федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**по дисциплине «Клиническая психология»**

по направлению подготовки (специальности) ординатуры

**31.08.22 « ПСИХОТЕРАПИЯ**

(код, наименование направления подготовки (специальности)

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

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

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

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 психотерапевтической медицинской помощи;

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

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

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1 История и методология медицинской психологии**

**Тема 1** *Теоретико-методологические подходы к пониманию психологической структуры болезни и организации психотерапевтического процесса.*

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

 защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Медицинская психология здравоохранении.
2. Психическое здоровье и психическая норма.
3. История развития медицинской психологии в России.

**Тестовый контроль**

1. КОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ ТЕРМИН «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»?
	1. Кречмеру;
	2. Жанэ;
	3. Уитмеру;
	4. Фрейду;
	5. Вундт.
2. КОГО МОЖНО СЧИТАТЬ РОДОНАЧАЛЬНИКОМ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ?
	1. Прибрама;
	2. Лейбница;
	3. Коха;
	4. Галля;
	5. Локк.
3. НАЗОВИТЕ ОСНОВАТЕЛЯ НАУЧНОЙ ПСИХОЛОГИИ:
	1. Вундт;
	2. Рибо;
	3. Крепелин;
	4. Лазурский;
	5. Бехтерев.
4. УКАЖИТЕ ПСИХОЛОГА, ВНЕСШЕГО НАИБОЛЬШИЙ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ПАТОПСИХОЛОГИИ В РОССИИ:
	1. Мясищев;
	2. Лебединский;
	3. Зейгарник;
	4. Рубинштейн;
	5. Ухтомский.
5. ОСНОВАТЕЛЕМ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
	1. Трауготт;
	2. Корнилов;
	3. Павлов;
	4. Лурия;
	5. Бехтерев.
6. КТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ БИХЕВИОРИЗМА?
	1. Перлс;
	2. Адлер;
	3. Уотсон;
	4. Вертхаймер;
	5. Толмен.
7. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ОКАЗЫВАЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ СЛЕДУЮЩИХ ОТРАСЛЕЙ МЕДИЦИНЫ, КРОМЕ:
	1. психиатрии;
	2. травматологии;
	3. неврологии;
	4. нейрохирургии;
	5. наркологии.
8. КТО ВВЕЛ В ОБРАЩЕНИЕ ТЕРМИН «ДЕОНТОЛОГИЯ»?
	1. Декарт;
	2. Спиноза;
	3. Бентам;
	4. Бубер;
	5. Сократ.
9. ОТЛИЧИЕ АСИНХРОНИИ ОТ ГЕТЕРОХРОНИИ В РАЗВИТИИ ПСИХИКИ РЕБЕНКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ:
	1. в том, что гетерохрония является естественным фактором развития;
	2. в масштабности охвата психических функций;
	3. в том, что асинхрония касается лишь одного аспекта работы мозга;
	4. в локальности охвата психических фугкций;
	5. различий нет, это синонимы.
10. БУКВЕННУЮ КОРРЕКТУРНУЮ ПРОБУ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНИМАНИЯ ПРЕДЛОЖИЛ:
	1. Шульте;
	2. Векслер;
	3. Бурдон;
	4. Бине;
	5. Айзенк.

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Алексей Т., 38 лет

При поступлении в стационар жаловался на стойкое снижение на­строения, подавленность, чувство грусти, исчезновение прежних интересов, тревогу в вечернее время, при наступлении сумерек, быструю психическую истощаемость, общую слабость, затрудне­ния при засыпании.

**Анамнез жизни**. Родился в г. Ленинграде, первым ребенком из двух детей, в полной семье. Отец работал инженером на заводе, мать — учительницей литературы в средней школе. Беременность и роды у матери протекали без осложнений. Развивался соответственно воз­расту. В возрасте 5 лет переболел ветряной оспой. С детства увле­кался чтением книг на историческую тему. Рос общительным, лю­бознательным, активным, любил подвижные игры со сверстниками, в которых обычно избирался лидером. Отец был по характеру рез­ким, директивным и иногда излишне строгим, и, хотя наказания за детские шалости ограничивались словесным внушением, Алексей его побаивался. До шестилетнего возраста был в очень близких отношениях с матерью, которая отличалась мягкостью и стано­вилась «убежищем» от гнева отца. Посещал ясли и детский сад. В школу пошел с 7 лет. Когда Алексею было 14 лет, умер от инсульта отец. Мать больше замуж не выходила и с другими мужчина­ми, как вспоминает Алексей, не встречалась. После окончания сред­ней школы два года служил в армии, в пограничных войсках. Затем около полутора лет работал на заводе разнорабочим и готовился к поступлению в вуз. В 20 лет Алексей с первого раза поступил в Ленинградский университет на исторический факультет. Примерно в том же возрасте впервые установил близкие отношения с девуш­кой (младше себя на один год), на которой женился в 23 года. На настоящий момент продолжает жить с женой, имеет от брака дво­их детей — дочь пятнадцати лет и сына десяти лет. Отношения с супругой характеризует как в целом удовлетворительные. Жена — преподаватель русского языка и литературы, «широко образован­ный, очень интересный человек». После окончания университета работал учителем истории. Живет с женой, детьми и своей мате­рью в отдельной трехкомнатной квартире. Впервые попробовал алкоголь в 16 лет, с тех пор выпивал не чаще одного раза в неде­лю, в основном пиво. Курит с 17 лет до 20—25 сигарет в день.

**Анамнез болезни.** Наследственность психическими заболевания­ми не отягощена. Ранее к психиатрам, психотерапевтам и психо­логам не обращался. Первый психологический кризис произошел в 6 лет и был связан с рождением сестры. Почувствовал, как мать, поглощенная заботой о втором ребенке, отдалилась от него. Тог­да впервые ощутил чувство одиночества, несколько месяцев страдал от «невнимания» матери и испытывал приступы грус­ти, часто плакал, иногда ненавидел сестру и желал ее смерти. Затем, после того как понял, что мать любит его, успокоился и даже ощутил нежность к сестренке, стал заботиться о ней. Следу­ющей психотравмирующей ситуацией стала внезапная смерть отца — очень тяжело переживал ее, испытывал острое чувство потери, вины. Тогда впервые серьезно задумался о значении смерти и усомнился в смысле жизни, поскольку она заканчивается «так бессмысленно — ничем». Период депрессии, апатии и снижения интересов продолжался около полугода, резко снизилась успева­емость в школе, хотя учеба всегда давалась легко, учился почти отлично. Во время этого спада настроения исчезало желание об­щаться, был замкнут, в основном «думал о жизни и молчал». Помогли выйти из кризиса любимые книги. Увлекся произведениями русских классиков, особенно Толстого и Достоевского. Большую эмоциональную поддержку оказывала сестра. Тогда же у Алексея появилась мечта стать учителем — «чтобы было с кем поделиться своими мыслями, передать то, что я понял, знаю». Пробовал пове­рить в Бога, но «истинной вере мешало то, что, как казалось, было нужно соблюдать обряды, а в церкви мне было скучно». Во время службы в армии, работы, учебы в вузе и первых лет брака («женился по очень большой и взаимной любви») чувствовал себя совершенно здоровым. С удовольствием занимался преподаватель­ской деятельностью, любил разговаривать в семейном кругу «о самых разных вещах». За 15 месяцев до поступления Алексея в клинику трагически погибла сестра (попала под автомобиль), которую Алексей продолжал нежно любить и к которой он особенно привязался после смерти отца. Первые два-три месяца после ее смерти очень переживал, видел сестру во сне, не мог работать и три недели находился на больничном листе у невропатолога по поводу болей в позвоночнике. Считая, что мать нуждается в его поддержке, предложил ей переехать к нему. На какой-то период горе отступило, и Алексей даже стал чувствовать себя как преж­де. За четыре недели до госпитализации из-за «какого-то бытово­го пустяка, кажется, из-за денег, которых всегда не хватает», пос­сорился с женой. Вновь стойко снизилось настроение, появились апатия, тревога, утомляемость, ухудшился сон. Пробовал снимать это состояние приемом крепких спиртных напитков, но они толь­ко ухудшали настроение. Обратился к психотерапевту в психонев­рологический диспансер по месту жительства и был направлен в больницу. Диагноз при поступлении: «дистимия» (F34.1).

В целом считает себя здоровым человеком: «Только вот с душой какие-то нелады... Что-то произошло с тонусом. У меня столько дел, а желания делать их нет, и даже жить иногда не хочется». Суицидальных мыслей не высказывает, при прямом вопросе о них испуганно мотает головой: «Нет, нет... Что вы, доктор... У меня такая ответственность. Нет, не хочу».

Во время первой встречи психотерапевта с пациентом была объяс­нена суть предлагаемых методов помощи и принято решение о начале психотерапии. Психотерапевт предлагает пациенту сфор­мулировать свою цель в терапии. Алексей отвечает, что хотел бы «вылечиться от депрессии». На вопрос, в чем для него смысл сло­ва «депрессия», пациент высказывает те жалобы, которые предъяв­лял при поступлении в стационар.

Фрагменты психотерапевтических сессий.

**Психотерапевт.** Я попробую помочь вам. Но ска­жите — во время ваших прошлых кризисов что по­могало вам? *(используется элемент методики жиз­ненного пути* — *обращение к прошлому пациента и попытка связать его с настоящим).*

**А.** Близкие мне люди. Мать, сестра... *(тут эмоцио­нальное состояние пациента меняется* — *голос дрог­нул, он закинул ногу на ногу, сложил руки на груди-Какое-то время молчит. Затем)* Я сам себе и по­могал.

**П.** Я тоже думаю, что прежде всего вы сами помогали себе. И довольно успешно. Давайте еще раз вспом­ним — как?

**А.** Я просто переживал все это... А что мне было де­лать?! Смерть отца... *(голос Алексея дрожит, лицо искажается, он явно сдерживает слезы. Психотера­певт выдерживает паузу. На глазах пациента появ­ляются слезы).*

**П.** Отца и сестры... *(психотерапевт более открыто пе­реходит к конфронтации с универсалиями потери и* = - *смерти).*

**А. *(****в еще более закрытой позе, весь как бы сжимаясь,*  *раздраженно)* Зачем ворошить все это?! Я просто хочу успокоиться! Мне кажется, вы должны помочь мне именно в этом! Вы даже представить не можете, сколько у меня в этой жизни дел, обязанностей... Я нужен своей семье, но спокойный, уверенный. У меня дети, дочь — почти на выданье. Я всем нужен здоровым!

**П.** Что вы чувствуете сейчас?

**А.** Раздражение... Неудобно говорить вам об этом — вы ведь врач... Я зол на вас.

**П.** Я вижу, что вы раздражены, и, мне кажется, пони­маю вас, Алексей. То, что вы сейчас переживае­те — естественно... Давайте вместе подумаем — что в моем поведении могло вызвать у вас эти чув­ства?

**А.** Мы все когда-нибудь умрем... Человек продолжа­ется в своих детях — и это правильно, гармонич­но... Представьте, если бы...

**П.** *(прерывая пациента)* Как вы думаете, что вы сей­час делаете?

**А**. *(удивленно).* Я?.. Отвечаю вам... *(пауза)* Кажется, я пытаюсь не плакать. Наверное, я пытаюсь защи­титься...

**П.** От кого?

**А.** Скорее, от чего... От чего-то внутри меня — я не хочу это чувствовать. Не хочу, чтобы это снова вернулось.

**П.** Что может вернуться к вам сейчас?

**А.** Боль.

**П.** А чья она?

**А.** *(недоуменно)* Как это — чья?.. Ax вот вы о чём... Ко­нечно, моя... Вернее, это мое прошлое... Яхочу про­ститься с ним раз и навсегда. **П.** Зачем?

**А.** Мужчины не плачут.

**П.** Кто вам сказал об этом?

**А.** Но ведь это общеизвестно... И еще — так говорил отец, когда я в детстве начинал ныть. Его я никог­да не видел плачущим. А вот мать позволяла... Да и сама при мне плакала *(начинает плакать, уже не стыдясь психотерапевта).*

**П.** *(после паузы)* Вы сейчас как раз помогаете себе, Алексей. А вы можете не только плакать, но и го­ворить о своих чувствах?

**А**. Я сейчас, мне кажется, ничего не чувствую. Только боль в душе...

**П.** Давайте попробуем с вами понять, как она появи­лась... *(после недоуменного молчания пациента)* Она, эта боль, как-то может быть связана с вами, вашей жизнью, значимыми для вас людьми?

**А.** Конечно... Да, со всем этим... Но я пока не пони­маю — как...

**П.** Попробуйте пойти ей навстречу и спросить ее об этом.

**А.** Боль? Как это?.. А впрочем... Это никогда не при­ходило мне в голову. Я подумаю.

**А.** Я не могу ее (боль в душе) себе представить. Точ­нее, пробую — появляются разные образы... Я ни­как не могу соотнести их со своими переживания­ми.

**П.** А кто представляется вам?

**А.** *(смущенно, очень взволнованно)* Моя сестра...

**П.** Что вы чувствуете сейчас, Алексей?

**А.** Мне так стыдно... ведь она умерла. Нехорошо тре­вожить ее память.

**П.** Чего бы вам хотелось?

**А.** Мне как-то тревожно... Но впрочем, ведь я люблю ее до сих пор... В моих чувствах к ней было много противоречивого. И еще— наверное, я все-таки боюсь смерти. Она всегда оставляет нас с чувством вины.

П. Попробуйте говорить от себя...

*Далее пациент вербализует свои детские фантазии о смерти сестры. Происходит отреагирование (катар­сис) его детского негодования на сестру и мать (гово­рит, что он в том возрасте еще не понимал роли отца в рождении дочери, считал, что только мать имеет к этому прямое отношение), вины, скорби, раздраже­ния на сестру, а затем и отца...*

**П.** В чем смысл Вашего раздражения?

**А.** У меня снова сейчас такое чувство, что сестра бро­сила меня... Как отец — мать, когда умер. Он тогда переложил на меня свою роль главы семьи. Мать словно ожидала моей поддержки. Правда — она была так растеряна... Что мне было делать? Мне было так жаль ее — даже сильнее, чем отца, хотя ведь это он умер... И мне пришлось выкарабкиваться первым. Послушайте, я сейчас вдруг впервые понял... Нет, об этом нельзя говорить.

**П.** Почему же нельзя?

**А.** Я чувствую себя таким виноватым перед отцом.

 **П.** Вы говорите, что смерть отца имеет иное значение для вас сейчас, чем смерть Юлии?

**А.** Я вдруг понял, что не горевал об отце так долго, как мне потом казалось. Как я переживаю гибель Юли — до сих пор. Пытаюсь убежать от этого, дав­лю в себе горе — уже почти год, целую вечность. Я сопереживал матери и поэтому так страдал. Я страдал. **Я еще боялся, что она снова бросит меня, как после рождения Юли.** Да, да — я снова оказался ос­тавленным ею. В этом — смысл. Как и сейчас. *(Алексей осознал, что* ***боится потерять жену)*** Я говорю сейчас не о том, что она может умереть. Хотя расставание — это как маленькая смерть, правда?

