

Раннее детство. Возраст родителей в момент рождения больного, как протекали роды у матери. Развитие ребенка. Когда начал ходить, говорить. Детские заболева­ния, течение их и последствия. Ночное недержание мочи, ночные страхи, нервность, припадки.

Школьный период. Начало обучения, успеваемость, усидчивость. Интерес к тем или иным занятиям, школьным предметам. Затруднения в учебе и их причины.

Половая сфера. Время наступления полового созревания, нервно-психические от­клонения в пубертатном периоде. Половое влечение, связи, сексуальные отклонения. Для женщин - время наступления менструаций, их регулярность. Беременности и аборты, роды. Климакс, протекание его.

Основные особенности личности до болезни. Активность, уравновешенность, терпеливость. Склонность к аффектам и нервным срывам, преобладающее настроение, колебания его. Общительность, преобладающие интересы, увлечения.

Семейная жизнь. Когда вступил в брак, отношения в семье.

Служба в армии. Приспособление к условиям армии, конфликты, дисциплинарные, нарушения.

Профессиональный анамнез. Начало трудовой деятельности. Перемены профессии и их причины. Конфликтность на работе. Удовлетворенность работой. Профессио­нальные вредности.

Внешние вредности и их влияние на нервную систему. Перенесенные инфекции: психические нарушения в остром периоде. Интоксикации, употребление алкоголя, с какого времени, с какой частотой. Характер опьянения. Похмелье и последующие нервно-психические нарушения. Психические травмы.

B. Анамнез заболевания.

Болезненные эпизоды в прошлом. Первые проявления болезни: головные боли, головокружение, бессонница, снижение работоспособности, раздражительность, снижение интересов, изменение склонностей, замкнутость, изменение настроения, странные поступки и высказывания, бред и др.

Течение заболевания до момента помещения в больницу.

1. Основные данные из неврологического и соматического статуса

(указать только отклонения).

1. Краткий психический статус.
2. Синдромальный диагноз.
3. Предположительный диагноз болезни.

3. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЙ ПОВОД И ОБСТОЯ­ТЕЛЬСТВА СТАЦИОНИРОВАНИЯ.

А. Краткие соматические и неврологические данные.

Отклонения в соматическом и неврологическом статусах и лабораторных исследо­ваниях.

Б. Психический статус

Задача: составление краткого психического статуса с определением симптомов, синдрома (синдромов).

Средства и инструкции для выполнения задачи

1. План психического статуса

Ориентирован во времени, месте, собственной личности. Доступность – вступает ли в общение быстро и охотно, обнаруживает ли замкнутость и нежелание общаться.­ Быстрота психических реакций. Мимика и моторика: живость, изменчивость, адекватность мимики, выразительность, пластичность, ловкость движений, поза. Признаки возбуждения или заторможенности. Речь: голосовые модуляции, вырази­тельность. Мышление: связность, последовательность, быстрота. Поведение в отде­лении, степень активности, занятия больного. Аккуратность в еде и одежде. Дисци­плинированность. Преобладающее настроение, его устойчивость, сдвиги настрое­ния, эмоциональные реакции на поведение окружающих, на помещение в больницу, на обследование.

Обманы восприятия (галлюцинации, иллюзии, психосенсорные нарушения), их подробная характеристика. В ней нужно отразить, что именно воспринимает боль­ной, бывают ли обманы постоянно или эпизодически, ночью или в любое время су­ток. Отношение больного к галлюцинаторным переживаниям. Болезненные (бредо­вые, сверхценные, навязчивые) мысли, подробная характеристика их содержания. Когда они возникают, как мотивирует их больной (логичность, степень убежденно­сти, активность в доказательствах), как влияют они на поведение. Внимание, па­мять, суждение, критика. Внимательность в беседе, полнота сообщения сведений о прошлом, запас знаний, суждений об окружающих (в тех случаях, когда намечаются отклонения памяти и мыслительных способностей, необходимо тщательное обсле­дование и описание их. Для этого следует воспользоваться инструкцией "Приемы исследования памяти и мышления" (занятие 3).

2. Заключение к психическому статусу:

а) перечень симптомов

б) обозначение синдромов (синдрома)

3. Разборчивая подпись студента и номер группы.

4. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

1. Перечисление физических и психических симптомов.
2. Синдромальный диагноз.
3. Предположительный диагноз болезни (с указанием признаков, на основании которых сделан выбор диагноза).

КРАТКИЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ОБОСНОВАНИЮ ДИАГНОЗА

(методика клинического разбора).

Первое условие правильного разбора - полнота и точность исследования и описа­ния больного в истории болезни, но для *того,* чтобы диагноз был правильным, нуж­но также систематическое мышление. В психиатрии это особенно необходимо ввиду сложности психопатологических проявлений и возможной субъективности в их оценке. Представленная здесь общая схема построения диагноза должна содейство­вать правильному и всестороннему пониманию болезни в каждом конкретном слу­чае.

ВЫДЕЛЕНИЕ СИМПТОМОВ

Прежде всего нужно дать себе отчет в том, какие симптомы - неврологические, соматические и психопатологические - могут быть усмотрены в совокупности фак­тических данных, приведенных в истории болезни и перечислить эти симптомы. Недостаточный учет или неточное обозначение симптомов могут обесценить всю дальнейшую работу по построению диагноза и привести к ошибкам. Следует пом­нить, что врач далеко не всегда отмечает у больных такие типичные сочетания при­знаков, которые описаны в книгах. Для неопытного и невнимательного клинициста существует опасность "подгонять" свои описания к тем, которые есть в учебниках, находить симптомы, соответствующие заболеванию, на которые он настроился и не замечать явлений, противоречащих его диагностическому предположению.

СИНДРОМАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Вторым этапом диагностического мышления является объединение симптомов в синдромы. Синдром (группа симптомов, обусловленным единым патогенезом и за­кономерно появляющихся вместе при разных болезнях) - основная единица, кото­рой оперируют в диагностическом суждении. Обозначение синдрома должно соот­ветствовать принятой в психиатрии номенклатуре (см. стр.38 "Номенклатура син­дромов").

Квалификация синдрома может быть затруднительной ввиду нечеткой клиниче­ской картины или наличия симптомов, могущих быть отнесенными к различным синдромам. В таких случаях нужно определить, какие это синдромы и мотивиро­вать, почему диагностирован тот или иной синдром, несмотря на отклонения от ти­повой картины.

ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Синдромальная картина состояния - только один из критериев нозологического диагноза. Другой критерий - течение заболевания. Поэтому необходимо дать терми­нологическую квалификацию течения, не повторяя фактического описания его в истории болезни.

Нередко врачу приходится иметь дело с длительно текущим заболеванием, и оценка его течения чрезвычайно важна не только для определения нозологической формы, не и для прогноза и для выбора метода лечения. Поэтому характеристика течения заболевания должна отражать все индивидуальные особенности развития болезни у данного больного. Особенно важна характеристика начала заболевания, инициального этапа. Желательно установить, какой синдром являлся преобладаю­щим, ведущим как в инициальном, так и в последующих этапах болезни. Важно также уловить моменты и характер смены (перехода) синдромов, их усложнение. Например, в случае параноидной шизофрении с обычным течением нужно выделить характерные этапы: паранойяльный, параноидный, парафренный, шизофазия.

В общей характеристике течения нужно пользоваться установленными понятиями: острое, подострое, прогрессируюшее (прогредиентное), ремитгирующее, приступообразное, регредиентное течение.

ОЦЕНКА "ПОЧВЫ" И ЭТИОЛОГИИ

В понятие "почва" вкладывается конституция больного, все те моменты в его со­стоянии до болезни, которые могли бы повлиять на возникновение болезни и фор­мирование ее картины. Должна быть дана оценка данных о наследственности боль­ного, о вредностях, которые действовали на больного в прошлом, об особенностях характера и соматической сферы.

В качестве предполагаемых причин психоза прежде всего должны быть рассмот­рены те внешние влияния, на которые есть достоверные указания в анамнезе. Долж­ны быть приняты во внимание не только основные, но и дополнительные причины и условия (в частности, психологическая ситуация).

ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ (выбор диагноза)

**Тема 3.** Типы личностной реакции на заболевание и их последствия; содружественная, спокойная, неосознаваемая, следовая, негативная, паническая, разрушительная реакции. **Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:** устный опрос, контроль выполнения практического задания

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

**Вопросы для рассмотрения:**

1.Типы личностной реакции на заболевание и их последствия;

-содружественная,

-спокойная,

-неосознаваемая,

-следовая,

-негативная,

-паническая,

-разрушительная реакции.

**Практические задания (упражнения)**

Выполняя предложенные упражнения, имейте в виду, что их цель состоит в освобождении ваших мыслей и чувств; помните, что, какими бы ни были ваши переживания, они не оцениваются и всегда приветствуются; не бойтесь проверки или контроля: все, что выделаете, вы делаете для себя, а не для отчета или оценки. Если вы решите разделить с кем-либо свой опыт переживаний, делайте это самым непосредственным образом, не бойтесь использовать свежие выражения, метафоры или телесную экспрессию.

**Упражнение 1**. Мы живем, руководствуясь множеством правил, предписаний и долженствований, о происхождении которых редко задумываемся. Попробуем обнаружить корни некоторых из них. Сядьте поудобнее, прикройте глаза и отправляйтесь в путешествие по своему детству... вы мягки и восприимчивы, как воск или губка; вы впитываете слова, взгляды, прикосновения близких, они ощущаются всей кожей... Что говорили ваши родители о вас, вы слышите... «ты бесценная редкость»... «обуза»... «недотепа»... «солнышко»? Они гордятся вами... жалеют... беспокоятся о вашем будущем? Что слышите вы от них по поводу других людей - им можно доверять, они добрые или злые, их надо опасаться, избегать драться?.. Что такое жизнь - страданье, радость, тяжелый труд и груз, бессмыслица... поле битвы... случайность... дар? Закончив упражнение, запишите все «родительские послания». Каковы ваши смутные впечатления об ощущениях своего «*детского Я*»? Отметьте свою собственную *теперешнюю* эмоциональную реакцию на них. Вы чувствуете симпатию, благодарность, уважение, негодование, обиду на родителей? Как они «снарядили» вас к жизни?