Я уже несколько месяцев живу со страхом, что она разочаруется во мне, что она уйдет от меня, оста­вит меня. Странно — нет никаких объективных оснований... Она всегда поддерживала меня. И пос­ле гибели Юли особенно. И сейчас. Я переживал нечто похожее, когда родился наш первый ребе­нок — **тревогу оставленности.**

**П.** В чем значение ее ухода для вас, продолжающего жить?

**А.** Они оба — сначала отец, потом Юля — столкнули меня с *этим!* Смерть — это так страшно. Что пугает больше всего? Ее необратимость. Уже ничего нельзя изменить, поправить. Все выходит из под контроля, все мои возможности *(пациент незамет­но начинает говорить о себе и неизбежности смерти для себя. Он явно испуган...).*

Катамнез

Через год после завершения психотерапии, во вре­мя личной встречи, заранее запланированной с паци­ентом на последней сессии, Алексей Т. выглядит впол­не здоровым, энергичным, оптимистично глядящим в будущее. Достаточно подробно вспоминает нюансы психотерапии, осознает психологические причины и механизмы, вызвавшие у него депрессию. В течение года после завершения психотерапии и выписки из стационара пациент ни разу не обращался за психи­атрической и психотерапевтической помощью. Сим­птомы депрессии, полностью редуцированные к мо­менту выписки, более не возвращались. Общее само­чувствие, тонус и активность пациента весь этот период были удовлетворительными, настроение и ночной сон достаточно ровными, стабильными, с не­значительными ситуационно обусловленными коле­баниями, проходившими в течение одного-двух дней. Все это время Алексей продолжает работать на пре­жнем месте. Работа приносит удовлетворение. Отно­шения в семье складываются в целом благополучно. Пациент общается с друзьями, не раз вместе с ними и своей семьёй выезжал отдыхать на природу. Вернулся к прежним увлечениям.

**Задача № 2**

Елена 22 года. Это была высокая и красивая девушка. Пока она сидела в коридоре, ожидая очереди, головы проходящих мимо людей невольно обращались в её сторону. Казалось, такая красавица должна говорить спокойно и уверенно. Но она, сев в кресло, опустила голову и забормотала очень тихо, запинаясь и останавливаясь на каждом слове. Её трясло. Вот, что можно было понять из её рассказа.

 Неделю назад Лена возвращалась домой от подруги. Было всего десять часов вечера и, потому мысль об опасности не приходила ей в голову. В проходном дворе на неё налетел мужчина. Угрожая ножом, он поволок девушку в пустую парадную и потребовал удовлетворить свои желания. В парадной не было квартир, это был сквозной проход на соседнюю улицу, к тому же кричать Лена боялась. Но несмотря на испуг, ей удалось вырваться и убежать.

 С тех пор она боится ходить по улицам, в каждом мужчине видится насильник. «Я привыкла доверять мужчинам, они всегда меня опекали, теперь я от всех шарахаюсь. Я ничего не рассказала родителям, только своему молодому человеку. Он беспокоится за меня, видит, как я изменилась, сказал, что мне нужен психолог и записал меня сюда». Днём, когда Елена была чем-то занята, она могла отвлечься, но когда оставалась одна, воспоминания о прежнем страхе не давали покоя.

Внешне Елена выглядела как высокая и красивая девушка. Пока она сидела в коридоре, ожидая очереди, головы проходящих мимо людей невольно обращались в её сторону. Казалось, такая красавица должна говорить спокойно и уверенно. Но она, сев в кресло, опустила голову и забормотала очень тихо, запинаясь и останавливаясь на каждом слове. Её трясло.

*Консультант:* Что вспоминается больше всего?

*Клиент:* Разное… Думаю о том, что всё могло кончиться иначе...

 - Когда я увидела нож, я ужасно испугалась. Я вспомнила передачу, может, вы видели по телевизору, про милиционера, который знакомился с девушками, потом насиловал их и убивал. Я представила себе расчленённые трупы… И тогда откуда-то появились силы, я ударила его но-

 гой…(Лена ещё ниже опустила голову) ну, сами понимаете, куда…

 Он скривился, уронил нож, а я выбежала на улицу, там ведь народу полно.

*К концу рассказа Елена уже почти шептала слова, теребя в руках платочек. Это выглядело очень странно. Человек сам спас себе жизнь, казалось бы, должен гордиться своим подвигом…*

*Консультант:* Лена, у меня к вам предложение. Представьте, что вы смотрите на эту ситуацию со стороны. Вот показали по телевизору историю про девушку Елену, как нападал не неё мужчина в темном дворе, как угрожал ей ножом, как ей удалось ударить его и спастись…Что вы сказали бы об этой девушке Елене?

 *Клиент:* Ну, что она молодец… Что не растерялась… Сильная…

 *Консультант:* Вы как-то ,об этом так вяло говорите, без энтузиазма.

*Клиент*: Мне кажется, это не я…

*Консультант*: Растерянная, испуганная Елена – это вы, а сильная и смелая нет?

*Клиент*: Вот как будто так. Это как будто откуда-то взялось.

*Консультант*: Откуда-то извне?

*Клиент*: Да.

*Консультант*: Можете представить себе образ растерянной Лены и сильной Лены?

*Клиент*: Нет, не знаю…

*Консультант*: Хорошо, какого цвета растерянная Лена?

*Клиент*: Она серая.

*Консультант*: А сильная?

*Клиент*: Фиолетовая.

По просьбе консультанта Елена изобразила на разных листах серое и фиолетовое пятна.

*Консультант*: Вот это серая Лена. Что вы можете сказать о ней?

*Клиент*: Она слабая, она много боится, но она мягкая, добрая, понимающая.

*Консультант*: А фиолетовая?

*Клиент*: Это сильная, но жесткая, в ней нет понимания.

*Консультант*: она вам нравиться? Вы улыбнулись, когда о ней говорили.

*Клиент*: Я восхищаюсь ей, но она мне не нравиться. То есть, скажем, я не хотела бы, чтобы она была мне другом.

 По мере дальнейшего разговора образы менялись, в них появлялись новые краски. Елена вносила их в свои рисунки, менялось отношение к ним Елены и сам тон её голоса. Казалось, она впускает в себя сильную Лену и по другому видит слабую.

*Клиент*: Она теперь меня немного раздражает. Она добрая, это хорошо, но она беспомощная, привыкла, чтобы её опекали. Она использует других людей и её используют.

*Консультант*: А сильная как видится теперь?

*Клиент*: Она независимая, может сама о себе позаботиться. Правда может и не заметить чего-то, не почувствовать, например, когда другому плохо. Но она самостоятельная, с ней не скучно. А слабая может быть унылой и скучной. В сущности, она как ребёнок… Как ребенок…(*смотрит на рисунок*). Теперь в ней появился желтый цвет.

*Консультант*: Это весёлый ребёнок?

*Клиент (улыбаясь*): Да.

*Консультант*: То есть вам нужна и та и другая?

*Клиент*: Да.

*Консультант*: И сколько от каждой Елены вы хотели бы взять себе?

*Клиент*: Я хотела бы 70% сильной и 30% слабой.

*Консультант*: Вы сможете узнать в себе эти части, когда той или другой будет больше, чем вам хотелось бы?

*Клиент*: Да. И вспомню эту картинку.

*Консультант*: И вы всегда будете помнить, что вы главная, что вам выбирать и решать, какой быть?

*Клиент*: Да.

*Консультант*: Какую часть вы сейчас больше в себе ощущаете?

*Клиент*: Сильную.

*Консультант*: Вы перестали дрожать, вы это чувствуете?

*Клиент*: Да, конечно. Я не думала, что эту ситуацию можно увидеть как-то по-другому. Я только сидела, всё вспоминала, мучилась и думала, почему это случилось со мной? Наверное, я в этом виновата… Но когда вы сказали посмотреть со стороны, как-будто что-то изменилось.

*Консультант*: Вы хотите взять с собой рисунки?

*Клиент*: Хочу…(*улыбаясь*) Меня там, за дверью, не узнают.

**Вопросы для подготовки:**

1.История клинической психологии. Зарождение и становление клинической психологии.

2.Медицинская и клиническая психология за рубежом. История медицинской и клинической психологии в России.

3.Основные понятия клинической психологии. Понятие нормы в клинической психологии.

4.Цели и задачи клинической психологии. Охрана и укрепление здоровья населения (решение профилактических, лечебных, реабилитационных и консультативных задач).

5.Клиническая психология в решении комплекса задач в системе народного образования и социальной помощи населению.

**Модуль 2 Патопсихология**

**Тема 1** *Клинико-психологическое и патопсихологическое исследование в клинике внутренних болезней (психосоматические соотношения).*

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

 защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Клинико-психологическое исследование в клинике внутренних болезней.

2.Депрессия и соматические расстройства.

3. Личность и психосоматическая патология.

**Тестовый контроль**

1. ПОРАЖЕНИЕ КОНВЕКСИТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ЛОБНЫХ ДОЛЕЙ МОЗГА ВЕРОЯТНЕЕ ПРИВЕДЕТ К ТАКОМУ ЭМОЦИОНАЛЬНОМУ СОСТОЯНИЮ, КАК:
	1. безразличное благодушие;
	2. грусть;
	3. депрессия;
	4. тревога;
	5. ажитация.
2. СУЩЕСТВЕННЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ВНИМАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ УКАЗАННЫЕ, КРОМЕ:
	1. устойчивость;
	2. разноплановость;
	3. переключаемость;
	4. концентрация;
	5. объем.
3. ОСНОВАТЕЛЕМ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ШКОЛЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
	1. Лебединский;
	2. Лазурский;
	3. Ананьев;
	4. Зейгарник;
	5. Рубинштейн.
4. К ТИПИЧНЫМ НАРУШЕНИЯМ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ УКАЗАННЫЕ, КРОМЕ:
	1. резонерства;
	2. разноплановости;
	3. соскальзывания;
	4. склонности к детализации;
	5. неологизмов.
5. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВСЕ УКАЗАННЫЕ МЕТОДИКИ, КРОМЕ:
	1. «классификации»;
	2. «исключения предметов»;
	3. методики Выготского-Сахарова;
	4. «10 слов»;
	5. «Пословицы и поговорки».
6. ПАМЯТЬ МОЖЕТ ХАРАКТЕРИЗОВАТЬСЯ ВСЕМИ УКАЗАННЫМИ ВИДАМИ, КРОМЕ:
	1. оперативной;
	2. познавательной;
	3. кратковременной;
	4. отсроченной;
	5. зрительной.
7. ТИПИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ УКАЗАННЫЕ, КРОМЕ:
	1. замедленности;
	2. тугоподвижности;
	3. актуализации малозначимых «латентных» признаков;
	4. вязкости;
	5. обстоятельности.
8. ТЕРМИН «ПСИХОСОМАТИКА» В МЕДИЦИНУ ВВЕЛ:
9. Гиппократ;
10. Райх;
11. Хайнрот;
12. Гроддек;
13. Якоби.
14. СОЗДАТЕЛЕМ КОРТИКО-ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ, КАК ОДНОГО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ПСИХОСОМАТИКИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
15. Павлов;
16. Анохин;
17. Быков;
18. Симонов;
19. Бернштейн.
20. СОВРЕМЕННАЯ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ БОЛЕЗНИ РАЗРАБОТАНА:
21. Карасу;
22. Экскюлем;
23. Энгелем;
24. Любаном-Плоцца;
25. Быковым.
26. АВТОРОМ КОНЦЕПЦИИ «ПРОФИЛЯ ЛИЧНОСТИ» В ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
	1. Александер;
	2. Витковер;
	3. Данбар;
	4. Поллак;
	5. Бройтигам.
27. ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ТИП А «ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА»:
	* 1. желудочно-кишечных заболеваний;
		2. злокачественных новообразований;
		3. нарушений дыхательной системы;
		4. сердечно-сосудистых заболеваний;
		5. дерматологических нарушений.
28. КОНВЕРСИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА, ПОЛОЖИВШИЕ НАЧАЛО ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОМУ НАПРАВЛЕНИЮ В ПСИХОСОМАТИКЕ, БЫЛИ ОПИСАНЫ:
29. Александером;
30. Джеллиффе;
31. Фрейдом;
32. Адлером;
33. Райхом.
34. ТЕРМИН «АЛЕКСИТИМИЯ» ВВЕЛ:
35. Эллис;
36. Карасу;
37. Сифнеос;
38. Розенман;
39. Александер.
40. КОНЦЕПЦИЮ «ОРГАННЫХ НЕВРОЗОВ» РАЗРАБОТАЛ:
41. Витковер;
42. Энгель;
43. Френч;
44. Дойч;
45. Шмале.
46. СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВИД НЕПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ:
47. социальная депривация;
48. патохарактерологическое формирование личности;
49. педагогическая запущенность;
50. краевая психопатия;
51. психический инфантилизм.
52. ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ЧЕРТА МЫШЛЕНИЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ:
53. искажение процесса обобщения;
54. некритичность;
55. амбивалентность;
56. амбитендентность;
57. нелогичность.
58. ЭМОЦИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ:
59. недифференцированы;
60. амбивалентны;
61. ригидны;
62. лабильны;
63. неадекватны ситуации.
64. ТОТАЛЬНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:
65. олигофрении;
66. педагогической запущенности;
67. задержки психического развития;
68. психопатии;
69. психического инфантилизма.
70. СИНДРОМЫ ВРЕМЕННОГО ОТСТАВАНИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ В ЦЕЛОМ ИЛИ ОТДЕЛЬНЫХ ЕЕ ФУНКЦИЙ ОБОЗНАЧАЮТСЯ ТЕРМИНОМ:
71. педагогическая запущенность;
72. психопатия;
73. задержка психического развития;
74. олигофрения;
75. психический инфантилизм.
76. АНОМАЛИЯ ХАРАКТЕРА, НЕПРАВИЛЬНОЕ, ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ДИСГАРМОНИЕЙ В ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И ВОЛЕВОЙ СФЕРАХ, ЭТО:
77. задержка психического развития;
78. олигофрения;
79. психопатия;
80. акцентуация характера;
81. деменция.
82. РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ, КОТОРЫЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НАРУШЕНИЕМ ПОВЕДЕНИЯ И ВЕДУТ К СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ, НАЗЫВАЮТСЯ:
83. патохарактерологические реакции;
84. характерологические реакции;
85. адаптивные реакции;
86. невротические реакции;
87. психогенный параноид.
88. НЕПАТОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ, КОТОРЫЕ ПРОЯВЛЯЮТСЯ ТОЛЬКО ЛИШЬ В ОПРЕДЕЛЕННЫХ СИТУАЦИЯХ, НЕ ВЕДУТ К ДЕЗАДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ И НЕ СОПРОВОЖДАЮТСЯ СОМАТОВЕГЕТАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, НАЗЫВАЮТСЯ:
89. адаптивные реакции;
90. характерологические реакции;
91. патохарактерологические реакции;
92. невротические реакции;
93. психопатические реакции.
94. В НАИМЕНЬШЕЙ СТЕПЕНИ СУЩНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ В СОВРЕМЕННОМ ЕЕ ПОНИМАНИИ РАСКРЫВАЕТ ПОНЯТИЕ:
95. психологическое вмешательство;
96. психологическая коррекция;
97. внушение;
98. клинико-психологическая интервенция;
99. комплайенс.
100. ЕСЛИ НЕВРОЗ ПОНИМАЕТСЯ КАК СЛЕДСТВИЕ КОНФЛИКТА МЕЖДУ БЕССОЗНАТЕЛЬНЫМ И СОЗНАНИЕМ, ТО ПСИХОТЕРАПИЯ БУДЕТ НАПРАВЛЕНА НА:
101. переучивание;
102. осознание;
103. интеграцию опыта;
104. распознавание ошибочных стереотипов мышления;
105. интерпретацию психологических защит.
106. ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ (РЕКОНСТРУКТИВНАЯ) ПСИХОТЕРАПИЯ — ЭТО:
107. психотерапевтическое воздействие, учитывающее личностные особенности пациента;
108. психотерапевтическое направление, основанное на психологии отношений;
109. вариант клиент-центрированной психотерапии;
110. вариант когнитивной психотерапии;
111. вариант поведенческой психотерапии.
112. В ПРОЦЕССЕ ПСИХОАНАЛИЗА АНАЛИЗУ НЕ ПОДВЕРГАЮТСЯ:
113. свободные ассоциации;
114. сновидения;
115. автоматические мысли;
116. сопротивление.
117. оговорки.
118. В ПРОЦЕССЕ ПСИХОАНАЛИЗА АНАЛИЗУ ПОДВЕРГАЮТСЯ:
119. ошибочные действия;
120. автоматические мысли;
121. неадаптивные поведенческие стереотипы;
122. ошибочные когниции;
123. сверхценные мысли.

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

К детскому психиатру обратилась мать ребенка М., 2 лет с жалобами на то, что сын часто плачет без всякой причины, с трудом поддается уговорам, со злостью отталкивает мать, пытается причинит ей боль. Новыми игрушками не интересуется. Увидев плюшевого слона, которого подарил папа, испугался, расплакался. Играет один, сидя в углу, рвет на мелкие кусочки бумагу, обматывает руки поясами от платьев. При попытке познакомить сына с соседскими детьми, убегает, прячется. Дружить ни с кем не хочет.

Вопрос: укажите наиболее вероятное психическое расстройство у ребенка М.: 1. Эпилепсия 2. Шизофрения 3. Умственная отсталость 4. Невроз 5. Ни одно из перечисленных.

Ответ: 2

**Задача № 2**

Больная Т., 40 лет. Последние 10 лет подвержена переменам фаз настроения. Переживает тяжелую депрессию, практически не встает с постели, не занимается домашними делами, ничего не читает, говорит о бессмысленности жизни, несколько раз совершала суицидальные попытки. Такое состояние длится от 1 до 3-х мес., в зависимости от лечения, и затем плавно сменяется выраженной гипертимией, суетливостью, восторженными, радостными переживаниями, сексуальной гиперактивностью. Больная начинает мало спать, пишет стихи, рисует, задумывает в квартире ремонт, пытается устроиться сразу на несколько работ, но ничего не доводит до конца, устремляясь к новым неосуществимым целям. Через несколько месяцев это состояние вновь переходит в депрессию и т.д.. В случае адекватного и своевременного стационарного лечения часто удается сохранить ровный фон настроения и добиться более адекватного поведения, но при переводе на амбулаторный режим болезненные проявления обычно возвращаются в прежнем виде.

Вопрос: укажите наиболее вероятный клинический диагноз: 1. Истерический невроз 2. Акцентуация характера неустойчивого типа 3. Шизофрения, гебефреническая форма 4. Шизофрения, кататоническая форма 5. Маниакально-депрессивный психоз.

Ответ: 5

**Задача № 3**

Больной И., 20 лет, учится в техникуме. Со слов родственников в последние 2-3 года «стал совершенно другим»: не общается даже с самыми близкими друзьями, учеба дается все с большим трудом, практически все время проводит в своей комнате, ничем не занимаясь, бесцельно листает учебники, просто сидит или лежит. Значительно уменьшился словарный запас, общается односложно, бывает, что вообще не может ответить на вопрос по существу. Иногда использует понятные только ему выражения, например, однажды назвал малолитражный автомобиль «машиноциклом», громко включенный телевизор – «телешумом». Временами использует специфические жесты там, где можно было бы употребить слова, так, не найдя приготовленной еды, стал демонстрировать в гостиной пустую тарелку и ложку. Обнаруживает черты негативизма, делая противоположное тому, о чем его просят. Перестал понимать переносный смысл, реагирует только на буквально сформулированные выражения. Эмоционально оскудел, практически перестал не только смеяться, но даже не улыбается. Эгоцентричен, проблемы родных совершенно не вызывают сочувствия. Бывает, что временами к чему-то прислушивается, становится напряжен, тревожен, испуган, но эти состояния довольно быстро проходят. Похудел из-за того, что часто отказывается даже от любимой пищи. Говорит, что чувствует себя нормально, категорически отказывается идти на прием к врачу.

Вопрос: укажите наиболее вероятный клинический диагноз: 1. Легкая умственная отсталость 2. Умеренная умственная отсталость 3. Деменция лакунарная 4. Деменция тотальная 5. Шизофрения, простая форма.

Ответ: 5

**Задача № 4**

Больной М., 20 лет. Отец пациента страдал психическим расстройством. Рос общительным, занимался спортом, хорошо учился. В 14 лет стал меняться: оставил занятия спортом, сузил круг общения. Стал бездеятелен, пассивен, последние месяцы совершенно замкнулся. Перестал мыться, за одеждой не следил. При поступлении в клинику вял, пасси­вен, формально отвечал на вопросы. Бреда и галлюцинаций не обнару­живалось. К госпитализации безразличен. В больнице пассивен. С врачом контакт формальный, мимика однообразная, голос - монотонный. Настроение характеризовал как обычное, бреда и галлюцинаций вы­явлено не было. При патопсихологическом обследовании отмечена «разноплановость мышления», выявлена дискордантность характера (шизоидность/циклоидность). Физическое развитие с нерезко выраженными чертами инфантилизма.

Вопрос: общие признаки, характеризующие течение данного психического расстройства: 1. Маниакальные аффективные нарушения 2. Наличие утяжеления и нарастания продуктивной симптоматики. 3. Выраженные депрессивные аффективные нарушения 4. Возбуждение с беспорядочными движениями. 5. Раннее появление негативных расстройств.

Ответ: 5

**Задача № 5**

Больной Д., 40 лет, сидит на полу, отвернувшись от окружающих. Лицо крайне напряжено, взгляд устремлен в одну точку, стереотипно перебирает складки одежды. При попытке персонала установить контакт, озлобляется, оказывает активное сопротивление. На вопросы не отвечает. Пищу не принимает.

Вопрос: укажите наиболее вероятный диагноз: 1. Маниакально-депрессивный психоз 2. Шизофрения 3. Умственная отсталость 4. Эпилепсия 5. Болезнь Пика

Ответ: 2

**Задача № 6**

Больной С., 32 года. Психическое заболевание возникло остро, в связи с перенесенным гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что он болен туберкулезом гортани, горло у него сгнило. Отказывался от еды на том основании, что у него «нарушилась связь горла с желудком, желудок мертвый», все внутренности склеились. Заявил, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток.

Вопрос: укажите наиболее вероятный диагноз: 1. Шизофрения 2. Эпилепсия 3. Умственная отсталость 4. Невроз 5. Маниакально-депрессивный психоз.

Ответ: 1

**Вопросы для подготовки:**

1. Психосоматические расстройства и «психосоматическая медицина». История, развитие психосоматической медицины в России и за рубежом.

2. Психосоматические расстройства в МКБ-10.

3. Модели формирования психосоматических расстройств.

4.Психологические особенности психосоматических заболеваний.

5.Варианты восприятия болезни и типы реакций на информацию о болезни. Изучение «внутренней картины болезни» (ВКБ): общемедицинский и психологический подходы.

**Модуль 3 Нейропсихология**

**Тема 1** *Нейропсихология (особенности мозговой организации психической деятельности на разных этапах онтогенеза и при различных формах нарушений психического развития; роль нейропсихологии в медицинской психологии).*

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

 защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

* + - 1. Нейропсихология в медицинской психологии.
			2. Нейропсихология и расстройства органического регистра (F0).
			3. Нейропсихология и дизонтогении.

**Тестовый контроль**

1. К ЧИСЛУ ПЕРВЫХ ПОПЫТОК ЛОКАЛИЗОВАТЬ ВПФ В КОРЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСЯТСЯ РАБОТЫ:
	1. Галена;
	2. Галля;
	3. Клейста;
	4. Лурия;
	5. Ухтомский.
2. ОСНОВНЫМ ПРЕДМЕТОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
	1. установление причинно-следственных отношений между поврежденным мозгом и изменениями со стороны психики;
	2. разработка методов инструментального исследования больных с локальными поражениями мозга;
	3. восстановление утраченных из-за травмы или болезни высших психических функций;
	4. совершенствование представлений о нейропсихологических симптомах и синдромах;
	5. восстановление нарушенных функций психики методами психологической коррекции.
3. АВТОРОМ КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ ВПФ ЯВЛЯЕТСЯ:
	1. Сеченов;
	2. Бехтерев;
	3. Выготский;
	4. Анохин;
	5. все перечисленные.
4. СИСТЕМООБРАЗУЮЩИМ ФАКТОРОМ ДЛЯ ВСЕХ ТИПОВ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ В СООТВЕТСТВИИ С КОНЦЕПЦИЕЙ АНОХИНА ЯВЛЯЕТСЯ:
	1. наличие связи между элементами системы;
	2. многочисленность элементов системы;
	3. наличие нескольких уровней в системе;
	4. цель;
	5. все перечисленное.
5. ТЕРМИН «ГЕТЕРОХРОННОСТЬ» В НЕЙРОПСИХОЛОГИИ ОБОЗНАЧАЕТ:
	1. трудности формирования гностических функций;
	2. неодновременность развития функций;
	3. патологию со стороны двигательного аппарата;
	4. различия в результатах нейропсихологического тестирования;
	5. патология со стороны познавательной деятельности.
6. ИЗМЕНЧИВОСТЬ МОЗГОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ФУНКЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОТРАЖЕНИЕМ:
	1. принципа системной локализации функций;
	2. принципа динамической локализации функций;
	3. принципа иерархической соподчиненности функций;
	4. принципа интеграции;
	5. всех четырех принципов.
7. ЖЕСТКОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ МОЗГОВЫХ ФУНКЦИЙ ОБУСЛОВЛЕНА:
	1. меньшей подверженностью травмам;
	2. их реализацией в макросистемах головного мозга;
	3. более ранним периодом формирования;
	4. последними двумя обстоятельствами;
	5. более поздним периодом формирования.
8. МЕДИОБАЗАЛЬНЫЕ ОТДЕЛЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО КЛАССИФИКАЦИИ ЛУРИЯ ОТНОСЯТСЯ:
	1. к энергетическому неспецифическому блоку;
	2. к блоку переработки экстероцептивной информации;
	3. к блоку программирования, регуляции и контроля;
	4. блоку хранения информации;
	5. ни к одному из них.

1. НАРУШЕНИЕ КОНТРОЛЯ ЗА ИСПОЛНЕНИЕМ СОБСТВЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ В ОСНОВНОМ СВЯЗАНО С:
	1. патологией лобных долей;
	2. повреждением глубоких структур мозга;
	3. нарушением работы теменно-затылочных отделов;
	4. височной патологией;
	5. мозжечка.
2. К ЧИСЛУ ЗАДАЧ, РЕШАЕМЫХ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДОВ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ, НЕ ОТНОСИТСЯ:
	1. постановка топического диагноза;
	2. оценка динамики психических функций;
	3. определение причин аномального психического функционирования;
	4. выбор форм нейрохирургического вмешательства;
	5. выбор форм нейропсихологической коррекции.
3. РАССТРОЙСТВА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ОЩУЩЕНИЙ НАЗЫВАЮТСЯ:
	1. агнозиями;
	2. галлюцинациями;
	3. сенсорными расстройствами;
	4. иллюзиями;
	5. дереализацией.
4. ОБЩИМ ПРИЗНАКОМ ЗРИТЕЛЬНЫХ АГНОЗИЙ ЯВЛЯЮТСЯ:
	1. неспособность увидеть что-либо;
	2. изменения полей зрения;
	3. нарушение мыслительных процессов;
	4. потеря способности узнавания;
	5. потеря способности к запоминанию зрительных образов.
5. НЕСПОСОБНОСТЬ ОПОЗНАТЬ ПЛОСКИЙ ПРЕДМЕТ НАОЩУПЬ С ЗАКРЫТЫМИ ГЛАЗАМИ НАЗЫВАЕТСЯ:
	1. аутотопагнозией;
	2. тактильной агнозией;
	3. дермолексией;
	4. соматоагнозией;
	5. анозогнозией.
6. ЗАМЕНА НУЖНЫХ ДВИЖЕНИЙ НА ШАБЛОННЫЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:
	1. кинестетической апраксии;
	2. пространственной апраксии;
	3. кинетической апраксии;
	4. регуляторной апраксии;
	5. эхопраксии.
7. ПРИОБРЕТЕННОЕ РЕЧЕВОЕ РАССТРОЙСТВО ВСЛЕДСТВИЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕВОГО ПОЛУШАРИЯ НАЗЫВАЕТСЯ:
	1. алалией;
	2. мутизмом;
	3. дизартрией;
	4. афазией;
	5. дислексия.
8. ПОРАЖЕНИЕ ТЕМЕННО-ЗАТЫЛОЧНОЙ ЗОНЫ ЛЕВОГО ПОЛУШАРИЯ ЧАСТО ПРИВОДИТ К:
	1. эфферентной моторной афазии;
	2. сенсорной афазии;
	3. семантической афазии;
	4. динамической афазии;
	5. астереогнозу.
9. ОСНОВНЫМ ДЕФЕКТОМ ПРИ ВЕРБАЛЬНОЙ АЛЕКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
	1. слабое зрение;
	2. нарушения симультанного узнавания;
	3. перепутывание букв;
	4. первая и третья причины;
	5. слабый слух.
10. АГРАФИЯ — ЭТО:
	1. потеря способности к рисованию;
	2. потеря способности переноса навыков письма с правой руки на левую у правшей;
	3. навязчивые повторения отдельных букв при письме или штрихов при рисовании;
	4. нарушение способности правильно по форме и смыслу писать;
	5. неспособность усвоить правила орфографии.
11. АКАЛЬКУЛИЯ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С:
	1. семантической афазией;
	2. кинестетической апраксией;
	3. соматоагнозией;
	4. эмоциональными расстройствами;
	5. динамической афазией.
12. «КРУГ ПЕЙПЕСА» В ОСНОВНОМ ОПИСЫВАЕТ ЦИРКУЛЯЦИЮ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ:
	1. между теменной и височной корой;
	2. от зрительного анализатора к третичным полям;
	3. внутри лимбической системы;
	4. между ретикулярной формацией и лобной корой;
	5. между лобной и затылочной корой.