**Упражнение 2. Установка в адрес *Я***

«Ребенок во мне». Прислушайтесь к своим чувствам и телесным ощущениям и опознайте преобладающие эмоции вашего ребенка, это поможет вам опознать повторяющиеся эмоциональные паттерны, шаблоны самовосприятия. Ваш ребенок чувствует себя отверженным, одиноким, униженным? Он весел, энергичен, готов на выдумки? Ему нравится одиночество или он предпочитает *петь,* танцевать, дурачиться? *Чувствует* он себя критикуемым, пренебрегаемым, испытывает в глубине своего *Я* невыразимую ярость? Ощущает себя в безопасности или нет, ему комфортно или дискомфортно? Отметив свои переживания, попробуйте выразить их в рисунке. Напишите письмо «ребенку в себе», поделитесь с ним испытанными чувствами.

**Упражнение 3. Установка в адрес других людей**

Каковы ваши ожидания при первой встрече с людьми; ожидаете вы, что *х* понравится вам сразу или только после внимательной и подозрительной проверки? Опишите, как вы чувствуете себя, входя в комнату, полную незнакомых людей. Вы полны энтузиазма, но предвидите скорую боль разочарования? Вы заранее скептичны и ваше недоверие возрастает? Какими бы ни были ваши установки, что вы чувствуете по этому поводу.

**Тема 4.** Факторы, влияющие на формирование и динамику ВКБ. Проблема психологической диагностики ВКБ.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:** устный опрос, контроль выполнения практического задания

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

**Вопросы для рассмотрения:**

1.Факторы, влияющие на формирование и динамику ВКБ.

2.Проблема психологической диагностики ВКБ.

1. **Практические задания (упражнения)**
2. **ДИАГНОСТИКА ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ (ТОБОЛ)**
3. 12 типов отношения к болезни объединены в три блока. При этом были выбраны два критерия:
4. • адаптивность—дезадаптивность, отражающий, как отношение к болезни влияет на адаптацию личности больного,
5. • интер-, интрапсихическая направленность дезадаптации (в случае дезадаптивного характера отношения).
6. Краткие клинико-психологические описания каждого из 12 типов отношения к болезни и три объединяющих их блоков приводятся ниже.
7. Содержание опросника. Методика ТОБОЛ, построенная в форме опросника, диагностирует тип отношения к болезни на основании информации о том, как больной относится к ряду жизненных проблем и ситуаций, потенциально наиболее для него значимых и непосредственно или опосредованно связанных с его заболеванием. Эти отношения больного изучались как 12 подсистем в общей системе отношений личности.
8. Данные подсистемы обусловливают структурирование содержания методики по 12 темам: отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также самооценка самочувствия, настроения, сна и аппетита.
9. Опросник включает соответственно 12 таблиц-наборов утверждений («самочувствие», «настроение» и т. д.). Каждая в свою очередь содержит от 10 до 16 предлагаемых испытуемому утверждений, составленных на основе клинического опыта группы экспертов.
10. При работе с методикой больному предлагается выбрать два наиболее соответствующих ему утверждения по каждой теме. В таблицах содержится также по одному дополнительному предложению: «Ни одно из утверждений мне не подходит».
11. Подобная форма опросника лучше раскрывает систему отношений, чем работа с опросником, в котором используются ответы «да» или «нет», так как позволяет выявить наиболее значимые характеристики отношения к болезни.
12. Правила работы испытуемого с опросником. Испытуемому предлагается в каждой таблице-наборе выбрать два наиболее подходящих ему утверждения и обвести кружком номера сделанных выборов в регистрационном листе. Если больной не может выбрать два утверждения по какой-либо теме, он должен отметить последнее утверждение в соответствующей таблице-наборе. Время заполнения регистрационного листа не ограничено.Исследование можно проводить одновременно с небольшой группой испытуемых при условии, что они не будут совещаться друг с другом.
13. Кроме того, в регистрационный лист заносятся данные о больном в соответствии с практическими и исследовательскими задачами, стоящими перед врачом и клиническим психологом, например: развернутый клинический диагноз и ведущий синдром, длительность заболевания, инвалидность, прогноз заболевания, изменение социального и семейного статуса в связи с заболеванием и др.
14. Протокол испытуемого может быть охарактеризован суммами диагностических коэффициентов, каждая из которых соответствует определенному типу отношения к болезни и может рассматриваться отдельной шкалой. В целом профиль из 12 психодиагностических шкал характеризует совокупность отдельных аспектов многомерного отношения больного к заболеванию и должен интерпретироваться по аналогии с другими психологическими методиками, например: MMPI и др.
15. Помимо развернутой характеристики системы отношений, связанных с заболеванием, важное значение имеет определение целостного типа реагирования на болезнь. Правило диагностики типа отношения к болезни основано на том, что большая величина какой- либо из шкал указывает на большую вероятность принадлежности больного типу, соответствующему этой шкале. Таким образом, тип отношения к заболеванию может определяться по наивысшему или наивысшим значениям шкал, на чем и основана разработка конкретного правила диагностики типа (или типов при их смешении) с учетом совокупности шкальных оценок.
16. Существо диагностического правила сводится к определению шкалы с максимальной оценкой и других шкал, оценки которых находятся в так называемой диагностической зоне, т. е. отстоят от максимальной не более чем на пороговый интервал. Если в этой зоне оказывается шкала, то диагностируется «чистый» тип, ей соответствующий; если 2 или 3 шкалы, то «смешанный», если более 3 — «диффузный». В названии смешанных типов указываются составляющие их шкалы.
17. Если в диагностическую зону попадает любая из 3 шкал — гармоничного, эргопатиче- ского или анозогнозического типов, — должна быть проведена дополнительная проверка. Поскольку все эти три типа отношения к болезни отличаются отсутствием явных нарушений адаптации, вызванной заболеванием, данная проверка заключается в поиске тех выбранных больным утверждений, которые указывают на выраженное проявление дезадаптации. Такие утверждения, противоречащие по смыслу каждому из трех рассматриваемых типов, отмечены в диагностическом коде знаком (\*). Выбор испытуемым любого утверждения со знаком (\*) как бы приравнивает шкальную оценку соответствующего типа О и тем самым отрицает окончательную диагностику этого типа как «чистого» или входящего в «смешанный».
18. Таково общее описание алгоритма диагностики типа отношения к болезни, который используется в методике ТОБОЛ.
19. Валидность разработанной методики обеспечивается тем, что она построена как модель диагностической деятельности психологов и врачей и, следовательно, определяется высоким уровнем валидности клинико-психологической диагностики экспертов, обладающих высоким уровнем квалификации. Валидность усовершенствованного варианта методики повысилась по сравнению с первоначальным, поскольку к работе была привлечена новая группа экспертов, которые уточняли диагностические оценки методики, используя обобщенный опыт первой экспертной группы.
20. Новый усовершенствованный вариант методики для исследования типов отношений к болезни позволяет увеличить точность их диагностики и может быть использован в работе практических психологов, психоневрологов, врачей-интернистов.
21. Правила анализа данных опросника
22. Получение шкальных оценок и их профиля
23. 1. При анализе используется бланк «Результаты обследования».
24. 2. По таблице кода для каждого отмеченного в регистрационном листе утверждения определяются диагностические коэффициенты, которые заносятся в бланк «Результаты обследования».
25. 3. Диагностические коэффициенты в каждом из столбцов, соответствующих 12 шкалам типов отношения к болезни, суммируются, значения 12 шкальных оценок заносятся в графу, обозначенную «сумма».
26. 4. Графически величины шкальных оценок изображают в виде профиля на бланке «Результаты обследования», где по горизонтали отмечены буквенные символы 12 шкал, а по вертикали — числовые значения шкальных оценок.
27. Числовое выражение правила диагностики типа отношения к болезни
28. 5. Если среди утверждений, выбранных испытуемым, встречается хотя бы одно, указанное в коде знаком (\*), то шкальная величина соответствующего этому знаку типа отношения к болезни (гармоничный, эргопатический, анозогнозический) приравнивается к 0 и такой тип не диагностируется.
29. 6. Для диагностики типа находят шкалу (или шкалы) с максимальным значением суммы диагностических коэффициентов и определяют, есть ли в профиле такие шкалы, которые находятся в пределах диагностической зоны и оценки которых отставлены от максимальной в пределах 7 баллов. Если шкала с максимальной оценкой является единственной и нет каких-либо других, оценки которых отличаются от максимальной не более чем на 7 баллов, то диагностируют только тип, соответствующий этой шкале.
30. 7. Если в диагностический интервал, равный 7 баллам, помимо шкалы с максимальной оценкой попадают еще одна или две шкалы, то диагностируют смешанный тип, который обозначают соответственно названиям составляющих его шкал.
31. 8. При смешанном типе, если в диагностическую зону наряду с другими шкалами попадает шкала гармоничного типа, последний исключается из рассмотрения как составляющий. Таким образом, гармоничный тип диагностируют только как «чистый», т. е. только в том случае, когда данная шкала имеет максимальную оценку и нет других шкал, которые попадают в диагностический интервал.
32. 9. Если в диагностический интервал, равный 7 баллам, попадает более трех шкал, то диагностируют диффузный тип.
33. Графическое выражение правила диагностики типа отношения к болезни
34. 10. Если среди утверждений, выбранных испытуемым, встречается хотя бы одно, указанное в коде знаком (\*), при диагностике типа отношения к болезни необходимо использовать дополнительный профиль, отражающий скорректированные в соответствии с пунктом 5 шкальные оценки гармоничного, эргопатического, анозогнозического типов.
35. 11. Графически правило диагностики сводится к тому, что на профиле выделяют максимальный пик и проводят горизонталь ниже его вершины на 7 баллов. Если эта горизонталь не пересекает ни один из других пиков профиля, то ставят диагноз «чистого» типа.
36. 12. Если горизонталь, помимо максимального пика, пересекает или касается одного или двух пиков профиля, ставят диагноз смешанного типа.
37. Гармоничный тип, согласно пункту 8, не входит в смешанный тип.
38. 13. Диагностируется диффузный тип отношения к болезни (Д)
39. Интерпретация результатов диагностики с помощью опросника ТОБОЛ
40. I. Интерпретация диагностированного типа отношения к болезни. Если диагностируется «чистый» тип отношения к болезни, для раскрытия его психологического содержания используется клинико-психологическое описание соответствующего 13 типа, которое представлено в разделе «Классификация типов отношения к болезни».
41. Если диагностируется «смешанный» тип отношения к болезни, интерпретация состоит из описания типов, его составляющих, которые приведены в указанной классификации. Целесообразно обращать внимание на характер соотношения между составляющими смешанного типа, который может быть как согласованным (например, неврастенический-дис- форический), так и противоречивым (например, ипохондрический-анозогнозический).
42. При интерпретации типа реагирования на болезнь следует учитывать содержание выбранных больным утверждений, являющихся «зачетными» по отношению к диагностируемому типу, а также распределение таковых по темам опросника («самочувствие», «отношение к лечению», «отношение к работе» и т. п.).
43. Дополнительно к раскрытию содержания выбранных испытуемым утверждений, относящихся к диагностируемому типу, необходимо обращать внимание на всю совокупностьшкальных оценок, отражающих многомерность отношения к болезни и информация о которых наглядно представлена в профиле шкальных оценок.
44. И. Интерпретация профиля шкальных оценок. При интерпретации профиля следует обращать внимание на соотношение шкальных оценок в трех областях, соответствующих трем блокам типов отношения к болезни:
45. • типы без выраженных нарушений психической и социальной адаптации;
46. • типы с наличием психической дезадаптации, связанной преимущественно с ин- трапсихической направленностью реагирования на болезнь;
47. • типы с наличием психической дезадаптации, связанной преимущественно с интерпсихической направленностью реагирования на болезнь (см. раздел «Классификация типов отношения к болезни»).
48. Может быть выделен блок (или блоки) с большими оценками входящих в него шкал по сравнению с другими блоками. Это означает, что в личностном реагировании на болезнь доминирует направленность, соответствующая шкалам данного блока.
49. Если пики шкальных оценок расположены в области одного первого блока, можно сделать вывод, что отношение к болезни у человека характеризуется стремлением преодолеть заболевание, неприятием «роли» больного, сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования и отсутствием отчетливых проявлений психической и социальной дезадаптации.
50. Если пики шкальных оценок расположены в области второго или третьего блоков, то отношение к болезни у больного с таким профилем шкальных оценок представляет преимущественно дезадаптивное — соответственно с интерпсихической или интрапсихиче- ской направленностью.
51. Следует особо обращать внимание на величину ^откорректированных шкал первого блока (гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы). Если в целом диагностируются типы второго или третьего блоков при высоких показателях по шкалам первого, это может свидетельствовать, что, несмотря на явления психической дезадаптации, больной в своем поведении в существенной степени руководствуется стремлением сохранить ценностную структуру и активное социальное функционирование.
52. Кроме того, следует обратить внимание на распределение шкальных оценок внутри каждого блока (при этом необходимо рассматривать ^откорректированные оценки шкал первого блока). Такой содержательный анализ позволяет более дифференцированно описать многомерное отношение к болезни, рассматривая его под углом внутриблоковой направленности.
53. Дополнительную содержательную информацию, помогающую понять своеобразие отношения человека к болезни, возможно получить при анализе распределения зачетных ответов для шкал по 12 отдельным темам опросника или по группам тем, которые могут быть составлены психологом в соответствии с задачами исследования. Например, можно объединить темы, связанные с социальным функционированием («Отношение к родным и близким», «Отношение к работе» «Отношение к окружающим»).
54. Используя предлагаемый опросник, следует учитывать получаемые с его помощью данные в контексте результатов, добываемых с помощью других экспериментально-психологических методик (опросников, проективных методов и др.).
55. Текст опросника ТОБОЛ I. Самочувствие
56. 1. С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие
57. 2. Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил
58. 3. Дурное самочувствие я стараюсь перебороть
59. 4. Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим
60. 5. У меня почти всегда что-нибудь болит
61. 6. Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений
62. 7. Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей
63. 8. Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания
64. 9. Мое самочувствие вполне удовлетворительно
65. 10. С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски
66. 11. Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие
67. 12. Ни одно из определений мне не подходит
68. II. Настроение
69. 1. Как правило, настроение у меня очень хорошее
70. 2. Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным
71. 3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем
72. 4. Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти
73. 5. Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение
74. 6. Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия
75. 7. У меня стало совершенно безразличное настроение
76. 8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим
77. 9. У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев
78. 10. Малейшие неприятности сильно огорчают меня
79. 11. Из-за болезни у меня все время тревожное настроение
80. 12. Ни одно из определений мне не подходит
81. III. Сон и пробуждение ото сна
82. 1. Проснувшись, я сразу заставляю себя встать
83. 2. Утро для меня — самое тяжелое время суток
84. 3. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть
85. 4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем
86. 5. Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко
87. 6. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером
88. 7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения
89. 8. Утром я встаю бодрым и энергичным
90. 9. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать
91. 10. По ночам у меня бывают приступы страха
92. 11. С утра я чувствую полное безразличие ко всему
93. 12. По ночам меня особенно преследуют мысли о своей болезни
94. 13. Во сне мне видятся всякие болезни
95. 14. Ни одно из определений мне не подходит
96. IV. Аппетит и отношение к еде
97. 1. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях
98. 2. У меня хороший аппетит
99. 3. У меня плохой аппетит
100. 4. Я люблю сытно поесть
101. 5. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде
102. 6. Мне легко можно испортить аппетит
103. 7. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность
104. 8. Еда меня интересует прежде всего как средство поддержать здоровье
105. 9. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал
106. 10. Еда не доставляет мне никакого удовольствия
107. 11. Ни одно из определений мне не подходит
108. V. Отношение к болезни
109. 1. Моя болезнь меня пугает
110. 2. Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет
111. 3. Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью
112. 4. Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня
113. 5. Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью
114. 6. Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет
115. 7. Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей
116. 8. Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают
117. 9. Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше
118. 10. Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи
119. 11. Я здоров, и болезни меня не беспокоят
120. 12. Моя болезнь протекает совершенно необычно, не так, как у других, и поэтому требует особого внимания
121. 13. Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым
122. 14. Я знаю, по чьей вине я заболел, и не прощу этого никогда
123. 15. Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни
124. 16. Ни одно из определений мне не подходит
125. VI. Отношение к лечению
126. 1. Избегаю всякого лечения, надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать
127. 2. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением
128. 3. Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни
129. 4. Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным
130. 5. Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь
131. 6. Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию
132. 7. Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных
133. 8. Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей
134. 9. Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить
135. 10. Считаю, что меня лечат неправильно
136. 11. Я ни в каком лечении не нуждаюсь
137. 12. Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое
138. 13. Я избегаю говорить о лечении с другими людьми
139. 14. Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения
140. 15. Ни одно из определений мне не подходит
141. VII. Отношение к врачам и медперсоналу
142. 1. Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному
143. 2. Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность
144. 3. Считаю, что я заболел прежде всего по вине врачей
145. 4. Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат
146. 5. Мне все равно, кто и как меня лечит
147. 6. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу нечто важное, способное повлиять на успех лечения
148. 7. Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь
149. 8. Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения
150. 9. С большим уважением я отношусь к медицинской профессии
151. 10. Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности
152. 11. Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом
153. 12. Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь
154. 13. Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время
155. 14. Ни одно из определений мне не подходит
156. VIII. Отношение к родным и близким
157. 1. Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня
158. 2. Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения
159. 3. Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжелобольного
160. 4. Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды
161. 5. Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям
162. 6. Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие
163. 7. Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими
164. 8. Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных
165. 9. Из-за болезни я стал в тягость близким
166. 10. Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь
167. 11. Я считаю, что заболел из-за моих родных
168. 12. Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за своей болезни
169. 13. Ни одно из определений мне не подходит
170. IX. Отношение к работе (учебе)
171. 1. Болезнь делает меня никуда негодным работником (неспособным учиться)
172. 2. Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)
173. 3. Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной
174. 4. Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)
175. 5. Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)
176. 6. Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью
177. 7. На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне
178. 8. Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)
179. 9. Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни
180. 10. Я считаю, что, несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)
181. 11. Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)
182. 12. На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни
183. 13. Все удивляются и восхищаются тем, как я, несмотря на болезнь, успешно работаю (учусь)
184. 14. Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу
185. 15. Ни одно из определений мне не подходит
186. X. Отношение к окружающим
187. Мне теперь все равно, кто меня окружает и кто около меня
188. Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое
189. Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение
190. Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни
191. Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется
192. Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть
193. Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни
194. Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий
195. Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих
196. С окружающими я стараюсь не говорить о своей болезни
197. Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу
198. Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня
199. Моя болезнь не мешает мне иметь друзей
200. Ни одно из определений мне не подходит
201. XI. Отношение к одиночеству
202. Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше
203. Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество
204. В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу
205. В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях
206. Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать
207. Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям
208. Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни
209. Мне стало все равно — быть среди людей или оставаться в одиночестве
210. Мое желание побыть одному зависит от обстоятельств и настроения
211. Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью
212. И. Ни одно из определений мне не подходит
213. XII. Отношение к будущему
214. 1. Болезнь делает мое будущее печальным и унылым
215. 2. Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее
216. 3. Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях
217. 4. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем
218. 5. Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем
219. 6. Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)
220. 7. Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем
221. 8. Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее
222. 9. Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел
223. 10. Когда я думаю о своем будущем, меня охватывают тоска и раздражение на других людей
224. 11. Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее
225. 12. Ни одно из определений мне не подходит
226. Регистрационный лист к опроснику ТОБОЛ
227. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева Лаборатория клинической психологии
228. ФИО Возраст
229. Пол М/Ж (ненужное зачеркнуть)
230. В графе «Номера выбранных ответов» обведите кружком те номера утверждений из таблиц, которые наиболее Вам подходят. На каждую тему разрешается сделать два выбора.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Темы | Номера выбранных утверждений | |
| I | Самочувствие | 1,2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 |
| II | Настроение | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, И, 12 |
| III | Сон и пробуждение ото сна | 1,2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 |
| IV | Аппетит и отношение к еде | 1,2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, И |
| V | Отношение к болезни | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 |
| VI | Отношение к лечению | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 |
| VII | Отношение к врачам и медперсоналу | 1,2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, И, 12, 13, 14 |
| VIII | Отношение к родным и близким | 1,2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 |
| IX | Отношение к работе (учебе) | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 |
| X | Отношение к окружающим | 1,2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 |
| XI | Отношение к одиночеству | 1,2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, И |
| XII | Отношение к будущему | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, И, 12 |