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больная М., пенсионерка. Однажды, 5 лет назад поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и ее детей. Появился страх не могла находиться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор в течение пяти лет почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стенки, из-за окна и воспринимаются больной как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усилении голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может помочь. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Она охотно соглашается, что голоса имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить. У больной в течение последних двух лет отмечается снижение памяти, слезливость, головные боли, быстрая утомляемость, поверхностный сон.

Вопрос: укажите наиболее вероятное заболевание у больной М.: 1. Шизофрения 2. Церебральный атеросклероз 3. Умственная отсталость 4. Эпилепсия 5. Маниакально-депрессивный психоз.

Ответ: 2

**Задача № 2**

Больной К., 32 года, учитель географии. В анамнезе тяжелая черепно-мозговая травма. Обратился к врачу после конфликтной ситуации на работе с жалобой на периодические головные боли, которые усиливаются при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенной утомляемости. В последние годы стал плохо переносить жару, духоту, транспорт. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине дня наступает кратковременное улучшение состояния. Голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал очень раздражительным, несдержанным. Дома и на работе всё выводит из себя. Раздражает даже прикосновение к телу одежды. Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение. Склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Вопрос: укажите наиболее вероятный диагноз: 1. Шизофрения 2. Невроз 3. Эпилепсия 4. Органическое заболевание головного мозга 5. Ни одно из перечисленных.

Ответ: 4

**Задача № 3**

Больная П., 55 лет, вдова, не работает, проживает одна в коммунальной квартире. Постоянно жалуется на соседей, что они проникают в ее комнату и похищают разные вещи. Неоднократно обращалась в связи с этим в милицию, но факты кражи не подтвердились. В последние несколько лет подозрительна, тревожна, субдепрессивна. Плохо спит, обнаруживает обманы восприятия: слышит шаги за дверью комнаты, звук дверного звонка, при этом, будучи уверенной, что к ней пришли воры. Убеждения в обратном абсолютно не воспринимает, раздражается, злится, что ей никто не может помочь. Обнаруживаются признаки атеросклероза сосудов головного мозга, интеллектуально-мнестические функции снижены. Несколько лет назад закончился тяжело протекавший климакс, в период которого ставился диагноз «неврозоподобный синдром», проходила курс лечения.

Вопрос: укажите наиболее вероятный клинический диагноз: 1. Шизофрения, параноидная форма, дебют 2. Пресенильный психоз, параноидный синдром 3. Психопатия шизоидная 4. Ипохондрический невроз 5. Невроз навязчивых состояний.

Ответ: 2

**Вопросы для подготовки:**

1.Проблемы современной нейропсихологии: клиническая, экспериментальная, реабилитационная нейропсихология, нейропсихология детского, старческого возраста, нейропсихология индивидуальных различий (в норме), психофизиологическое направление и др.

2.Возникновение и развитие нейропсихологии как самостоятельной дисциплины на стыке психологии, медицины (неврологии, нейрохирургии) и физиологии.

3.Значение нейропсихологии для медицинской практики: нейропсихологическая диагностика локальных поражений головного мозга и восстановление высших психических функций.

4.Нейропсихологические синдромы при локальных поражениях мозга.

**Модуль 4 Психологическое консультирование, психокоррекция и немедицинская психотерапия**

**Тема 1** *Психокоррекция и психотерапия*

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

 защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

Клинические, социальные и психологические основы психотерапии и психокоррекции.

Плацеботерапия.

3. Проблема психического здоровья.

**Тестовый контроль**

1. ТЕРМИН «НАУЧЕНИЕ» ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ:
2. опытной психотерапии;
3. гештальт-терапии;
4. психодрамы;
5. когнитивной психотерапии;
6. аналитической психотерапии.
7. МЕТОД СИСТЕМАТИЧЕСКОЙ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ ОСНОВАН НА:
8. оперантном обусловливании;
9. классическом обусловливании;
10. научении по моделям;
11. внушении;
12. психосинтезе.
13. КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ НЕ НАПРАВЛЕНА НА ВЫЯВЛЕНИЕ:
14. ошибочных действий;
15. иррациональных установок;
16. автоматических мыслей;
17. дисфункциональных убеждений;
18. решение психосоциальных проблем.
19. ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ — ЭТО:
20. самостоятельное психотерапевтическое направление;
21. метод, использующий в лечебных целях групповую динамику;
22. метод, ориентированный исключительно на процесс «здесь-и-теперь»;
23. метод, направленный на переработку межличностных конфликтов;
24. метод, основанный на принципах личностно-ориентированной психотерапии.
25. В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО МЕХАНИЗМА ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ РАССМАТРИВАЕТСЯ:
26. межличностное научение;
27. имитационное поведение;
28. сообщение информации;
29. интерперсональное влияние;
30. индукция.
31. В КОНТЕКСТЕ ГРУППОВОЙ ДИНАМИКИ ПРОТИВОПОЛОЖНЫМ ПОНЯТИЮ «НАПРЯЖЕНИЕ» ЯВЛЯЕТСЯ ПОНЯТИЕ:
32. релаксация;
33. групповая сплоченность;
34. принятие;
35. безопасность;
36. конфронтация.
37. КАКАЯ ИХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РОЛЕЙ ГРУППОВОГО ПСИХОТЕРАПЕВТА ЯВЛЯЕТСЯ НАИМЕНЕЕ КОНСТРУКТИВНОЙ:
38. комментатор;
39. технический эксперт;
40. активный лидер;
41. опекун;
42. участник, устанавливающий модели поведения.
43. ПСИХОДРАМА — ЭТО МЕТОД, НАПРАВЛЕННЫЙ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, НА СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ:
44. диагностики неадекватных поведенческих стереотипов и их коррекции;
45. повышения коммуникативной компетентности;
46. спонтанного выражения эмоций, связанных со значимой проблематикой;
47. переработки межличностных конфликтов;
48. формирования более зрелых психологических защит.
49. КОММУНИКАТИВНЫЙ БАРЬЕР ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАН С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ:
50. сенситивности к отвержению;
51. восприятия социальной поддержки;
52. агрессивности;
53. депрессивности;
54. социального интеллекта.
55. ТРЕВОГА — ЭТО ЭМОЦИЯ:
56. связанная с переживанием текущих неприятностей и неудач;
57. направленная в будущее, связанная с предвосхищением возможных неудач;
58. связанная с переживанием прошлых обид и потерь;
59. сопровождающая переживание любого негативного события;
60. возникающая только при наличии объективно опасного объекта.
61. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СГОРАНИЯ — СЛЕДСТВИЕ:
62. неуверенности в себе и повышенной ответственности;
63. чрезмерной впечатлительности;
64. профессиональной некомпетентности;
65. критики со стороны старших;
66. высокой нагрузки на работе.
67. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:
68. отработке практических навыков;
69. повышении уровня знаний;
70. установлении эмоциональной дистанции с больными;
71. совершенствовании профессионализма, установлении адекватной эмоциональной дистанции с больными, формировании индивидуального врачебного «имиджа»;
72. установлении дружеских отношений с коллегами.
73. СОКРАЩЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИСТАНЦИИ С БОЛЬНЫМ ДОПУСТИМО:
74. при длительном общении с пациентом;
75. во взаимоотношениях с агрессивным пациентом;
76. в ситуациях, когда возникает угроза жизни больного;
77. при наличии взаимной симпатии между врачом и больным;
78. при уверенности терапевта в своем профессионализме.
79. АКТИВНАЯ ЖЕСТИКУЛЯЦИЯ БОЛЬНОГО ЧАЩЕ ВСЕГО СВЯЗАНА С:
80. астенизацией больного;
81. высоким уровнем тревоги;
82. ипохондрическими переживаниями;
83. поведением симуляции;
84. холерическим типом темперамента.
85. ДЛЯ ДЕПРЕССИВНОГО БОЛЬНОГО ХАРАКТЕРНО:
86. бледное маскообразное лицо;
87. богатая выразительная мимика лица;
88. асимметрия в мимических реакциях;
89. мимика скорби;
90. ускорение психических процессов.
91. УСКОРЕННАЯ РЕЧЬ ЧАЩЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:
92. депрессивного пациента;
93. больного с ипохондрическими переживаниями;
94. тревожного пациента;
95. лиц, демонстрирующих поведение симуляции;
96. пациента, находящегося в состоянии шока.
97. ГРОМКАЯ РЕЧЬ ЧАЩЕ ОТМЕЧАЕТСЯ У:
98. лиц астено-невротического типа;
99. больных с элементами навязчивостей;
100. больных с ипохондрическими переживаниями;
101. пациентов в гипоманиакальном состоянии;
102. депрессивных пациентов.
103. ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ВРАЧА В ФАЗЕ КОРРЕКТИРОВКИ:
104. установление эмоционального контакта с больным;
105. оказание эмоциональной поддержки больному;
106. сообщение точного диагноза больному;
107. сообщение прогноза заболевания;
108. решение вопросов оплаты терапии.
109. ЭФФЕКТ «ПЛАЦЕБО» — ЭТО:
110. эффективность фармакологически нейтральных «лекарственных форм»;
111. отсутствие ожидаемого действия лекарственного препарата;
112. появление противоположного ожидаемому действия лекарственного препарата;
113. усиление ожидаемого действия лекарственного препарата;
114. влияние уверенности врача в эффективности препарата на исход лечения.
115. В СТРУКТУРЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ:
116. сенситивный и эмоциональный;
117. эмоциональный и рациональный;
118. эмоциональный, рациональный и мотивационный;
119. сенситивный, эмоциональный, рациональный и мотивационный;
120. сенситивный и мотивационный.
121. АДАПТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА РЕДУКЦИЮ ПАТОГЕННОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ, ПРЕДОХРАНЯЯ ОТ БОЛЕЗНЕННЫХ ЧУВСТВ И ВОСПОМИНАНИЙ, А ТАКЖЕ ОТ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, НАЗЫВАЮТ:
	* 1. копинг-механизмами;
		2. механизмами психологической защиты;
		3. компенсаторными психологическими механизмами;
		4. адаптивными психологическими реакциями;
		5. блокирующими психологическими механизмами.
122. НАИБОЛЕЕ ПРОДУКТИВНЫМИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЯМИ БОЛЬНЫХ СЧИТАЮТСЯ:
123. сотрудничество и активный поиск поддержки;
124. эмоциональную разрядку и отвлечение;
125. отвлечение и альтруизм;
126. альтруизм и оптимизм;
127. дистанцирование и самоконтроль.
128. АНОЗОГНОЗИЯ — ЭТО:
129. сознательное сокрытие симптомов болезни;
130. бессознательная реакция: неосознавание болезни;
131. сознательное преуменьшение симптомов заболевания;
132. «уход в болезнь»;
133. сознательное изображение симптомов несуществующего заболевания.
134. ИПОХОНДРИЯ — ЭТО:
135. болезненно преувеличенное беспокойство за свое здоровье;
136. страх перед социальными последствиями болезни;
137. нежелание выздоравливать;
138. извлечение выгоды из заболевания;
139. сознательное преувеличение симптомов болезни.

**Ситуационные задачи**

**Задание 1.** Определите какой психотерапевтический подход используется в представленных ниже случаях консультирования.

***Случай 1.***

Глория - разведенная женщина, которая пришла посовето­ваться, как ей лучше держаться со своей 9-летней дочерью, учи­тывая свои собственные отношения с мужчинами. Во время встречи, однако, психологу становится все яснее, что Глория ищет ответа на нечто более глубокое. Рассказав в начале встречи о своих прошлых поступках и чувствах, которые она рассматри­вала как бы со стороны «в черно-белых тонах», в ходе разговора она все больше начинает понимать свои чувства в данный мо­мент времени, которые она готова выразить словами, обращен­ными к терапевту. Как отмечает психолог, она идет от пережива­ний «там и тогда» и приходит к переживаниям «здесь и теперь». Мы приведем описание конца этой встречи, позволяющее проде­монстрировать различные аспекты использованного подхода, основанного на эмпатии, уважении к другому человеку, аутен­тичности, переформулировке того, что было выражено словами, в эмоциональное отражение. С помощью этих приемов психолог пытается дать клиентке возможность более глубоко изучить свои установки и чувства с тем, чтобы она поняла скрытые аспекты своей личности, о которых прежде сама не имела представления, осознала способность делать собственные суждения и в особенно­сти извлекать соответствующие выводы.

*Глория.* Вы знаете, о чем я думала. Мне ужасно неловко го­ворить об этом. «Сеньор, как хорошо иметь возможность пого ворить с вами», я хочу получить ваше одобрение, и я вас ува­жаю. Мне так не хватало возможности поговорить со своим отцом так, как я сейчас говорю с вами. Мне хотелось бы ска­зать: «Я бы хотела, чтобы вы были моим отцом». Я не знаю, от­чего эта мысль пришла мне в голову.

*Психолог.* Вы были бы мне нежной дочерью. Но вам и прав­да не хватало возможности быть откровенной?

- Да, я не могла быть откровенной. Но я не виню отца. Я ду­маю, я сейчас более откровенна, чем он мне позволял. Он ни­когда не слушал бы меня так, как вы, - без порицания или унижения. Я иногда задумывалась над этим. Почему я долж­на быть совершенством? Я знаю, почему он всегда хотел, что­бы я была совершенством. Я всегда должна была быть лучше. Но, увы, мне этого дано не было.

- А вы пытались быть той девочкой, какой бы он хотел ви­деть вас?

- Пыталась, но в то же время сопротивлялась этому. Напри­мер, мне очень хотелось как-нибудь написать ему письмо и сооб­щить, что я официантка (он очень этого не одобрил бы) и что я выхожу гулять по ночам. Взорвать и «фраппировать» его: «Ну как, сегодня ты меня все еще любишь?» С другой же стороны, мне хочется, чтобы он принимал и любил меня. Я хочу сказать, что мне хочется знать, что он взаправду меня любит.

- Вы хотели бы его оскорбить, сказав ему: «Посмотри, вот я какая сегодня» ?