1. Диагностический код опросника ТОБОЛ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I тема | Г | Р | 3 | т | И | Н | М | А | С | Э | п | д |
| 1 |  |  |  | 4 | 5 | 3 | 4 | 3 |  | 3 | 3 |  |
| 2 |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 4 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 5 |  |  | А |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  | 3 | 5 |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 | 4 | 3 |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  |
| III тема | Г | Р | 3 | Т | И | Н | М | А | С | Э | п | Д |
| 1 | 3 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  | 3 |
| 3 |  |  |  |  |  | 4 |  |  | 4 | 3 | 3 |  |
| 4 |  |  |  |  |  | 4 |  | 3 |  |  |  |  |
| 5 |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  | 4 |  | 4 | 4 |  |  | 3 | 3 | 3 |
| 8 |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  | 4 | 4 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| V  тема | Г | Р | 3 | Т | И | Н | М | А | С | э | п | д |
| 1 |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | 4 | 5 |  |  |  |  |

1. Продолжение табл.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |
| 5 |  |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  | 4 |  | 5 | 3 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 | 4 | 4 |
| 8 |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  | ¦ | 4 | 5 |  | 4 |  |  | 4 |  |  |
| 11 |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |  |  | 4 |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 | 4 |
| 15 | 5 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II тема | Г | Р | 3 | Т | И | Н | М | А | С | Э | П | д |
| 1 |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |  |  | 4 |
| 3 |  |  |  | 4 |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 4 | 4 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  | ¦ |  | 4 |  | 5 |  |  | 3 |  |  |
| 6 | 2 |  |  |  | 4 | 4 |  |  |  | 3 |  |  |
| 7 |  | ¦ |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 | 4 |
| 10 |  |  |  |  |  | 4 |  |  | 4 |  |  |  |
| 11 | ¦ |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IV тема | Г | р | 3 | Т | И | Н | М | А | С | э | п | д |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 2 |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  | 3 | 3 | 4 | 3 |  | 3 |  |  |
| 4 |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5 |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  | 3 |  | 3 |  |  | 3 | 3 |  | 3 |
| 7 |  |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  | 5 |  |
| 8 |  | 3 |  |  | 3 |  |  | 3 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  | 4 |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  | 4 | 4 |  |  |  |  |
| VI тема | Г | р | 3 | т | И | Н | М | А | С | э | П | д |
| 1 |  | 3 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  | 4 |  | 3 |  |  | 3 |  |  |  |
| 3 |  | 3 |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  | 4 | 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  | 3 | 4 |  |  |  |  | 4 |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  | 4 | 3 |
| 7 |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 | 4 |
| И |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  | 2 |  |  |  |  | 4 | 4 |  |  |  |  |
| 13 | 3 |  |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  | 5 |
| VII тема | г | Р | 3 | Т | И | Н | М | А | С | Э | П | Д |
| 1 | 3 | 2 |  |  | 4 |  |  |  | 4 | 5 |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |
| 4 | ¦ |  |  |  | 4 |  | 3 |  |  |  | 4 | 4 |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  | 5 |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |
| 8 |  | ¦ |  | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 3 | 2 |  |  |  |  |  |  | 3 |  |  |  |

1. Продолжение табл.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 | 4 |
| 11 |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | ¦ |  | 5 |  |  |  | 4 | 4 |  |  |  |  |
| IX тема | Г | р | 3 | Т | И | Н | М | А | С | Э | п | д |
| 1 |  |  | ¦ |  |  |  | 4 | 3 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  | 4 |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 3 | ¦ |  |  |  |  |  | 4 | 5 |  |  |  |  |
| 4 | \* |  | ¦ |  | 4 |  | 4 | 3 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  | 4 |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 | 4 |
| 7 |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  | 4 | 4 | 4 |
| 8 |  | 5 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 4 |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |
| 10 | 4 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| И |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XI тема | Г | Р | 3 | Т | И | Н | М | А | С | Э | П | д |
| 1 | ¦ |  | ¦ |  |  |  |  | 4 | 3 |  | 3 |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  | 3 |  |  |
| 3 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  | ¦ | 4 | 4 |  | 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  | 3 | 4 |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |
| 7 | 3 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | ¦ |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |
| 9 | 3 |  | 2 |  |  | 3 |  |  |  |  | 2 |  |
| 10 |  |  | ¦ | 4 | 4 |  |  |  |  | 3 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VIII тема | Г | р | 3 | Т | И | Н | м | А | С | Э | П | Д |
| 1 | ¦ |  | ¦ |  | 4 |  | 4 |  |  |  |  |  |
| 2 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 3 |  | 3 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  | ¦ |  | 4 |  |  |  |  | 5 |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  | 3 |  |  |  | 5 | 3 | 4 |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |
| 8 | ¦ |  |  |  |  |  | 4 | 4 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  | 5 |  | 4 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  |  | 4 |
| И |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |  |
| 12 | 4 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| X тема | Г | Р | 3 | Т | И | н | М | А | С | Э | П | д |
| 1 | ¦ |  |  |  |  |  | 3 | 5 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  | 3 | 4 | 4 |  |  |  |  |
| 3 | ¦ |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  |  | 4 |
| 4 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 5 |  | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | ¦ |  | ¦ |  | 4 |  |  |  |  | 4 | 4 | 4 |
| 7 |  |  |  | 3 |  |  |  |  | 5 |  |  |  |
| 8 |  |  |  | 2 | 4 |  |  |  |  | 4 |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |
| 10 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| И |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |
| 13 |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XII тема | Г | Р | 3 | Т | И | н | М | А | С | Э | П | д |
| 1 |  |  | \* |  | 4 |  | 5 | 3 |  |  |  |  |
| 2 |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 3 |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  | 4 | 5 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  | 5 | 4 | 3 |  |  | 3 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 | 4 |
| 10 |  |  |  |  |  | 3 |  |  |  | 4 |  | 4 |
| 11 |  |  |  | 5 |  | 3 |  |  | 4 | 3 |  |  |

1. Результаты обследования

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкалы (Темы) | Г | Р | 3 | Т | И | Н | М | А | С | Э | П | Д |
| I |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| III |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IV |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| V |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VII |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VIII |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IX |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XII |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сумма |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ПО ПСИХОСОМАТИКЕ.**

1.Влияние болезни на психику человека.

2. Внутренняя картина болезни.

3. Возрастные особенности внутренней картины болезни.

4. Психосоциальные реакции на болезнь.

5. Типы личностной реакции на заболевание.

6. Переживание болезни во времени.

7. Психосоматические расстройства.

8. Психосоматический подход в медицине.

9. Психологические аспекты психосоматики.

10. История изучения проблемы психосоматических взаимосвязей.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **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. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **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. |
| **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 |

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

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета по зачетным билетам, содержащим два теоретических вопроса (в устной форме), один практический вопрос (в форме демонстрации практических навыков)

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

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

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

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

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

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

***Психосоматический подход в медицине***

1.Психосоматические расстройства и «психосоматическая медицина».

2.История, развитие психосоматической

медицины в России и за рубежом.

3.Модели формирования психосоматических расстройств (психоаналитические модели,

интегративные модели).

4. Психосоматические расстройства по МКБ

5.Психосоматические и соматические соотношения.

6.Современная биопсихосоциальная концепция

болезни, здоровья и лечения.

7.Психогении и соматогении.

***Влияние соматической болезни на психическую деятельность человека.***

8.Психические реакции на соматические

заболевания.

9.Варианты восприятия болезни и типы реакций

на информацию о болезни.

10.Типы личностной реакции на заболевание и их

последствия; содружественная, спокойная, неосознаваемая, следовая, негативная, паническая, разрушительная реакции

11.Психоорганические соматогенные расстройства

***Внутренняя картина болезни (ВКБ) и психологическая адаптация личности к хроническому соматическому заболеванию.***

12.Изучение внутренней картины болезни: общемедицинский и психологический подходы.

13.Факторы, влияющие на формирование и динамику ВКБ. Проблема психологической диагностики ВКБ.

14.Вопросы нозологической специфичности ВКБ. Зависимость ВКБ от преморбидной личности, характера болезни, обстоятельств, в которых протекает болезнь. Динамика ВКБ.

**Тестовые задания по дисциплине**

***Выберите правильные ответы на каждый из предложенных вопросов***

01. В патогенезе психосоматических заболеваний участвуют:

1) черепно-мозговая травма

+ 2) хроническая психотравма

+ 3) факторы биологического предрасположения

02. Выделите признаки, которые включают в понятие алекситимии:

1) затрудненность контактов с окружающими

+ 2) трудность в вербализации чувств

3) трудность разграничения соматических ощущений и эмоций

03. Выберите из нижеперечисленного психосоматические заболевания:

1) системная красная волчанка

+ 2) атопический дерматит

+ 3) ишемическая болезнь сердца

4) посттравматическое стрессовое расстройство

04. Выделите факторы предрасположения к гипертонической болезни:

+ 1) систолическая лабильность артериального давления

2) Д-клеточная недостаточность

3) дисбаланс эстрогенов и прогестерона

05. Какой тип стресса наиболее характерен для развития язвенной болезни?

           + 1) переживание потери значимого объекта

+ 2) страх потерять работу, чье-то расположение, признание

+ 3) перемещение и переезды за пределы привычного жизненного пространства

     4) ситуация ожидания

    06. Какой тип внутриличностного конфликта наиболее характерен

для психосоматических заболеваний?

            1) между желаниями и долгом

   2) между возможностями личности и её завышенными требованиями к себе

+ 3) между эмоционально значимыми отношениями и агрессивными тенденциями

    07. Выберите общие признаки психосоматических заболеваний:

    1) острое начало

+ 2) хроническое течение

+ 3) относительная взаимосвязь с полом

    4) чаще манифестируют в пожилом возрасте

08. К личностным особенностям больных стенокардией и инфарктом миокарда относятся:

1) невротичность и сенситивность

+ 2) тягостное чувство неполноценности

+ 3) честолюбие, энергичность с уверенностью в своих силах

09. Какой тип личности более характерен для больных бронхиальной астмой?