- Да. Ты меня вырастил, и как тебе нравится результат? Но, знаете, единственное, чего мне действительно хотелось бы, так это услышать от него: «Я знал об этом, дорогая, и все-таки тебя люблю».

- Мне кажется, вы потому чувствуете себя несчастной, что думаете, что он вряд ли скажет такие слова

- Нет, он их не скажет. Он не понимает. Два года назад я как-то вернулась домой, чтобы сказать ему, как сильно я его люблю и как одновременно боюсь. Он меня не понимает, он всегда говорит что-то вроде: «Дорогая, ты ведь знаешь, что я тебя люблю и всегда любил». Он ничего не понимает.

- Он вас никогда по-настоящему не знал и не любил, и по­этому у вас в глазах слезы.

- Я не знаю, почему. Знаете, когда я рассказываю об этом, мне говорят, что я витаю в облаках. Но стоит мне минуту спокойно посидеть, и мне начинает казаться, что внутри у меня глубокая рана. Я чувствую, что меня обманули.

- Витать в облаках гораздо легче, потому что в это время не чувствуешь в себе пустоту или глубокую рану.

- Да, и вот еще что. Мне кажется, что я должна принять все это, мой отец - не тот тип мужчины, кого я смогла бы ноли» бить. Я бы смогла полюбить того, кто понимал и любил 6ы меня больше. Он любит меня, но не так, чтобы с ним можно было сотрудничать, общаться.

- Вы чувствуете, что ваш отец постоянно хитрит.

- Вот почему я предпочитаю «заместителей». Именно поэтому я разговариваю с вами, и мне нравятся мужчины, которых я могу уважать, врачи, - и, быть может, в глубине души я чувствую, что мы очень близки, - вот какие чувства внушает мне «заместитель» отца.

- Я не чувствую, что вы навязываете мне эту роль.

- Но вы же мне действительно не отец.

- Нет, я только хотел говорить о близости.

- Знаете, я думаю, с моей стороны это было бы претенциозно: я не могу и надеяться стать вам близкой. А вы недостаточно хорошо меня знаете.

- По крайней мере я говорю то, что чувствую. А сейчас я чувствую, что вы мне очень близки.

***Случай 2.***

Уильям Глассер в своей книге описывает использование этого подхода д-ром Мейнордом для лечения психотических больных, только что поступивших в одну из больниц штата Вашингтон. Согласно главному принципу этого метода лечения, люди ведут себя безответственно не потому, что они -больные, наоборот, они больные потому, что ведут себя безответственно. Поэтому прежде всего каждый член группы узнает, что в группе нет «больных». Чаще говорят, что тот или иной человек «безумен», так как он совершает или совершил множество безрассудных поступков. Слово «больной» считается здесь запретным. Пациенты должны оплачивать свое лечение работой по хозяйству. Так, они выполняют работу на кухне или в гардеробной и вообще помогают там, где требуется помощь. От них ждут хорошей трудовой отдачи, и если работа выполнена плохо, то они лишаются привилегии гулять в саду. Принцип «ты не болен, ты безумец» - один из самых эффективных приемов для того, чтобы продемонстрировать пациентам концепцию свободы выбора. Так, пациенты нико­гда не примут мысль «Я не могу себя сдерживать, когда мне хочется выпить». Пациенты могут быть спокойными, но если им сказать, что они выбрали неразумное поведение просто потому, что так легче, они пойдут на многое, лишь бы дока­зать, что их поступки вполне вменяемы. Терапевт непринуж­денно играет роль энергичного руководителя и говорит паци­ентам, что они должны научиться им манипулировать. Он предупреждает их, что будет довольно упрямым, так что если они научатся манипулировать им, потом они смогут управлять почти что кем угодно. Терапевт допускает и даже поощряет враждебность по отношению к себе, но всегда поль­зуется ею так, чтобы пациент был способен защищаться до тех пор, пока не станет ясно, что терапевт в чем-то ошибает­ся, и он должен будет это признать. Терапевт по своему ус­мотрению пользуется самыми разными приемами, в том чис­ле шутками, выговорами, ультиматумом или вообще отказом от работы с группой. Каждый пациент может спорить и зада­вать вопросы, но при этом ему лучше опираться на очевид­ность или логику, иначе его акция будет расценена как без­ответственная. Особого уважения к правам пациента не про­являют, но права эти должны быть не пожалованы «сверху», а заработаны им самим.

***Случай 3.***

У молодого человека 18-ти лет компульсивное расстройство, связанное с мытьем рук. Навязчивая идея основана главным образом на боязни испачкать других людей своей мочой. Это сильно затрудняет жизнь больному. После каждого мочеиспус­кания он посвящает 45 минут сложному ритуалу омовения по­ловых органов, а затем больше двух часов моет руки. Кроме того, каждое утро, проснувшись, он около четырех часов прово­дит под душем. К этим главным эпизодам добавляются и все другие «случаи загрязнения, неизбежные в течение дня». Не удивительно поэтому, что два месяца назад молодой человек решил проводить большую часть дня в постели. Возникновение расстройства связано с тем, что родители заставляли его до 15-летнего возраста спать в одной постели с сестрой, которая была старше его на два года и не могла спать в одиночестве. Сексуальные реакции в отношении сестры, которые не преми­нула вызвать у него эта ситуация, пробудили в нем чувство стыда и вины. В отношении родителей, помимо раздражения и враждебности, у него возникли мысли об их смерти, кото­рые вскоре привели его в ужас и сделали еще более презрен­ным в собственных глазах. Лечение заключается в следую­щем. На первых порах пациенту, находящемуся в состоянии расслабления, предлагают воображать себе сцены, в которых посторонний человек погружает руку в бак с водой емкостью в полтора кубометра, куда прежде упала капля мочи. От сеан­са к сеансу концентрация мочи повышается, так что в конце концов пациент должен быть в состоянии принять мысль, что человек погружает руку в сосуд с чистой мочой. Во второй се­рии сеансов больному предлагают представить себе те же сце­ны, но на сей раз погружать руку в жидкость должен он сам. На этом этапе, спустя 5 месяцев после начала терапии, прово­дившейся 5 раз в неделю по 20 минут, молодой человек сокра­тил продолжительность мытья рук до нескольких минут, а вре­мя утреннего душа - до одного часа в день. Кроме того, садясь во время сеанса на стул, он перестал испытывать необходи­мость подкладывать под себя газету «Нью-Йорк тайме». Но хотя он и мог теперь представить себе, что погружает руку в мочу, проделать это на самом деле он упорно отказывался. Далее интервенция переносится в реальную жизнь, где реак­ция расслабления противопоставляется реальным раздражите­лям, порождающим тревогу, интенсивность которых от сеанса к сеансу возрастает. Сначала молодой человек видит перед со­бой написанное крупными буквами слово «моча», а затем - по­мещенную в другом конце длинной комнаты бутылку с мочой, которая с каждым сеансом придвигается все ближе до тех пор, пока он не будет в состоянии брать ее в руки с минимальными тревожными переживаниями. Когда преодолен и этот этап, на­чинается новая серия сеансов, во время которых на тыльную поверхность руки пациента наносят каплю все более концен­трированного раствора мочи, объем раствора доводят затем до 5 литров чистой мочи, а потом эту мочу заменяют мочой самого больного. После того как тревога, вызываемая такой ситуаци­ей, ослабевает, пациенту предлагают брать в свои «запачкан­ные мочой» руки различные предметы и одежду. В конце лече ния молодой человек отводит на мытье рук в среднем 7 минут, пребывание под душем сокращается до 40 минут, и он полно­стью прекращает те «интимные омовения», совершать которые прежде считал своей обязанностью. Через год продолжитель­ность мытья рук падает в среднем до 3 минут, а душа - до 20 минут.

***Случай 4.***

А сейчас Глория пришла к другому психологу, с которым она проведет получасовую беседу по поводу тех же самых проблем. Приемы, которым пользуется этот психолог, однако, сильно от­личаются от роджерсовского подхода и еще сильнее - от психо­анализа. В противоположность последнему в этом направлении считается всякое толкование поведения терапевтической ошиб­кой, поскольку для этого требуется такой терапевт, который по­нимал бы больного лучше, чем тот понимает себя сам. Поэтому главный принцип используемого здесь подхода состоит не в том, чтобы объяснять положение дел пациенту, а в том, чтобы дать ему возможность *самому* понять и *самому* раскрыть себя в дан­ной ситуации и тем самым способствовать проявиться «здесь и теперь». Психолог пытается достичь цели манипулированием и обескураживанием клиента, с тем чтобы заставить его проти­востоять самому себе и понять разницу между «игрой» (в особен­ности игрой вербальной) и откровенным и доверчивым поведе­нием. Таким образом, клиент в процессе созревания, во время которого он учится, образно говоря, «держаться на ногах», дол­жен мобилизовать свои собственные ресурсы. Отказ от искрен­него общения с терапевтом, например противоречивое поведе­ние (клиент с улыбкой говорит о страхе и т п., как в начале описываемой низке встречи), мало-помалу уступает место выра­жению истинных чувств и потребностей клиента (потребность в уважительном к себе отношении, потребность любить и быть любимым и т д.).

*Психолог.* Нам предстоит получасовая беседа.

*Глория.* Мне сейчас страшно.

- Видите ли, вы говорите, что вам страшно, но вы улыбаетесь. Я не понимаю, как можно одновременно и бояться, и улыбаться.

- Я подозреваю, что вы очень хорошо это понимаете. Я ду­маю, вы знаете... Когда мне страшно, я смеюсь или, чтобы скрыть страх, делаю глупости.

*-* Так оно и сейчас?

- Ах, я не знаю. Я слишком остро чувствую, что вы там си­дите. Я боюсь - ах, я боюсь, что вы просто накинетесь на меня и «поставите меня в угол». Я этого боюсь, было бы лучше, если бы вы сели рядом.

- Вы сказали, что боитесь, что я поставлю вас в угол, и поло­жили руку на грудь.

-Хм!

- Это и есть ваш угол?

- Ну, это как... Да, это оттого, что мне страшно.

- Куда бы вы пошли? Вы можете описать угол, куда бы вам хотелось пойти?

- Да, это самый дальний угол, где я была бы в безопасно­сти.

- В безопасности от меня.

- Ну, не в безопасности, но там я бы чувствовала себя спокойнее.

- Зачем вам идти в угол, вы и тут в безопасности. Что бы вы делали в том углу?

- Я бы села.

- Вы бы сели? -Да.

- И долго бы вы сидели?

- Не знаю. Но смешно об этом говорить, мне это напоминает детство. Всякий раз, когда мне было страшно, я успокаива­лась, сидя в углу. Я паниковала, но...

- Разве вы маленькая девочка?

- Нет, конечно, но чувство такое же.

- Вы маленькая девочка?

- Ее мне напомнило чувство.

- Вы маленькая девочка?

- Нет, нет, нет.

- Наконец-то. Сколько вам лет?

- Тридцать.

- Ну, вы не маленькая девочка. -Нет.

- Хорошо. Итак, вы 30-летняя девочка, которая боится та­кого парня,как я.

- Не знаю. Мне кажется, я вас боюсь. С вами я чувствую себя настороже.

Что бы я смог с вами сделать?

Вы бы ничего не смогли со мной сделать, но я чувствую себя идиоткой и тупицей, не умеющей хорошо ответить.

- Что заставляет вас быть идиоткой и тупицей?

- Я ненавижу момент, когда чувствую себя глупой.

- Что заставляет вас быть идиоткой и тупицей? Я сформу­лирую вопрос иначе. Что мне может быть от того, что вы играе­те роль идиотки и тупицы?

- От этого вы почувствуете себя еще умнее, еще выше, чем я. Мне и так приходится глядеть на вас снизу вверх, потому что вы такой умный.

-О! -Да!

- Вот так, продолжайте льстить мне и дальше.

- Нет, я думаю, вы прекрасно можете делать это и сами.

- Хм! Я думаю обратное. Играя под идиотку и тупицу, вы хотели заставить меня «расколоться».

- О, мне такое говорили и раньше, но я с вами не соглас­на.

- Что вы делаете ногами?

- Я ими болтаю.

- Почему вы сейчас шутите?

- Нет, я боюсь, как бы вы не стали перечислять мне все, что я делаю. Я хочу, чтобы вы помогли мне расслабиться. Я не хочу быть с вами настороже. Вы обращаетесь со мной так, словно я сильнее, чем я есть на самом деле, а мне хочется, что­бы вы относились ко мне покровительственно и мягко.

- Судя по тому, как вы улыбаетесь, вы и сами ни слову не ве­рите из того, что сказали.

- Это не так, но, кажется, после этого вы действительно го­товы поставить меня в угол.

- Конечно. Вы блефуете, вы лживы.

- Вы думаете? Вы это серьезно?

- Да. Видите ли, вам страшно, и вы улыбаетесь, вы ухмы­ляетесь и изворачиваетесь. Это лживость. Это то, что я назы­ваю лживостью.

- О! Я абсолютно не согласна с вами!

- Не могли бы вы объясниться?

- Да, мсье. Я, безусловно, не лжива. Я объясню: мне трудно побороть свое замешательство. А я ненавижу это ощущение.

Но когда вы говорите, что я лжива, мне обидно. То, что я улы баюсь, испытывая замешательство, и то, что я ставлю cебя в угол, совсем не значит, что я лжива.

- Прекрасно, за последнюю минуту вы ни разу не улыбну лись.

- Вы меня рассердили.

- Хорошо. Вам не нужно было скрывать свой гнев улыбкой. В то мгновение, в ту минуту вы не были лживой.

***Случай 5.***

Приверженцев этого подхода пытаются атаковать поражен­ческие установки человека с двух главных позиций. Прежде всего терапевт действует как «контрпропагандист», отвер­гая какие бы то ни было пораженческие мысли и наслоения, выработанные и используемые клиентом. Затем он должен ободрять, убеждать, соблазнять и подталкивать клиента к дея­тельности, которую тот отвергает или которой боится, и ис­пользовать этот прием как второй способ контрпропаганды против беспочвенных убеждений пациента. Молодой человек 23 лет сообщает во время лечебного сеанса, что он сильно угне­тен, а почему - сам не знает. С помощью ряда вопросов удалось выявить главную проблему: последние два года клиент много пил, а на следующий после выпивки день регулярно должен был проводить учет материала в мастерской у стекольщика, у которого он в то время учился.

*Клиент. Я* знаю, что должен был бы проводить этот учет, не дожидаясь, когда накопится слишком много работы, но я все­гда откладывал это дело «на потом». Честно говоря, все это, я думаю, из-за того, что меня это занятие всегда сильно раз­дражало.

*Психолог.* Почему эта работа так сильно вас раздража­ла?

- Она скучная, мне она не нравилась.

- Итак, она скучная. Хороший довод, чтобы *не любить* ра­боту, но не слишком хороший, чтобы испытывать к ней *раз­дражение.*

- Разве это не одно и то же?

- Никоим образом. «Не любить работу» соответствует уста­новке, что, «поскольку такая-то работа не доставляет мне удо­вольствия, мне не хочется ее выполнять». Это разумный образ мыслей. Раздражение же соответствует установке, что, «по­скольку мне работа не нравится, я не обязан ее выполнять». А эта мысль лишена смысла.

- Но разве так уж безрассудно испытывать раздражение к тому, что тебе не нравится?

- Да, и по нескольким причинам. Прежде всего с чисто ло­гической точки зрения нет никакого смысла говорить себе: «Поскольку эта работа мне не нравится, я не обязан ее выпол­нять» . Вторая часть фразы не вытекает логически из первой. Это немного похоже на то, как если бы вы сказали себе: «По­скольку работа мне не нравится, другим людям и вообще всем на свете следует знать, что они не должны заставлять меня ее выполнять». А эта мысль, разумеется, лишена всяко­го смысла. С какой стати у других людей должны быть насчет вас такие соображения? Может быть, и неплохо, чтобы они были, но откуда они возьмутся? Чтобы ваша мысль была ло­гичной, нужно, чтобы весь мир и все населяющие его люди вертелись вокруг вас и всецело были бы озабочены вашей особой.

- Разве мне нужно так много? Мне кажется, что все, чего я хочу на своей работе, - не проводить учета. Разве это мно­го?

- Да. После того, что вы мне рассказали, это безусловно много. Учет входит в ваши обязанности, не так ли? Поэтому вы должны его проводить, чтоб сохранить свое место, - тем бо­лее, если раньше вы мне сказали, что хотели бы сохранить это место по личным соображениям.

После долгих рассуждений в таком духе Эллис должен по­пытаться заставить молодого человека понять, что вещи, вы­зывающие досаду, неизбежны, и поэтому лучше принимать их неприятные стороны, не жалуясь. Кроме того, он должен показать ему, что гораздо важнее пытаться делать в жизни то, что действительно интересно, чем одержимо заниматься ка­кой-то другой деятельностью, которая вызывает раздражение и желание всеми путями избежать ее. После 47 сеансов на про­тяжении двух лет молодой человек окажется в состоянии справиться со всеми своими проблемами, завершить свое обу­чение и достичь высокого профессионального мастерства. Кроме того, он бросит пить, и, как он сам об этом скажет, зай­мется приятной работой.

***Случай 6.***

Ниже приводится описание терапевтического приема, на­правленного на развитие речи у ребенка, страдающего аутиз­мом *(Lovaas,* 1977). Представленный диалог - фрагмент запи­си сеанса, проводившегося на третьем месяце лечения. На всем протяжении разговора всякий раз, когда ребенок дает правильный ответ, он получает конфету.

*Терапевт.* Рики, как тебя зовут?

*Рики.* Рики.

- Хорошо. *(Рики получает конфету.)* Теперь спроси меня

то же самое.

- Как ты себя чувствуешь?

- Нет. Спроси меня то же, о чем я тебя спросила. Рики, ска­жи: «Как тебя зовут?»

- Рики.

- Нет. Скажи «как»... -Как... *(пауза).*

- «Тебя»... -Тебя... *(пауза).*

*-* Скажи «зовут».

- Зовут.

- Теперь скажи все вместе.

- Как тебя зовут?

- Меня зовут Жоан. Хороший мальчик, Рики. Хорошо *(конфета).* Пойди сюда, Рики. Встань, Рики. Рики, как ты себя чувствуешь?

- Я себя чувствую хорошо.

- Хорошо *(конфета).* Рики, пойди сюда. Рики, подойди. Теперь спроси меня.

- Как ты себя чувствуешь?

- Я чувствую себя хорошо *(конфета).*

- Ляг, пожалуйста. Ляг *(в предшествующий период Рики научился приказывать терапевту вставать, ложиться, улы­баться и т. п.).*

- Рики, сколько тебе лет?

- Мне 7 лет.

- Хорошо *(конфета).* Теперь спроси меня, Рики.

- Спроси меня.

- Нет, я не об этом тебя просила. Спроси, сколько мне лет.

Скажи: «сколько»...

- Тебе.

-Скажи: «лет». -Лет.

- Хорошо *(конфета).* Теперь скажи все вместе. Скажи мне: «Сколько лет?»

- Мне 7 лет. Сколько тебе лет?

- Мне 21 год. Очень хорошо. Хорошо *(конфета).*

**Ответы к заданию №1**

1. - Терапия, центрированная на клиенте (по Карлу Роджер­су). 2. - Терапия реальностью. Книга Уильяма Глассера (Classer, 1965) называется «Терапия реальностью». 3. - Систематическая десенсибилизация (по Джозефу Уолпу). 4. - Гештальт-терапия (по Фредерику Перлзу). 5. - Эмотивно-рациональная терапия (по Олберту Эллису). 6. - Использование оперантного метода.

**Вопросы для подготовки:**

1.Основные методы психокоррекции.

2.Позиция психолога и позиция пациента (клиента) в психокоррекции

3.Содержание понятия «психотерапия». Классификации психотерапевтических направлений, школ, методов.

4.Структура психотерапевтического метода: личностная концепция, компании нормы, концепции патологии, психотерапевтического вмешательства.

5.Проблема эффективности в психотерапии, критерии и методы оценки, этические основы психотерапии.

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

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

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

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта

 (зачета, экзамена)

Проводится по зачётным билетам в устной форме.

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

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

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

***Рт -*** *текущий рейтинг;*

***Рэ -*** *экзаменационный рейтинг)*

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

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

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

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

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

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Зарождение, становление и современное состояние клинической психологии
2. Смежные специальности клинической психологии: нейро- и психофизиология, функциональная анатомия головного мозга, психиатрия, неврология
3. Цели и задачи клинической психологии
4. Проблема нормы и патологии в клинической психологии
5. Предмет и содержание областей клинической психологии
6. Биопсихосоциальная парадигма в клинической психологии
7. Проблема адаптации и здоровья человека
8. Проблема личности в клинической психологии
9. Проблема сознательного и бессознательного
10. Клиническая психология в аддиктологии
11. Патопсихологический метод
12. Предмет патопсихологии
13. Методы наблюдений и интервью в клинической психологии
14. Проективные методы исследования
15. Психические процессы, состояния, свойства и их расстройства
16. Поведенческие паттерны и их расстройства
17. Классификация психических расстройств
18. Значение патопсихологических исследований при отдельных видах психических расстройств
19. Нейропсихологический метод
20. Предмет нейропсихологии
21. Методология нейропсихологического исследования А.Р.Лурии
22. Типы (виды) современной нейропсихологии
23. Нарушения психологического развития
24. Типы психического дизонтогенеза
25. Объекты и предметы исследования в нейропсихологии
26. Клинико-психологический метод
27. Задачи клинической психологии в суицидологии
28. Методы воздействия в клинической психологии (ПК, ПТ, ПК)
29. Методы психогигиены.Методы психопрофилактики
30. Понятие отклоняющегося поведения
31. Понятие дезадаптации
32. Понятие акцентуации личности
33. Критерии расстройств психотического регистра
34. Критерии расстройств допсихотического регистра
35. Концепция психосоматики и психосоматические расстройства и болезни
36. Особенности оказания психологической помощи в кризисных ситуациях
37. Особенности оказания психологической помощи в стрессовых ситуациях
38. Проблемно-ориентированное консультирование, развивающее консультирование
39. Психотерапия, психокоррекции и консультирование. Понятия и виды
40. Основные научные направления психотерапии. Критерии эффективности ПТ
41. Правовые и законодательные основы деятельности клинического психолога
42. Структура психиатрической, наркологической, психотерапевтической и психологической помощи населению России и роль в ней клинической психологии
43. Экспертные задачи, решаемые в клинической психологии
44. Задачи клинической психологии в соматических клиниках
45. Задачи клинической психологии в оказании помощи детям в сфере образования. Проблемы девиантного поведения
46. Задачи клинической психологии в сфере социальной защиты, в спорте, в семье, в сфере УИН
47. Задачи клинической психологии в сфере оказания помощи при чрезвычайных ситуациях
48. Экспертная работа клинического психолога

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

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

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

***Схема №1 описания психического статуса[[1]](#footnote-1)***

*(Характеристики психического статуса, выделенные желтым цветом, приведены в качестве примера, использование КАЖДОЙ из характеристик не является обязательным.Не забудьте убрать выделение цветом текста готового психического статуса!)*

|  |
| --- |
| **Психический статус:*****Состояние сознания:*** ясное, помраченное, аменция, делирий, онейроид, сумеречное.***Ориентировка:*** во времени, окружающем, собственной личности.***Внешность:*** конституциональные особенности, поза, осанка, одежда, опрятность, ухоженность. Выражение лица.***Внимание:*** пассивное, активное. Способность к сосредоточению, устойчивость, рассеянность, истощаемость, отвлекаемость, слабая распределенность, инертность, патологическая концентрация, персеверации.***Поведение и психическая деятельность:*** походка, выразительность движений, адекватность переживаниям, жестикуляция, манерность, тики, подергивания, стереотипные движения, угловатость или пластичность, проворность движений, вялость, гиперактивность, ажитированность, воинственность, эхопраксии.***Речь:*** (количество, качество, скорость) быстрая, медленная, затрудненная, запинающаяся, эмоциональная, монотонная, громкая, шепотная, невнятная, бормочущая, с эхолалиями, интенсивность речи, высота, легкость, спонтанность, продуктивность, манера, время реакции, словарный запас.***Отношение к беседе и психологу:*** дружественное, внимательное, заинтересованное, искреннее, кокетливое, игривое, располагающее, вежливость, любопытство, враждебное отношение, оборонительная позиция, сдержанность, настороженность, неприязнь, холодность, негативизм, позерство. Степень контакта, попытки уклониться от беседы. Активное стремление к беседе или пассивное подчинение. Наличие или отсутствие интереса. Стремление подчеркнуть или скрыть болезненное состояние.***Ответы на вопросы:*** исчерпывающие, уклончивые, формальные, лживые, раздражительные, грубые, циничные, насмешливые, краткие, многословные, обобщенные, на примерах.***Эмоциональная сфера:*** преобладающее настроение (окраска, устойчивость), колебание настроения (реактивно, аутохтонно). Возбудимость эмоций. Глубина, интенсивность, длительность эмоций. Способность к коррегированию эмоций, сдержанность. Тоска, чувство безысходности, тревожность, плаксивость, пугливость, внимательность, раздражительность, охваченность ужасом, злобой, экспансивность, эйфоричность, чувство опустошенности, виновности, собственной неполноценности, высокомерия, взбудораженность, ажитация, дисфория, апатия, амбивалентность. Адекватность эмоциональных реакций. Суицидальные мысли. ***Мышление:*** мысли, суждения, умозаключения, понятия, представления. Склонность к обобщениям, анализу, синтезу. Спонтанность и аспонтанность в беседе. Темп мышления, правильность, последовательность, отчетливость, целенаправленность, переключаемость с одной темы на другую. Способность к суждениям и умозаключениям, релевантность ответов. Суждения ясные, простые, адекватные, логичные, противоречивые, легкомысленные, благодушные, неопределенные, поверхностные, бестолковые, нелепые. Мышление абстрактное, конкретное, образное. Склонность к систематизации, обстоятельности, резонерству, вычурности. Содержание мыслей.***Память:*** нарушение функций фиксации, сохранения, воспроизведения. Память на события прошлой жизни, недавнего прошлого, запоминание и воспроизведение текущих событий. Расстройства памяти (гиперамнезия, гипомнезия, амнезия, парамнезия).***Интеллектуальная сфера:*** оценка общего уровня знаний, образовательного и культурного уровня знаний, преобладающие интересы.***Критика:*** степень осознания больным своей болезни (отсутствует, формальная, неполная, полная). Осознание связи болезненных переживаний и нарушений социальной адаптации основным заболеванием. Мнение больного об изменениях с начала болезни. Мнение больного о причинах поступления в стационар.***Настрой и отношение к предстоящему лечению.*** Место больного в предстоящем лечебном процессе. Ожидаемый результат.***Психопатологическая продукция*** (обманы восприятия, бред). |

***Схема №2 План развернутого психологического заключения***

*(пояснения, выделенные желтым цветом, в заключение не включать!)*

|  |
| --- |
| **ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ДАННЫМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ****Больной Б. или Больная А., возраст**……………………………………………………..………**Диагноз клинический при поступлении:** (взять из истории болезни!)…………………...……**Жалобы при поступлении:**………………………………………...………………………………**Жалобы на момент осмотра:** (перечислить жалобы соматического и психологического характера – эмоциональные, когнитивные и т.д.)……………………………………….…………………**Психический статус на момент осмотра:** (пишется в соответствии со схемой, приведенной выше)………………………………………………………………………………………………………….**Анамнез:** (см. пункты 2 – 5 сбора анамнеза в психосоматике в учебнике «Психосоматика» И.Г. Малкиной-Пых)………….…………………………………………………………………….…….…**Цель психологического исследования:**……………………………………..……………………**Использованные методики:**…………………………………………………..……………………**Поведение во время эксперимента:**………………………………………………………………**Описание результатов экспериментально-психологического исследования:** (дается для каждой методики отдельно, в новом абзаце и с красной строки, включает количество баллов по шкалам и интерпретацию).…………………………….................................................................................**Общее заключение по экспериментально-психологическому исследованию:** (содержит краткое повторение основных результатов исследования)…………….………………………….……..**Рекомендации по психокоррекционной работе:**…………………..……………………………**Клинический психолог:** (Ф.И.О. студента, № группы)…………………….…………………….**Дата:** (Дата. Месяц. Год исследования)………………………………….………………………… |

***Схема № 3План сокращенного психологического заключения***

*(пояснения, выделенные желтым цветом, в заключение не включать!)*

|  |
| --- |
| **ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ДАННЫМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ****Больной Б. или Больная А., возраст:**………………………………………………………..……**Диагноз клинический при поступлении:** (взять из истории болезни!)…………………….…**Психический статус:** (пишется в соответствии со схемой, приведенной выше)……………….**Цель психологического исследования:**………………………………..…………………………**Использованные методики:**……………………………………………….……………………….**Поведение во время эксперимента:**………………………………………..……………………..**Описание результатов экспериментально-психологического исследования:** (дается для каждой методики отдельно, в новом абзаце и с красной строки, включает количество баллов по шкалам и интерпретацию)…………..…………………………………………………………………….....**Общее заключение по экспериментально-психологическому исследованию:** (содержит краткое повторение основных результатов исследования)………………………………………..............**Рекомендации по психокоррекционной работе:**………………………….……………………..**Клинический психолог:**(Ф.И.О. студента, № группы)…………………..………………………**Дата:**(Дата. Месяц. Год исследования)……………………………………….…………………… |

**Упражнение №1 «Осознавание и фокусирование»**

Общая настройка. Можете лечь или сесть в удобной позиции, глаза закрыты. Сначала несколько минут послушайте Ваше дыхание. Опишите его (оно глубокое, поверхностное, быстрое, медленное, громкое, приглушенное).