1) псевдонезависимый

2) тип "А"

+ 3) неврастенический

+ 4) истерический

10. Какой тип личности из нижеперечисленных более характерен для больных язвенной болезнью?

+ 1) псевдонезависимый

2) тип "А"

3) неврастенический

11. Какой тип личности из нижеперечисленных более характерен для больных ишемической болезнью сердца?

1) псевдонезависимый

+ 2) тип "А"

3) неврастенический

12. Выберите общие признаки психосоматических заболеваний:

1) острое

+ 2) хроническое

+ 3) относительная взаимосвязь с полом

4) чаще манифестируют в пожилом возрасте

13. К личностным особенностям больных язвенной болезнью относят:

1) эмоциональное спокойствие

+ 2) склонность к тревоге, опасениям, страхам

14. Коронарный тип личности (Ф. Донбар) обнаруживает:

+ 1) скрытность, способность сдерживаться

2) синтонность

3) гипоманиакальность

4) неспособность контролировать свои эмоции

5) астеничность

15. У больного, страдающего атопической бронхиальной астмой, участились приступы астмы, несмотря на медикаментозную терапию. Какой механизм может в этом участвовать?

1) психотический

+ 2) условно-рефлекторный

3) связь с возрастом

16. У больного 45 лет острый обширный инфаркт миокарда. Какие психические нарушения могут возникнуть в остром периоде?

+ 1) делириозный синдром

+ 2) выключение сознания

+ 3) эйфория

4) астенический синдром

17. Оптимизация терапии больных психосоматическими заболеваниями значит:

+ 1) назначение психотропных препаратов

+ 2) минимизация побочных эффектов

+ 3) получение безусловно положительного эффекта

+ 4) снижение риска осложнений

18. Термин "алекситимия" означает:

1) расстройство способности чтения

+ 2) расстройство способности к вербализации чувств, переживаний

3) замедление речи, наступающее во всех случаях заторможенного мышления

19. Алекситимия рассматривается как психологический фактор риска

Возникновения:

1) заикания

2) нервной анорексии

+ 3) психосоматических расстройств

4) расстройства речи

20. Симпатико-адреналовые кризы при невротических расстройствах включают следующие симптомы:

+ 1) неприятные ощущения в области сердца с увеличением ЧСС

2) неприятные ощущения в эпигастрии, усиление перистальтики

+ 3) бледность кожных покровов, сухость во рту, озноб

4) гиперемия кожных покровов, жар

+ 5) повышение АД

+ 6) полиурия

21. Вагоинсулярные кризы при невротических расстройствах включают следующие симптомы:

+ 1) понижение АД

+ 2) чувство давления в области грудной клетки с ощущением "перебоев" в работе сердца

3) увеличение ЧСС

+ 4) усиление перистальтики, тошнота, повышенное слюноотделение

5) сухость слизистых, бледность кожных покровов, озноб

+ 6) гиперемия кожных покровов, жар

22. Мужчина 32 лет, находясь за рулем автомобиля, попал в аварию, в которой погибли его жена и 8-летняя дочь. Сам он отделался несколькими ушибами. Спустя 6 месяцев после этого отмечает: постоянно возникающие воспоминания о ситуации, депрессию, тревогу, усиливающиеся при виде детей, кошмарные сновидения. Иногда кажется, что видит среди прохожих лица, похожие на жену и дочь, слышит их крик в визге тормозов машин. Относится к этим переживаниям критично. Предположительный диагноз

+ 1) посттравматическое стрессовое расстройство

2) конверсионное расстройство

3) МДП

4) органическое (посттравматическое) заболевание головного мозга

23. Репереживание психической травмы включает в себя:

+ 1) повторяющиеся воспоминания

+ 2) кошмарные сновидения

+ 3) внезапное действие или ощущение себя так, будто событие повторяется вновь

4) псевдогаллюцинации

24. Оптимальным при обнаружении у больного онкологической патологии будет:

1) не сообщать диагноз

2) сообщить диагноз родственникам

+ 3) привлечь для работы с больным психотерапевта

4) назначить антидепрессанты

25. Отказ онкологического больного признать факт заболевания скорее всего будет следствием:

1) бредовых идей

+ 2) реакции личности на заболевание

3) низкого интеллекта

4) депрессии

26. Ипохондрические расстройства сопровождаются обычно:

+ 1) тревогой

2) апатией

3) морией

27. Отказ больного, несмотря на квалифицированное неоднократное разубеждение, признать отсутствие у него тяжелого соматического заболевания и вытекающие из этого настойчивые просьбы помочь ему, вылечить, спасти жизнь свидетельствуют о наличии у него:

+ 1) ипохондрического бреда

2) ипохондрического отношения к болезни

3) рентных установок

4) низкого интеллекта

28. На ипохондрический характер хронической боли указывают:

+ 1) большая степень озабоченности своим самочувствием, которая сама по себе становится причиной снижения профессиональной активности

+ 2) реакция на результаты клинических и лабораторных исследований: успокаиваются, но сохраняется фиксация на том, стоит ли доверять этим результатам

3) приступы булимии и гиперсексуальность

4) экзофтальм, оскуднение волосяного покрова на лобке

29. К возникновению делириозного синдрома у соматически больного

не будет предрасполагать:

1) интоксикация

2) наличие алкогольных психозов в анамнезе

3) возраст

+ 4) психотравмирующая ситуация

30. Соматическим заболеванием может быть обусловлено возникновение:

+ 1) депрессивного синдрома

2) маниакального синдрома

+ 3) Корсаковского синдрома

+ 4) онейроидного синдрома

31. Возникновение эйфории у тяжелого соматического больного

может быть обусловлено:

1) улучшением состояния

+ 2) ухудшением состояния

3) полом

4) возрастом

32. Дезориентировка в месте и времени с истинными слуховыми

и зрительными галлюцинациями характерна для:

1) галлюцинаторно-бредового синдрома

+ 2) делириозного синдрома

3) онейроидного синдрома

4) Корсаковского синдрома

33. Больная 56 лет обратилась с жалобами на похудание в течение месяца на 5 кг, запоры, боли в животе.

Какое заболевание можно предположить?

1) кишечная непроходимость

+ 2) депрессия

3) ипохондрическое расстройство

34. Что такое боль?

+ 1) неприятный чувственный опыт, ассоциируемый с реальным или потенциальным повреждением

2) патологические сенсации от разрушенного органа

3) сомато-вегетативные реакции

35. Какие аффективные реакции сопровождают боль?

+ 1) тревога, страх

+ 2) депрессивная реакция

+ 3) дисфории

4) апатия

5) паническое расстройство

36. Среди соматических осложнений алкогольного абстинентного синдрома наиболее характерны:

+ 1) пневмония

+ 2) панкреатит

3) тромбоэмболия легочной артерии

+ 4) алкогольный делирий

37. Степень астении по мере нарастания тяжести состояния соматического больного:

+ 1) нарастает

2) снижается

3) сначала нарастает, затем снижается

4) не зависит от тяжести состояния

38. Если на фоне терапии аналгетиками боли сохраняются,

необходимо:

+ 1) рекомендовать изменить образ жизни (позу во время работы, постель, стереотипы привычных поз или движений)

+ 2) назначить психотропные препараты

+ 3) назначить поведенческую психотерапию

39. Если не удалось установить причину боли в процессе

соматического и неврологического обследования,

на какие факторы необходимо обратить внимание?

+ 1) психические расстройства

+ 2) привыкание к наркотикам

+ 3) стрессовые ситуации в жизни больного

4) уровень интеллекта

40. Депрессия и тревога в сочетании с паническими атаками или без них отмечаются примерно у половины пациентов с:

+ 1) синдромом Иценко-Кушинга

2) гипонатриемией

3) гипернатриемией

4) гипотиреозом

41. Все следующие утверждения по поводу феохромоцитомы верны, кроме:

1) она вызывает панику аналогичную спонтанным паническим атакам

2) она секретирует катехоламины

3) при ней редко развивается агорафобия

4) она приводит к приступам злокачественной гипертензии

+ 5) во время приступов типична повышенная двигательная активность

42. Какие из перечисленных заболеваний могут вызвать симптомы, идентичные таковым при паническом расстройстве?

+ 1) феохромоцитома

+ 2) гипогликемия

+ 3) интоксикация кофеином

+ 4) абстиненция при злоупотреблении барбитуратами

5) аутоиммунный тиреоидит

43. Какие из перечисленных вариантов развития характерны

для психосоматических заболеваний?

+ 1) ситуационный

2) невротический

+ 3) церебральный

44. К направлениям в исследовании психосоматической медицины

относятся все, кроме

1) психодинамического

2) интегративного

+ 3) гуманистического

4) психофизиологического

45. Нозогении относят в группу:

1) соматогенных психических расстройств

+ 2) психогенных психических расстройств

46. Соматизированное расстройство часто сопровождается:

+ 1) трудностью социальной адаптации

2) стеничными требованиями коррекции внешности

**Тема 2**

***Выберите правильные ответы на каждый из предложенных вопросов***

01. К соматоформным психическим расстройствам относятся:

+ 1) соматизированное расстройство

2) органическое аффективное расстройство

+ 3) ипохондрическое расстройство

+ 4) генерализованное тревожное расстройство

02. При соматоформных расстройствах:

1) в основе имеются структурные поражения органов и тканей

+ 2) озабоченность физическими симптомами вынуждает больного искать повторных консультаций специалистов и дополнительного обследования

3) пациент охотно соглашается с врачебными заверениями в отсут- ствии адекватной физической причины соматических симптомов

03. К диссоциативным расстройствам относятся:

+ 1) астазия-абазия

+ 2) расстройство множественной личности

3) пролонгированная депрессивная реакция

04. Соматоформная вегетативная дисфункция верхних отделов ЖКТ проявляется:

+ 1) психогенной аэрофагией

+ 2) пилороспазмом

3) метеоризмом

4) синдромом Да Коста

05. К основным вариантам ипохондрического синдрома относятся:

+ 1) невротическая ипохондрия

2) состояние упорной соматоформной боли

+ 3) сенесто-ипохондрический синдром

4) нервная анорексия

06. При психических заболеваниях, осложненных соматической патологией, соматические расстройства являются:

+ 1) следствием патологических форм поведения

2) этиологическим фактором

07. К психическим расстройствам, осложняющимся соматической

патологией, относят:

+ 1) аддиктивные расстройства

+ 2) расстройства пищевого поведения

3) агорафобию

08. К характерным проявлениям соматоформных вегетативных дисфункций относят:

1) наличие суточной динамики симптоматики

+ 2) сочетание жалоб специфического и неспецифического (общевегетативного) характера

+ 3) наличие эмоциональных нарушений

4) похудание на 5 и более % от исходной массы тела

09. Убежденность в наличии у себя воображаемого

физического недостатка или уродства квалифицируют как:

1) дисморфофобию

+ 2) дисморфоманию

3) ипохондрию

10. Аутоагрессивные действия более характерны для больных:

1) с дисморфофобией

+ 2) с дисморфоманией

3) с арахнофобией

11. Синдром дисморфомании включает идеи:

+ 1) физического недостатка

+ 2) отношения

3) преследования

12. Постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к еде

в большей степени характерны для:

1) больных с депрессией

2) больных с обссесивно-фобическим расстройством

+ 3) больных с нервной булимией

13. В основе нервной булимии и нервной анарексии могут лежать:

1) кататонические расстройства

+ 2) дисморфоманические расстройства

3) фокальные припадки в форме абдоминальных болей

14. Характерными осложнениями нервной анарексии являются:

+ 1) кахексия

2) маточные кровотечения

3) симптомы гиперфункции щитовидной железы

15. У больной 56 лет избыточный вес, который обусловлен систематическим усилением влечения к пище на фоне фрустрирующих ситуаций. Что следует рекомендовать?

+ 1) ограничение пищи богатой углеводами и жирами

+ 2) лечебную физкультуру

+ 3) симптомцентрированную психотерапию

+ 4) ноотропы

16. Отсутствие аппетита психогенной этиологии,

представляющее угрозу здоровью и даже жизни, называется:

1) психогенная булимия

2) болезнь Крона

+ 3) нервная анорексия

4) гипертиреоз

17. Нервная анорексия чаще возникает:

1) у пожилых людей

+ 2) у девушек и молодых женщин

3) у юношей и молодых мужчин

4) у лиц обоего пола после 30 лет

5) после тяжело протекавшей беременности

18. Нарушение пищевого поведения в форме нервной анорексии

чаще требует дифференциального диагноза с расстройствами при:

1) эпилепсии

+ 2) шизофрении

3) алкоголизме

4) маниакально-депрессивном психозе

19. Причинами невротического расстройства являются:

+ 1) биологическая предрасположенность индивида

+ 2) внутриличностный конфликт

+ 3) психотравмирующая ситуация

4) аддиктивные расстройства

20. Возникновение внутриличностного конфликта

в большей степени обусловлено

1) наследственной предрасположенностью

+ 2) стилем воспитания

3) психотравмирующими ситуациями

21. Симптомами невротического расстройства могут быть:

1) экспираторная одышка

2) подъем диастолического давления выше границ нормы

+ 3) чувство нарушения сердечного ритма

22. При обсессивно-фобических расстройствах

наиболее вероятны следующие соматические проявления:

+ 1) расстройства стула

+ 2) кардиалгии

+ 3) чувство нарушения сердечного ритма

4) рвота

23. При истерии наиболее вероятны следующие соматические проявления:

+ 1) рвота

+ 2) одышка

+ 3) расстройства стула

+ 4) кардиалгии

24. При неврастении наиболее вероятны следующие соматические проявления:

+ 1) кардиалгии

+ 2) колебания систолического давления

+ 3) дизурические явления

4) рвота

25. Женщина 26 лет, замужем 2 года. Отношения с мужем теплые, близкие. Последние три месяца с супругами живет свекровь – женщина энергичная, властная. Она полностью взяла на себя

ведение домашнего хозяйства, мотивируя это плохими навыками

и бездеятельностью невестки. В течение последних 2 недель

у пациентки появились приступы рвоты после еды.

На ФГДС без патологии.

Какой наиболее вероятный диагноз?

1) острый гастрит

2) хронический гастрит

+ 3) истерический невроз

4) обсессивно-фобический невроз

5) неврастения

26. Больная 35 лет предъявляет жалобы на боли в левой половине грудной клетки, чувство нехватки воздуха, страх смерти.

При обследовании патологии сердца не выявлено. Наиболее активно предъявляет жалобы во время посещения родственников

и врачебных обходов. В остальное время охотно общается

с соседками по палате, смотрит телесериалы, оживленно

и кокетливо разговаривает с мужчинами.

Наиболее вероятно предположить?

1) ИБС

2) неврастения

+ 3) истерический невроз

4) обсессивно-фобический невроз

27. Мужчина 38 лет предъявляет жалобы на боли в левой половине грудной клетки, одышку. При обследовании соматической патологии выявить не удалось. Пациент отмечает, что в последнее время много работал, в том числе и по выходным дням. Последний раз был в отпуске 2 года назад. Отмечает ухудшение самочувствия к вечеру, раздражительность, головные боли, долго не может заснуть из-за мыслей о прошедшем дне.

Наиболее вероятно предположить:

1) ИБС

+ 2) неврастения

3) истерический невроз

4) обсессивно-фобический невроз

28. Диагноз невротического расстройства ставится на основании:

+ 1) исключения других психических и соматических заболеваний, объясняющих жалобы больного

+ 2) оценки клинической картины нарушений

+ 3) выявления актуальной психотравмирующей ситуации и связанного с ней внутриличностного конфликта

4) данных нейропсихологического исследования

29. К симптомам неврастении не относятся:

1) быстрая утомляемость

2) раздражительность

+ 3) устойчиво тоскливое настроение

4) расстройства настроения

30. Навязчивые страхи могут встречаться при:

+ 1) конверсионных расстройствах

+ 2) обсессивно-фобических расстройствах

+ 3) шизофрении

4) Корсаковском синдроме

31. Что характерно для невротического расстройства?

+ 1) психогенная природа

+ 2) функциональные соматические расстройства

+ 3) обратимость нарушений

4) симптоматика психотического уровня

32. Ведущая роль в этиологии невротических расстройств принадлежит:

1) наследственным факторам

+ 2) психотравме

3) соматической ослабленности

4) социальным факторам

33. Внутренний конфликт при неврастении – это:

+ 1) конфликт между уровнем возможностей и потребностей

2) конфликт между желаниями и социальными требованиями

+ 3) конфликт по типу "хочу и не могу"

4) конфликт по типу "хочу и нельзя"

34. Патогенность невротического конфликта определяется:

+ 1) массивностью психотравмы

+ 2) длительностью действия психотравмы

+ 3) значимостью конфликта для личности

4) наличием аддиктивных расстройств

35. Психологическая защита – это:

+ 1) самопсихотерапия

+ 2) психологические приемы, с помощью которых уменьшается психологический дискомфорт

+ 3) сознательная стратегия преодоления ситуаций

36. Для личности больных с конверсионными расстройствами характерно:

1) погруженность во внутренний мир

+ 2) внушаемость

+ 3) эгоцентризм

+ 4) межличностная зависимость

5) тревожная мнительность

+ 6) завышенная самооценка

37. Для конверсионных расстройств наиболее характерны конфликты:

1) между потребностью в независимости и зависимым положением

+ 2) между сексуальными потребностями и требованиями среды

+ 3) между потребностью проявить себя и отсутствием положительного подкрепления

+ 4) между уровнем притязаний и уровнем возможностей

38. Психологический смысл конверсионных расстройств в:

+ 1) отказе от самостоятельного решения проблем

+ 2) устранении от реальной оценки собственной роли в конфликтной ситуации

3) чрезмерной требовательности к себе и недостатке личностных ресурсов

39. Для обсессивно-фобических расстройств характерны

невротические конфликты между:

1) потребностью в независимости и зависимым положением

+ 2) желаниями и долгом

3) потребностью в быстром достижении успеха

и адекватными усилиями

4) потребностью достижения успеха в различных областях жизни

и невозможностью совместить эти потребности

40. Для больных неврастенией характерно:

+ 1) превышение требований к себе над личными ресурсами

2) перекладывание ответственности за свои проблемы на окружающих

+ 3) завышенная самооценка

41. Психологический смысл симптомов при неврастении в:

1) манипулировании лицами ближайшего окружения

+ 2) уходе от восприятия несоответствия "Я-образа" и действительных черт личности

+ 3) стремлении избежать изматывающих нагрузок

42. Если психологическая защита не эффективна:

+ 1) возникает нервный срыв

+ 2) эмоциональное напряжение переключается на соматический уровень реагирования

3) включается копинговое поведение

43. Хроническая психическая травма вызывает:

+ 1) невротическое расстройство

2) шизофрению

3) эпилепсию

44. Факторы, способствующие развитию психогенного расстройства:

+ 1) наличие психотравмирующей ситуации

+ 2) значимость психотравмы для данной личности

+ 3) повторные черепно-мозговые травмы в анамнезе

45. При обсессивно-фобическом расстройстве наиболее вероятны следующие соматические проявления:

+ 1) расстройства стула

+ 2) кардиалгии

+ 3) чувство нарушения сердечного ритма

4) рвота

46. В большей степени неспособность больных невротическим расстройством разрешить конфликт вызвана прежде всего:

1) сложностью психотравмирующей ситуации

2) наличием акцентуации характера

3) недостаточно высоким интеллектом

+ 4) неосознаванием внутриличностого конфликта

47. Больные с невротическим спазмом пищевода:

+ 1) легче глотают твердую пищу

2) легче глотают жидкую пищу

3) с трудом глотают как твердую, так и жидкую пищу

48. Фобический синдром при невротических расстройствах проявляется:

+ 1) навязчивым переживанием страха и пониманием его необоснованности

2) навязчивым переживанием страха и дисфориями

3) наличием четкой фабулы страха и отсутствием компонента борьбы

49. Клиническая картина невротических нарушений

сердечно-сосудистой деятельности

представлена в виде следующих синдромов:

+ 1) кардиалгического

2) Вольфа–Паркинсона–Уайта

3) синдрома кардиоспазма

+ 4) нарушения сердечного ритма

+ 5) синдрома сосудистой дистонии

50. Конверсионные симптомы отличаются от симптомов,

обусловленных соматическим (органическим) заболеванием, тем, что

+ 1) утрата функции соответствует представлению пациента о том,

как работает его тело, а не данным анатомии и физиологии

+ 2) пациент вырабатывает особое отношение к симптому, обычно либо театральное, либо безразличное

3) симптом подтверждается структурным (тканевым, органным) дефектом

+ 4) можно доказать, что симптом выполняет некоторую функцию в жизни пациента

51. У женщины 32 лет периодически появляются

приступы звучной икоты, возникающие, как правило,

в публичных местах, а также при волнении.