Затем (находясь в удобной позиции, глаза закрыты) проведите полный обзор тела от головы до пальцев ног или в обратном направлении – от пальцев ног до головы. Составьте предложения, начинающиеся со слов: «Я осознаю». Например: «Сейчас я осознаю, что мои пальцы согнуты (или расслаблены, или холодные и т. д.)». Это упражнение лучше сначала записать (самому или с помощью друга) на магнитофон или на бумагу, поскольку Вы произносите предложения вслух. Я предлагаю вам систематически продолжать тренировать Ваше внимание, направляя его вверх или вниз по телу. Например: макушка головы, лоб, глаза, нос, и т. д. Когда Вы будете проходить эти области, не обойдите своим вниманием осознавание Вашего голоса, хотя мы будем изучать голос в главах 2и3. Прежде чем читать дальше, выполните цикл уже данных инструкций.

Фокусирование. В своей работе Гендлин предлагает совершать до тех пор описанные ниже последовательные циклы из 3 шагов, пока клиент сам не ощутит завершенность. Хорошо, если этот цикл Вам нравится. Или Вы можете начать с шага 3, следуя вашим мыслительным процессам. Можно делать это упражнение одному или с Вашим терапевтом или другом-любителем, или с любым другим профессионалом.

Я рекомендую новичкам в терапии ежедневную разминку (только несколько минут) в этой технике, это хороший путь для улучшения Вашего осознавания и Вашей терапии. Попробуйте еще раз:

Шаг 1. (Физические ощущения). Запишите самые заметные физические ощущения, которые Вы осознаете прямо сейчас.

Шаг 2. (чувства и эмоции). Назовите чувства или эмоции, соответствующие этим ощущениям.

Шаг 3. Позвольте появиться всему, что придет из этих ощущений и чувств, будь то мысль, воспоминание, образ, фантазия. Повторяйте последовательность из 3 шагов до тех пор, пока не почувствуете удовлетворение или завершение.

**Упражнение № 2 «Язык вербальный и невербальный»**

Вербальный патер: Обратите внимание на то, как Вы используете слова.

1. Есть ли у Вас некоторые любимые, но ненужные Вам фразы типа «я знаю, что я думаю», «по правде говоря», «другими словами» и т.д. Если так, для чего Вы их используете?
2. Что Вы делаете, когда говорите: уклоняетесь или обезличиваете? Если делаете, то каким образом?
3. Вы заметили какие-нибудь интроекты? Обвиняете ли Вы себя или других, используя слова «должен», «следовало бы». Если так, приведите пример:
4. Задаете ли Вы вопросы, чтобы скрыть утверждения? Если так, например?
5. Заметили ли Вы что-либо еще интересное?
6. Отмечайте звуки Вашего голоса в течение дня. Вы говорите характерным тоном, громко, в характерной манере?
7. Скажите громко следующую фразу четырем или пяти значимым людям в Вашей жизни (или вообразите каждого из них сидящего напротив Вас, каждого в отдельное время): «Я собираюсь порадовать себя новой машиной (или стерео, или картиной, путешествием – всем, чего Вы очень хотите)». Отметьте различия в Вашем говорении – тоне, громкости; можете изменить фразу в любом направлении, дополнить другими фразами, чем-то смешным.

**Упражнение № 3 а «Тело и работа с телом»**

1. Посмотрите в зеркало на Ваше лицо. Отметьте его хронические реакции (особенно глаз, рта, и лба). Обратите внимание на свое тело. Что-нибудь заметили?

3. Наблюдайте за окружающими. Не надоедайте им, но молчаливо отмечайте проявления их телесных коммуникаций. Это интересно.

Пример фиксированных коммуникаций:

а) транзитные:

б) осознаваемые:

в) неосознаваемые:

г) произвольные:

д) непроизвольные:

Дыхание - первая и постоянная поддержка нашей жизни. Некоторые люди во время эмоционального стресса ограничивают свое дыхание, дыша поверхностно или временно задерживая его. Или, подобно мне, постоянно ограничивают дыхание хроническим мышечным напряжением тела.

Первым сигналом, что я живу неправильно, было то, что я заметил свое дыхание. Когда у человека все в порядке, дыхание не осознается. Каждый раз, когда я пытался глубоко вздохнуть, я чувствовал тупую боль в груди. Особенно болезненно это было во время оргазма. Некоторое время я боялся ряда болезней - рака легких или туберкулёза, или чего-либо еще, что воображалось в этот момент (конечно, я не побеспокоился проконсультироваться с врачом, считая, что знаю себя лучше).

После нескольких лет сопротивления мысли начать терапию, я, наконец, приступил к ней. Сначала я не чувствовал изменений. Постепенно боль ослабела. Скоро я начал

воспринимать боль в груди как индикатор моего эмоционального состояния.

Если я чувствовал себя лучше, дыхание становилось легче.

Еще сегодня я проверяю своё дыхание: когда я чувствую тупую боль при глубоком вдохе, я стараюсь осознать, что именно неправильного происходит в моей жизни, то есть я начинаю её контролировать. Когда у меня есть мужество поправить это, мое дыхание восстанавливается снова.

Во время Вашей терапевтической работы и во время любых других жизненных ситуаций, обращайте внимание на Ваше дыхание. Вы многому научитесь.

**Упражнение № 3 б «Тело и работа с телом»**

1. Сядьте комфортно, спина должна быть прямая, но не напряженная, закройте глаза. Обратите внимание на Ваше дыхание и чувства, связанные с ним.
2. Отмечайте все изменения в Вашем дыхании в течение дня. Было ли что-то интересное?

Помимо общего осознавания дыхания существуют специальные приемы в использовании глубокого дыхания, которые могут быть полезными в Вашей терапии. Глубокое дыхание нацелено на *достижение глубокого уровня чувств* в некоторых техниках, в том числе в ребефинге, гипнотической индукции и т. д. Чтобы вызвать более глубокое осознание внутреннего состояния, при меняют глубокое регулярное дыхание в позиции лежа на спине. Делать это лучше с Вашим терапевтом или с проводником.

Биоэнергетические и другие техники, ориентированные на работу с телом.

Чтобы стимулировать осознание и выражение чувств, некоторые терапевты используют техники, развитые Вильгельмом Райхом, Александром Лоуэном и другими. В арсенале терапевтических техник существует большое разнообразие специфических методов. Об одном из таких приемов рассказывается в самом начале первой главы.

**Упражнение № 3в «Тело и работа с телом»**

Отметьте, какой участок тела у Вас особенно напряжен, пальпируйте[[2]](#footnote-2) это место сами или пусть Ваш друг поможет Вам: сделать это. Посмотрите, что произойдёт.

1. Встаньте. Примите следующую позу: колени согнуты, спина тоже согнута и наклонена вперед к носкам, пятки не касаются земли. Стойте так долго, как можете, и обратите внимание, что произойдет с Вами. Посмотрите, где энергия Вашего тела течет свободно, а где заблокирована.

Движение. Терапевты выделяют два типа движений всего тела: рутинные - те, которыми мы обычно пользуемся в обычной жизни, и те, которые мы способны делать во время эксперимента и исследования. Между прочим, некоторые терапевты, работающие, главным образом, с движением, известны как кинестезиологи.

*Я вспоминаю, как я участвовал в конференции в Сан-Франииско, где я получил первый опыт двигательной терапии с Дел Тейлор. Это был большой зал, и я находился рядом с ней.*

*Звучала африканская ритмичная музыка. Мое первоначальное напряжение стало стремительно возрастать. Два дня группа исследовала движение: на месте, в пространстве, одиночное движение, совместное. Наиболее яркий для меня момент был, когда Дел играла «Болеро» Равеля, я фактически поставил мой собственный танец. Я никогда бы не подумал, что я смогу придумывать танец или танцевать хорошо.*

То есть Ваш терапевт может попросить Вас двигаться по кругу и фиксировать, что Вы замечаете. Как ходите, держитесь, напрягаетесь. О чем говорят Вам Ваши движения?

В Вашей работе движение может помочь глубокому пониманию себя, стать открывающим. Часто я прошу клиента продемонстрировать понятие, используя язык движений. Например, в случае, когда клиент говорит: «Я застрял, я только хожу по кругу», Я могу ему предложить: «Хорошо, вставай и иди по кругу, приговаривая: «Вот как я проживаю свою жизнь». Смотрите, с чем Вы споткнетесь, что с Вами произойдет.

**Упражнение № 3 г «Тело и работа с телом»**

1. Итак, проделайте вышеописанное упражнение. Двигайтесь и отмечайте Ваш стиль, Ваш ритм, Вашу энергию, манеру держаться, подвижность: как и что.

2. Охарактеризуйте Вашу жизнь сейчас на языке движений и выразите ее хореографически. Посмотрите, что возникнет у Вас, что придет к Вам.

Телесный контакт. Когда-то, очень давно фрейдовские аналитики сердито хмурились при упоминании о телесном контакте в терапии, даже грозили пальцем. Некоторые психоаналитики делают это до сих пор. Многие гештальт-терапевты более терпимы в этом отношении. У них, я надеюсь, ответственное отношение к контактам такого рода.

*В моей терапии с Эл, когда я был очень расстроен, напряжен и одинок, я с нетерпением ждал момента, когда обниму его в конце сессии при прощании. Однажды, когда я плакал, он подкатил своё кресло ко мне и взял меня за руку.*

Лаура Перлз говорит: «Дайте столько поддержки, сколько необходимо, и так мало, как возможно».

Иногда поддержка в форме телесного контакта просто необходима. Терапия хороша для экспериментирования. В групповой гештальт-терапии часто используется телесный контакт для поддержки и воспитания.

Многие люди в нашей культуре имеют комплексы по поводу телесного контакта. Прикосновение, симпатия, массирование и т. д. - это все возможности для исследования.

Физические упражнения. Некоторые терапевты настаивают, чтобы их клиенты развивали здоровый стиль жизни: физическую активность, используя прогулки, бег, хатка-йогу, тай-чи, различные виды спорта. Какой именно способ будет упомянут и выделен, зависит от пристрастий самого терапевта. В моей собственной практике я поощряю клиентов заботиться о своем теле также как и о мыслях и чувствах, исходя из их возможностей. Терапевт, который уделяет внимание здоровому стилю жизни в полной мере, часто говорит о холистическом подходе к жизни.[[3]](#footnote-3) Такой терапевт будет обращать внимание клиента на целостность личности, благодаря соответствующему питанию, упражнениям, натуральной терапии, управлению стрессом. Иногда взаимодействие с другими сторонами жизни завораживает.

 *У моего недавнего клиента была тема: «Жизнь должна быть легкой», - произносил он это жалующимся тоном. Не удивительно, что он прошел через алкоголизм, через реабилитацию от этого злоупотребления, а его жизнь была всё еще плохо организована. Весь в долгах, дом в беспорядке, толстый и т. д. Я предложил ему эксперимент: вставать в 6 часов утра, на 45 минут раньше, чем обычно, и упражняться в хатка-йоге. Он почувствовал больше энергии и начал приводить свою жизнь в порядок. Недавно в моем офисе он порвал свою кредитную карточку надвое.*

*Во время сессии по йоге моя учительница попросила меня сесть на пол и коснуться носков. Затем она легла на мою спину u своим весом давила так, что мой подбородок оказался на моем колене. Боль была нестерпимая. «Подчинись боли! - она сказала. – Подчинись!». Я сделал это - и многому научился.*

**Упражнение № 3 д «Тело и работа с телом»**

Исследуйте, как Вы заботитесь о своём теле: питаетесь, сколько употребляете алкоголя, табака, кофеина, занимаетесь ли регулярными физическими упражнениями и т. д. Поразмышляйте о связи всего этого с Вашей эмоциональной жизнью. Совпадают ли Ваши физические и эмоциональные образы жизни! Различны ли они? Каковы они на самом деле?

**Упражнение № 4 а «Сны и фантазии»**

1. Видели ли Вы какие либо сны недавно! Если да, то запишите первый, который

возникнет в Вашей памяти здесь и сейчас.

1. Какие элементы, части сна Вам запомнились! Как они представляют различные, часто конфликтующие, части Вашей личности?
2. Проконсультируйтесь с Вашим гештальт-терапевтом по поводу работы по интеграции этих частей.
3. Были ли у Вас повторяющиеся сны, не обязательно один, проходящие через всю Вашу жизнь. Возможно, у Вас недавно был такой, который повторялся много раз.
4. Если такой есть, поработайте с ним так же, как и с первым сном в этом упражнении. Какое экзистенциальное послание Вы получили в этом сне?

Работа с дневными снами (или фантазиями, как их часто называют) такая же, как и работа с ночными снами. Используя гештальт-подход, выделяем те же три аспекта:

* рассматриваем опыт дневного сновидения как экзистенциальное послание;
* проговариваем его в настоящем времени, выделяя его живость и непосредственность;
* исследуем элементы сна как проекции частей Вашей личности, затем работаем в направлении интеграции.

Иногда на терапевтической сессии я инструктирую клиента, как «увидеть дневной сон, создать его здесь и сейчас». Обычно для стимуляции процесса я советую ему закрыть глаза и принять позицию полулежа. Это фантазирование (или кино в Вашей голове) может быть в Вашей памяти или составлять нечто новое. Ниже приводится пример фантазии - воспоминания недавнего клиента, назовем его Билл.

*Билл пришел в терапию после года борьбы с приступами интенсивного страха. Он боялся уходить из дома, где он жил один после развода. На одной из последних сессий он вспомнил, что в возрасте трех лет у него была операция. Я попросил его лечь, закрыть глаза и представить её. Перед его глазами возникла ситуация из прошлого: « Мне 3 года и я в госпитале. Здесь темно и страшно. Я всегда один, никто не обращает на меня внимание. Мои родители покинули меня, я боюсь, что они никогда не вернутся».*

*Вспоминая свой опыт, используя воображение, Билл сделал большой эмоциональный прорыв. Он действительно почувствовал и осознал некоторые связи между его текущим ужасом и его детством во время нашей сессии.*

Иногда я предлагаю другой тип фантазирования: прошу клиента представить некоторое событие развертывающимся. Обычно это предмет беспокойства или замешательства. Я прошу клиента разрешить образу развиваться в телесном опыте, ощутить проблему в каком-то участке тела. До некоторой степени это близко к фокусированию (см. главу 1).