Наиболее вероятен диагноз:

1) хронический гастродуоденит

2) рефлюкс-эзофагит

+ 3) невротическая икота

4) релаксация диафрагмы

5) невротическая аэрофагия

52. У женщины 23 лет повторяющиеся приступы удушья

в форме шумного, свистящего дыхания, сопровождающиеся чувством давления в горле и страхом смерти. Приступ продолжается 1-2 минуты, после его окончания отмечается отрыжка воздухом.

При ларинго- и бронхоскопии органической патологии не выявлено.

Можно предположить:

1) инородное тело или опухоль в бронхе

2) бронхиальную астму

+ 3) невротический ларингоспазм

4) хронический ларингит

53. Астенический синдром при невротических расстройствах включает следующие компоненты:

+ 1) собственно астению

+ 2) вегетативные проявления

3) депрессивные расстройства

4) эйфорию

+ 5) расстройства сна

54. Ведущими жалобами при астеническом синдроме являются:

1) колебания АД

+ 2) утомляемость

+ 3) головная боль

4) снижение настроения

55. Ведущими жалобами при фобическом синдроме являются:

1) колебания АД

2) утомляемость

3) головная боль

+ 4) страхи

56. Для невротической депрессии в отличие от эндогенной характерно:

+ 1) отражение в симптомах психотравмирующей ситуации

2) отсутствие борьбы с болезнью

3) преобладание идей самообвинения

4) отчетливые суточные колебания настроения

57. Тяжелые приступы икоты, кроме невротического расстройства, наблюдаются при:

1) ИБС

2) пневмотораксе

+ 3) ХПН

4) шейном остеохондрозе

5) недостаточности клапанов аорты

58. Для невротического синдрома нарушения дыхания характерно:

1) приступы экспираторной одышки, сопровождающиеся сухими жужжащими хрипами, слышными на расстоянии

2) одышка усиливается при незначительной физической нагрузке

и сопровождается цианозом

3) приступы одышки возникают в ночное время и сопровождаются влажными хрипами в нижнезадних отделах легких

+ 4) периодически возникает чувство нехватки воздуха, ощущение неполноценности воздуха; цианоз и хрипы отсутствуют

59. Для невротической депрессии характерно:

1) отражение в симптомах психотравмирующей ситуации, отчетливые суточные колебания настроения

2) пессимистическое отношение не ограничивается зоной

психо-травмирующей ситуации, наличие идей самообвинения

+ 3) выраженный компонент борьбы с болезнью, отражение

в симптомах психотравмирующей ситуации

60. Для соматизированной эндогенной депрессии характерно:

1) понимание связи своего состояния с психотравмирующей ситуацией

2) отражение в симптомах психотравмирующей ситуации, выраженный компонент борьбы с болезнью

+ 3) стойкость клинических проявлений болезни, хороший эффект при лечении антидепрессантами, сенесто-ипохондрические проявления при отсутствии органических нарушений, ранние пробуждения

61. Невротические расстройства ЖКТ могут быть представлены:

+ 1) отрыжкой

+ 2) рвотой

+ 3) аэрофагией

+ 4) кардиоспазмом

+ 5) спазмом пищевода

62. Больная 45 лет. В ожидании нелюбимой невестки была в сильном волнении и при ее появлении на пороге у нее, по ее словам, "потемнело в глазах". Ей показалось, что она теряет зрение, и она вскоре перестала видеть. Глазное дно, ЭЭГ, Р-г черепа без патологии.

Предположительный диагноз:

1) острая реакция на стресс

+ 2) конверсионное расстройство

3) маскированная депрессия

4) эпилепсия

63. При диагностике невротических расстройств и отграничении их от сходной патологии должны всегда предусматриваться три основных критерия:

+ 1) выраженность и своеобразие клинических проявлений

+ 2) структура и особенности личности больного

+ 3) тип патогенной конфликтной ситуации

4) степень внушаемости больного

5) длительность заболевания

64. При нейроциркуляторной дистонии гипертонического типа невротического происхождения со стороны глазного дна находят:

1) гипертоническую ангиопатию

2) отек соска зрительного нерва

+ 3) отсутствие изменений

4) расширение вен

65. Для синдрома гипервентиляции верно все, кроме:

1) может привести к респираторному ацидозу

+ 2) может привести к снижению уровня кальция в крови

3) часто связан с паническим расстройством

4) его симптомы могут быть воспроизведены введением лактата натрия

**Тема 3**

***Выберите правильные ответы на каждый из предложенных вопросов***

01. Какие расстройства сна наиболее характерны для депрессии?

1) поверхностный сон с частыми пробуждениями

2) затрудненное засыпание

+ 3) ранние пробуждения

4) отсутствие чувства сна

02. Соматовегетативные нарушения при депрессии могут быть представлены:

1) диареей

+ 2) абдоминальными болями

3) лихорадкой с высокой температурой

+ 4) похуданием

+ 5) расстройством менструального цикла

03. Что из нижеперечисленного наиболее характерно

для кардиалгической "маски" соматизированной депрессии?

1) вазомоторный ринит

2) приступы инспираторной одышки

+ 3) боли в сердце

+ 4) запоры

+ 5) ангедония

04. Факультативными признаками депрессивного синдрома являются:

+ 1) гипестезия

+ 2) гневливость

+ 3) сверхценные идеи ипохондрического содержания

05. Боль может быть соматизированным расстройством в клинике:

+ 1) депрессии

+ 2) тревоги

+ 3) шизофрении

+ 4) панического расстройства

06. Наиболее типичным расстройством сна при депрессии является:

1) сонливость днем

2) исчезновение фазы быстрого сна

+ 3) ранние пробуждения

4) затруднения засыпания из-за наплывов мыслей и образов

07. При маскированной депрессии возможна

следующая локализация болей:

+ 1) голова

+ 2) зубы

+ 3) живот

+ 4) за грудиной

08. В рамках депрессивного синдрома наиболее опасен следующий симптом:

1) расстройство сна

+ 2) суицидные мысли

3) отсутствие аппетита

4) запор

09. Вариантами маскированной депрессии являются следующие

+ 1) агрипнический вариант

+ 2) алгически-сенестопатический вариант

3) галлюцинаторно-бредовой вариант

+ 4) диэнцефальный вариант

+ 5) наркоманический вариант

10. Признаком, позволяющим заподозрить аффективное расстройство, лежащее в основе потребления психоактивных веществ, является:

+ 1) нерегулярный сезонный характер потребления веществ

2) гедонистическая мотивация

3) групповая психическая зависимость

4) эйфория в момент приема

11. У мужчины 35 лет в течение месяца держится сниженное настроение с элементами тоски, ухудшилась концентрация внимания и исчез аппетит. Ранее дважды возникали подобные состояния, державшиеся в течение недели.

Подберите наиболее вероятный диагноз или синдром:

1) невротическая депрессия

+ 2) эндогенная депрессия

3) невротическое расстройство

4) зависимость от наркотиков или алкоголя

12. Ведущими жалобами при депрессивном синдроме являются:

1) колебания АД

+ 2) снижение настроения

3) приступы сердцебиения

4) страхи

13. Для соматизированной эндогенной депрессии характерно:

1) понимание связи своего состояния с психотравмирующей ситуацией

2) отражение в симптомах психотравмирующей ситуации, выраженный компонент борьбы с болезнью

+ 3) стойкость клинических проявлений болезни, хороший эффект

при лечении антидепрессантами, сенесто-ипохондрические проявления при отсутствии органических нарушений,

ранние пробуждения

14. Признаком, позволяющим заподозрить наличие сопутствующего психического расстройства, лежащего в основе потребления психоактивных веществ, является:

+ 1) периодический, сезонный характер потребления веществ

2) психоорганический синдром

3) конфликтная ситуация в семье

+ 4) суициды в анамнезе у одного из родителей

15. Больная 39 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли

в области сердца. С трудом может подобрать слова для описания боли: «Что-то расширяет, давит, жжет». Жалуется на плохой сон, тяжесть при пробуждении, усталость. Во второй половине дня чувствует себя несколько легче. Все окружающее представляется

в мрачном свете, пессимистически оценивает прошлое и настоящее.

Предположительный диагноз:

1) неврозоподобные расстройства при шизофрении

2) конверсионное расстройство

+ 3) маскированная депрессия

4) эпилепсия

16. Клиническими вариантами маскированной депрессии являются:

+ 1) алгически-сенестопатический

+ 2) диэнцефальный

+ 3) обсессивно-фобический

4) онейроидный

+ 5) агрипнический

17. Алгически-сенестопатический вариант маскированной депрессии включает в себя:

+ 1) функциональные вегето-висцеральные расстройства

+ 2) астенические расстройства

+ 3) алгии и сенестопатии

4) бредовые расстройства

+ 5) субдепрессивные аффективные нарушения

18. Оптимизация терапии больных психосоматическими заболеваниями значит:

+ 1) назначение психотропных препаратов

+ 2) минимизация побочных эффектов

+ 3) достижение безусловно положительного эффекта

+ 4) снижение риска осложнений

19. Соматические эффекты бензодиазепинов обусловлены:

+ 1) снижением симпатикотонии

2) повышением симпатикотонии

20. Из перечисленного ниже бензодиазепинам свойственно:

+ 1) уменьшение эмоционального напряжения

+ 2) вегетостабилизирующее действие

3) антибредовое действие

4) антидепрессивное действие

21. Трициклические антидепрессанты из нижеперечисленных:

+ 1) коаксил

2) леривон

3) прозак

22. Седативный эффект характерен для антидепрессанта:

+ 1) леривон

2) аурорикс

3) золофт

23. Из антидепрессантов артериальное давление снижают:

+ 1) леривон

2) аурорикс

3) золофт

24. Побочными эффектами трициклических антидепрессантов являются:

+ 1) задержка мочи

2) скованность

3) гиперсоливация

+ 4) сухость во рту

+ 5) повышение артериального давления

25. К соматическим эффектам нейролептиков относятся:

+ 1) снижение артериального давления

+ 2) снижение температуры

+ 3) подавление икоты

4) повышение вязкости крови

5) усиление перистальтики кишечника

26. У больных с психосоматическими расстройствами ноотропы применяют для:

+ 1) активизации иммунитета

+ 2) улучшения метаболизма и микроциркуляции

+ 3) повышения артериального давления

+ 4) уменьшения головных болей

27. Синдром отмены бензодиазепиновых препаратов может включать следующие симптомы:

+ 1) тревогу

+ 2) бессонницу

+ 3) анорексию

+ 4) парастезии

28. Нарушение сердечной проводимости у больных, страдающих депрессией, может быть связано с назначением:

+ 1) мелипрамина

+ 2) амитриптилина

+ 3) анафранила

4) флюоксетина

29. У пациентки 36 лет выражен синдром предменструального напряжения, часто возникают ноющие интенсивные боли внизу живота.

Какими методами терапии можно дополнить назначения гинеколога?

+ 1) назначить вегетостабилизирующие средства

+ 2) назначить антидепрессанты

+ 3) назначить психотерапию

4) назначить ноопропы

30. Какие из перечисленных препаратов могут служить причиной психических нарушений у соматических больных?

+ 1) нитроглицерин

+ 2) парацетамол

3) ампициллин

+ 4) преднизолон

31. К нормотимикам относится:

1) сиднокарб

2) пирацетам

+ 3) карбонат лития

4) пиразидол

32. Больной, поступивший в приемное отделение, забыл, какой психотропный препарат назначил ему врач. ЧСС 6 ударов в мин.,

на ЭКГ признаки атриовентрикулярной блокады, пациент жалуется на трудность мочеиспускания. Вероятнее всего больной принимал:

1) седуксен

+ 2) амитриптилин

3) галоперидол

4) аспирин

33. К антидепрессантам относится следующий препарат:

1) трифтазин

2) триоксазин

3) френолон

+ 4) лудиомил

34. Из указанных препаратов к транквилизаторам относится:

1) прозак

2) тиоридазин

+ 3) диазепам

4) эглонил

5) миансерин

35. Транквилизатором с выраженным снотворным действием является:

1) грандаксин

+ 2) нитразепам

3) триоксазин

4) рудотель

5) неулептил

36. Какой из ниже перечисленных транквилизаторов обладает

наиболее выраженным действием на расстройства засыпания?

+ 1) нитразепам

2) амизил

3) фенибут

4) оксазепам

37. Какие из перечисленных транквилизаторов относятся к «дневным»?

1) сибазон

2) хлордиазепоксид

+ 3) мезапам

4) нитразепам

+ 5) грандаксин

38. Холинолитический синдром включает в себя следующие нарушения, кроме:

1) делирия с дезориентировкой

2) ажитации

+ 3) потливости (гипергидроза)

4) мидриаза

5) повышенной температуры тела

39. Побочные эффекты трициклических антидепрессантов включают

в себя следующие, кроме:

1) нарушения четкости зрения

+ 2) диареи

3) сухости во рту

4) задержки мочеиспускания

5) тахикардии

40. Адъювантные (вспомогательные) средства для лечения болевых синдромов – это:

1) антибиотики

2) кардиотоники

+ 3) антидепресанты

+ 4) глюкокортикоиды

41. Триада качеств психотерапевта по К. Роджерсу включает:

+ 1) эмпатию, безусловно позитивное отношение к пациенту, конгруэнтность

2) способность к контакту, интеллект, альтруизм

3) уверенность в себе, самодостаточность, критичное отношение к пациенту

4) искренность, твердость, уважение к пациенту

42. Противопоказанием для психотерапии является:

1) низкий уровень интеллекта

+ 2) наличие острой психотической симптоматики

3) эпилепсия

43. Эмоциональные реакции психотерапевта на пациента:

1) должны сдерживаться

2) должны подавляться

+ 3) должны быть выражены адекватно задачам и методу психотерапевтической техники

4) являются показанием для приема транквилизаторов

44. Применение неспецифической психотерапии необходимо при работе:

1) только с пациентами, которым показана психотерапия

2) только с больными невротическими расстройствами

3) только с больными психосоматическими заболеваниями

+ 4) с любыми больными

45. Эффект плацебо:

1) следует избегать, так как он не позволяет оценить истинную эффективность применения подобранного лечения

2) следует избегать из-за возможности эффекта «отрицательного плацебо»

+ 3) может и должен быть использован при фармакотерапии

4) следует избегать по этическим соображениям

46. Психотерапия показана больным с:

+ 1) психосоматическими заболеваниями

2) острыми психотическими расстройствами

47. Задачи психотерапии при неврастении:

+ 1) создание адекватного уровня требований к себе

и отказ от завышенных жизненных требований и целей

+ 2) решение внутриличностного конфликта

48. Задачи психотерапии при обсессивно-фобическом расстройстве:

+ 1) создание собственной ценностной системы пациента

+ 2) выработка зрелости и способности к независимому поведению

+ 3) тренировка умения принимать решения в отношении своих проблем

4) пересмотр установок на повышенные нагрузки

49. При тяжело протекающем посттравматическом стрессовом расстройстве показана:

+ 1) групповая психотерапия

+ 2) психофармакотерапия

3) электрошоковая терапия

+ 4) индивидуальная психотерапия

50. Роль врача-терапевта в психотерапии больных психосоматическими заболеваниями заключается в проведении:

+ 1) неспецифической психотерапии

+ 2) коррекции внутренней картины болезни

3) обучения навыкам аутотренинга

4) музыкотерапии

51. Механизмы психологической защиты и копинг-стратегии служат для поддержания стабильности:

1) гомеостаза

+ 2) самооценки

3) семейной ситуации

4) личностного развития

52. Как соотносятся понятия «механизмы совладания» и «механизмы психологической защиты»?

1) диаметрально противоположные и исключающие друг друга

+ 2) понятия близки по своему содержанию, их отличие в параметре активности /конструктивность/ – пассивности /неконструктивность/

3) понятия являются синонимами, совпадающими по значению друг с другом

53. Защитный механизм, посредством которого неприемлемый импульс, чувство, желание или идея удаляются из сознания и становятся бессознательными, называется:

1) рационализация

2) отрицание

+ 3) вытеснение

4) проекция

5) изоляция

54. Процесс, посредством которого психологический комплекс идей, желаний, чувств и т.д. заменяется физическими симптомами, называется:

1) смещением

+ 2) конверсией

3) вытеснением

4) овеществлением

55. В триаду качеств психотерапевта по К.Роджерсу входит:

1) способность к вербализации своих чувств

+ 2) способность к эмпатии

3) способность выслушивать собеседника, не перебивая его

56. Безусловно-позитивное отношение к пациенту означает:

1) принятие любого поведения пациента

+ 2) принятие любых чувств пациента

3) принятие любых высказываний пациента

57. Человек получил плацебо в связи с умеренной болью

и через 3 минуты сообщил, что боль прошла.

На основании этого можно утверждать, что он:

1) страдает конверсионным расстройством

2) страдает диссоциативным расстройством

3) симулирует

+ 4) реагирует на плацебо

**Образец зачетного билета**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: психиатрия**

**Дисциплина: психосоматика**

**Курс обучения: первый**

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №\_\_\_/**

**I.** Практическая часть: написание амбулаторной истории болезни

**II.** Психогении и соматогении

**III.** Психосоматические и соматические соотношения

Заведующий кафедрой д.м.н., профессор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_В.Г. Будза

Декан факультета подготовки кадров высшей

квалификации к.м.н., доцент И.В. Ткаченко

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания | Знать основные понятия общей психопатологии, основные нозологические формы психических заболеваний, принципы классификации болезней; понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза болезни; медицинские и правовые аспекты оказания помощи больным; причины и механизмы типовых и психических патологических процессов и реакций, их проявления и значение для организма при развитии различных заболеваний; основы профилактики. | вопросы №1-14 |
| Уметь интерпретировать результаты наиболее распространенных клинических, патопсихологических, лабораторных методов диагностики для выявления патологических процессов, их локализации; ориентироваться в общих вопросах нозологии, включая этиологию, патогенез и морфогенез; сличать клинический и патологоанатомический диагнозы; готовить и проводить клинико-морфологические конференции. | Все практические занятия |
| Владеть медико-функциональным понятийным аппаратом по вопросам клинико-морфологических аспектов психической патологии; навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов клинического, патопсихологического, лабораторного и инструментального обследования | Все практические занятия |
| 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 современные методы клинической, патопсихологической, лабораторной и инструментальной диагностики больных с психическими заболеваниями для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификации болезней | вопросы №1-14 |
| Уметь выбирать и использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов клинического, патопсихологического, лабораторного и инструментального обследования для оценки психического состояния больного для своевременной диагностики заболевания; оформлять медицинскую документацию. Поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования | Все практические занятия |
| Владеть методами общеклинического обследования (опрос, сбор субъективного анамнеза, написание психического статуса) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов при психических заболеваниях; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза пациентами на основании Международной классификации болезней | Все практические занятия |
| 3 | ПК-6: готовность к ведению и лечению  пациентов, нуждающихся в оказании  терапевтической медицинской помощи: готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | Знать Стандарты ведения и лечения пациентов терапевтического профиля Основы оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме | вопросы №1-14 |
| Уметь Интерпретировать данные обследования пациента с терапевтической патологией  планировать его индивидуальное лечение; оказать медицинскую помощь при состояниях, угрожающих жизни больного | Все практические занятия |
| Владеть алгоритмами действия специалистов первичной медико-санитарной помощи | Все практические занятия |
| 4 | ПК 8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации | Знать механизм психотерапевтического реабилитационного воздействия, основные понятия, вид, цели применения и методы коррекции. Теоретические и психологические методы воздействия | вопросы №1-14 |
| Уметь четко дифференцировать виды психологической помощи определять ее виды в каждом конкретном случае, оценивать эффективность психологической коррекции | Все практические занятия |
| Владеть коммуникативными навыками и технологией взаимодействия с больными, методиками психокоррекции эмоциональных состояний, техниками психологического воздействия | Все практические занятия |