*Например, Асmрид очень напряжена и тревожна в отношениях с мужчинами. Она встретила нового мужчину, Теда. Я прошу её вообразить себя с ним через шесть месяцев. Она фантазирует что-то, похожее на следующее: «Мы спускаемся по улице. Он меняет направление своего движения в мою сторону и, обходя, выталкивает меня с тротуара в кювет. Я чувствую сильный гнев, но улыбаюсь и шучу». Работа воображения затем исследуется по её теме. Мы можем обсудить и проработать способ обращения Астрид с конфликтом.*

Другая вариация - направленное воображение. При таком методе работы терапевт просит клиента закрыть глаза, фантазировать и при этом разрешить терапевту участвовать и говорить в его сцене или фантазии. У клиента появляются определённые реакции, которые позволяют сформировать определенное отношение к проблеме. Я не часто использую этот метод.

**Упражнение № 4 б Сны и фантазии»**

Выберите какую-либо область, в которой Вы испытываете затруднение (секс, гнев, особое отношение с кем-либо и т. д.) Откиньтесь назад, закройте глаза, пофантазируйте, создайте «дневной сон», относящийся к этой проблеме. Когда сделаете, запишите его. Поработайте с этим здесь и сейчас.

**ВАРИАНТЫ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

**ВАРИАНТ № 1**

1. КАКОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ФАКТОРОВ НЕ ВХОДИТ В ЧИСЛО ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА:
2. гипернормативность;
3. курение;
4. неудовлетворенность работой;
5. низкая социальная активность;
6. высокий уровень холестерина в крови.
7. ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЕЙ НАИБОЛЬШУЮ ТРУДНОСТЬ:
8. работа в одной и той же организации на протяжении многих лет;
9. выражение враждебных чувств;
10. ответственное отношение к своему труду;
11. контроль проявлений враждебности;
12. верно все, кроме 2.
13. ТРУДНОСТИ В ВЫРАЖЕНИИ ВРАЖДЕБНЫХ ЧУВСТВ ФОРМИРУЮТСЯ В СЕМЬЯХ:
14. где родители безоговорочно принимают ребенка и учитывают его интересы;
15. с преобладанием в конфликтных ситуациях негативно-невербальной коммуникации (например, не давать ответ, отворачивать голову, избегать контакта взглядами);
16. матерей-одиночек;
17. с холодной, претенциозной и авторитарной матерью и слабым, подавляемым матерью отцом;
18. верно 2 и 4.
19. ОСОБЕННО ПРЕДРАСПОЛОЖЕНЫ К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА МУЖЧИНЫ В ВОЗРАСТЕ 39-40 ЛЕТ (ПО М. ФРИДМЭНУ И Р. РОЗЕНМЭНУ):
20. со способностью энергично добиваться продвижения по службе, ощущением нехватки времени;
21. со скрупулезностью, ананкастичностью;
22. с добродушием;
23. с неуверенностью в себе, склонностью к сомнениям;
24. правильно «2» и «3».
25. ОСНОВНЫМИ ЛИЧНОСТНЫМИ ЧЕРТАМИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ПО Ф. АЛЕКСАНДЕРУ) ЯВЛЯЮТСЯ:
26. враждебная настроенность, сочетающаяся с выраженным контролем и подавлением агрессивных тенденций поведения;
27. паранойяльность;
28. сенситивность;
29. аутистичность;
30. демонстративность.
31. К ЛИЧНОСТНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОТНОСЯТСЯ (ПО В. ОСЛЕРУ):
32. невротичность и сенситивность;
33. тягостное чувство неполноценности;
34. честолюбие, энергичность с уверенностью в своих силах;
35. правильно «1» и «2»;
36. все перечисленное.
37. "КОРОНАРНЫЙ ЛИЧНОСТНЫЙ ТИП" (Ф. ДАНБЭР) ОБНАРУЖИВАЕТ:
38. скрытность, способность сдерживаться;
39. синтонность;
40. гипоманиакальность;
41. неспособность контролировать свои эмоции;
42. астеничность.
43. К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ОСОБЕННО ПРЕДРАСПОЛОЖЕН СЛЕДУЮЩИЙ ТИП ИЗ ПРЕДЛОЖЕННОЙ М. ФРИДМАНОМ И Р. РОЗЕНМАНОМ ТИПОЛОГИИ:
44. тип В;
45. тип А;
46. тип С;
47. тип D;
48. тип Е.
49. ВЫСОКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ЭТОЙ ШКАЛЕ МЕТОДИКИ СМИЛ ОТРАЖАЮТ ВЫСОКУЮ ИЗБИРАТЕЛЬНОСТЬ В КОНТАКТАХ, СКРЫТНОСТЬ, НЕРАЗГОВОРЧИВОСТЬ, НЕЛОВКОСТЬ В ОБЩЕНИИ:
50. сверхконтроля;
51. интроверсии;
52. эмоциональной лабильности;
53. импульсивности;
54. коррекции.
55. ВЫСОКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ЭТОЙ ШКАЛЕ МЕТОДИКИ СМИЛ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ ОБ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТИ, СОЦИАЛЬНОЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НЕЗРЕЛОСТИ ЛИЧНОСТИ И ВЫРАЖЕННОМ ЖЕЛАНИИ ВО ЧТО БЫ ТО НИ СТАЛО ОБРАТИТЬ НА СЕБЯ ВНИМАНИЕ ОКРУЖАЮЩИХ:
56. мужественности-женственности;
57. сверхконтроля;
58. пессимистичности;
59. индивидуалистичности;
60. эмоциональной лабильности.
61. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО СМИЛ (MMPI) ВЫЯВЛЯЕТСЯ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПРЕОБЛАДАНИЕ ШКАЛЫ (ПО ГУБАЧЕВУ И СТАБРОВСКОМУ):
62. шизоидности;
63. депрессии;
64. психастении;
65. ипохондрии;
66. верно все, кроме 1.
67. АВТОРОМ НАИБОЛЕЕ ПОПУЛЯРНОЙ В РОССИИ АДАПТАЦИИ ТЕСТА MMPI, ПОЛУЧИВШЕЙ НАЗВАНИЕ СМИЛ (СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ МНОГОФАКТОРНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ), ЯВЛЯЕТСЯ:
68. Ю.Л. Ханин;
69. Т.И. Балашова;
70. Р.А. Лурия;
71. А.И. Сердюк;
72. Л.Н. Собчик.
73. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АЛЕКСИТИМИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:
74. тест Спилбергера - Ханина;
75. Торонтскую шкалу;
76. тест Мюррея;
77. тест Люшера;
78. тест Айзенка.
79. НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ПО ТОРОНТСКОЙ АЛЕКСИТИМИЧЕСКОЙ ШКАЛЕ СОСТАВЛЯЕТ:
80. не более 45 баллов;
81. от 74 и более баллов;
82. не более 62 баллов;
83. 21 ± 4 балла;
84. не более 150 баллов.
85. РУССКОЯЗЫЧНУЮ АДАПТАЦИЮ МЕТОДИКИ «ТИП ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ» ВЫПОЛНИЛИ:
86. М. Фридман и Р. Розенман;
87. Л.С. Выготский и А.Р. Лурия;
88. И.П. Павлов и В.М. Бехтерев;
89. А.Е. Личко и Н.Я. Иванов;
90. Л.И. Вассерман, Н.В. Гуменюк.
91. ТИП ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ «А» ХАРАКТЕРИЗУЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ:
92. расслабленное, спокойное отношение к жизни;
93. агрессивность по отношению к субъектам, противодействующим осуществлению планов;
94. низкий дух соперничества;
95. тенденция к саморефлексии;
96. преимущественное сосредоточение на качестве, а не на количестве.
97. ДЛЯ ТИПА ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ «А» ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:
98. сверхвовлеченность в работу, неумение отвлечься от работы, расслабиться;
99. повышенная потребность контролировать происходящее и поведение окружающих;
100. нетерпеливость, стремление делать все быстро;
101. преимущественное сосредоточение на качестве, а не на количестве;
102. тенденция подчёркивать значимость количества продукции и недооценивать её качество.
103. ДЛЯ ТИПА ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ «В» ХАРАКТЕРНО:
104. скупость в движениях и проявлениях эмоциональных реакций и чувств;
105. низкий дух соперничества;
106. повышенная потребность контролировать происходящее и поведение окружающих;
107. взвешенность и рациональность в работе и других сферах жизнедеятельности;
108. верно все, кроме 3.
109. УКАЖИТЕ ПУНКТ, В КОТОРОМ ПРАВИЛЬНО ПЕРЕЧИСЛЕНЫ ШКАЛЫ ОПРОСНИКА «ТИП ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ»:
110. тип А, тип Б, тип С;
111. тип А, тип АБ, тип В;
112. тип А, условно – А1, тип АБ, условно – Б1, тип Б;
113. тип А, тип В;
114. нет верного ответа.
115. ЭРГОПАТИЧЕСКИЙ ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ (ПО А.Е. ЛИЧКО), ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ХАРАКТЕРИЗУЕТ:
116. «уход от болезни в работу»;
117. активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного;
118. непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения;
119. «принятие» болезни и поиски выгод в связи с болезнью;
120. поведение по типу «раздражительной слабости».

**ВАРИАНТ № 2**

1. Пассивный (манифестно-зависимый) тип язвенного больного характеризует:
2. бессознательный страх быть покинутым;
3. отказ от самостоятельности и независимости;
4. выраженная потребность в близких отношениях как источнике безопасности и защиты;
5. верно все перечисленное;
6. верно 1 и 3.
7. Характеристикой гиперактивного язвенного типа является:
8. убежденность в том, что любовь и близкие отношения делают человека слабым, а потому неприемлемы;
9. стремление к успеху как источнику чувства защищенности;
10. анозогнозический тип отношения к болезни;
11. верно все перечисленное;
12. верно 1 и 2.
13. ТИПИЧНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ПО Ф. АЛЕКСАНДЕРУ) ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:
14. тщеславия;
15. агрессивности;
16. ранимости;
17. робости;
18. впечатлительности.
19. ПРИ КАКОМ ИЗ ТИПОВ АКЦЕНТУЦИЙ ХАРАКТЕРА (ПО КЛАССИФИКАЦИИ К. ЛЕОНГАРДА) ПРИСУТСТВУЕТ СКЛОННОСТЬ К СМЕНЕ МЕСТА РАБОТЫ:
20. циклотимный;
21. возбудимый;
22. гипертимный;
23. педантичный;
24. верно все, кроме 4.
25. КАКОЙ ВИД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДПОЧИТАЕМЫМ ПРИ ПЕДАНТИЧНОМ ТИПЕ ЛИЧНОСТИ (ПО КЛАССИФИКАЦИИ К. ЛЕОНГАРДА):
26. работа, дающая ощущение независимости и возможность проявить себя;
27. сфера искусств, медицина, воспитание детей, уход за животными, растениями;
28. профессии не связанные с большой ответственностью, предпочтительна «бумажная» работа;
29. работа связанная с постоянным общением; организаторская деятельность, снабженец, служба быта, спорт, театр;
30. физический труд, атлетические виды спорта.
31. ДЛЯ ЛИЧНОСТЕЙ С АКЦЕНТУАЦИЕЙ ПО ЭМОТИВНОМУ ТИПУ (ПО КЛАССИФИКАЦИИ К. ЛЕОНГАРДА) НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВИДОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
32. работа с постоянно меняющимися кратковременными контактами;
33. искусство, медицина, воспитание детей, уход за животными, растениями;
34. работа, не требующая широкого круга общения;
35. физический труд, атлетические виды спорта;
36. деятельность, не связанная с большой ответственностью, «бумажная работа».
37. ПРИ КАКОМ ТИПЕ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА (ПО К. ЛЕОГАРДУ) ХАРАКТЕРНЫМИ ЧЕРТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ЧРЕЗМЕРНАЯ АККУРАТНОСТЬ, НАДЕЖНОСТЬ В ДЕЛАХ И ЧУВСТВАХ, РОВНОЕ НАСТРОЕНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПОВЫШЕННОЙ РИГИДНОСТЬЮ, ИНЕРТНОСТЬЮ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ:
38. экзальтированный;
39. дистимный;
40. эмотивный;
41. педантичный;
42. тревожный.
43. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВИДОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЛЯ ЛИЧНОСТИ С АКЦЕНТУАЦИЕЙ ПО ДИСТИМНОМУ ТИПУ (ПО КЛАССИФИКАЦИИ К. ЛЕОНГАРДА) ЯВЛЯЕТСЯ:
44. работа, требующая бурной деятельности, частой смены привычного образа жизни;
45. физический труд, атлетические виды спорта;
46. работа, не требующая широкого круга общения;
47. работа, связанная с постоянным общением и организаторской деятельностью;
48. работа, дающая ощущение независимости и возможности проявить себя.
49. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВИДОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЛЯ ЛИЧНОСТИ С АКЦЕНТУАЦИЕЙ ПО ГИПЕРТИМНОМУ ТИПУ (ПО КЛАССИФИКАЦИИ К. ЛЕОНГАРДА) ЯВЛЯЕТСЯ:
50. работа, связанная с постоянным общением и организаторской деятельностью;
51. работа, не требующая широкого круга общения;
52. физический труд, атлетические виды спорта;
53. искусство, художественные виды спорта;
54. нет верного ответа.
55. ПО КЛАССИФИКАЦИИ К. ЛЕОНГРАДА К ПРИВЛЕКАТЕЛЬНЫМ ЧЕРТАМ ЭМОТИВНОГО ТИПА АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА МОЖНО ОТНЕСТИ:
56. стремление добиться высоких показателей в любом деле;
57. способность радоваться чужим удачам;
58. альтруизм;
59. крепкие, устойчивые взгляды;
60. верно 2 и 3.
61. К ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ЧЕРТАМ ДЕМОНСТРАТИВНОГО ТИПА АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА (ПО К. ЛЕОНГАРДУ) ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:
62. эгоизм;
63. лживость;
64. боязливость;
65. склонность «заболевать» в самые ответственные и трудные моменты;
66. склонность к интригам.
67. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЕРНО ОПИСЫВАЕТ ШКАЛУ ТРЕ­ВОГИ М. ГАМИЛЬТОНА:
68. личностный опросник, направленный на выяв­ление конституциональной тревожности и си­туационной тревоги;
69. клинико-диагностический опросник, диффе­ренцирующий невротическую и психотическую тревогу;
70. клиническая рейтинговая шкала, предназначенная для измерения тяжести тревожных расстройств пациента;
71. нестандартизованное интервью, используемое в работе с подростками;
72. все ответы верны.
73. НАЧАЛЬНАЯ СТУПЕНЬ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ ПО ШУЛЬЦУ ВКЛЮЧАЕТ:
74. обучение релаксации через воздействие на вегетативные функции (дыхание, сердцебиение, мышечный тонус);
75. обучение нейтрализации аффективных переживаний и работу с глубинными психологическими проблемами посредством медитации;
76. упражнения направленные на вызывание ощущений тяжести, тепла, овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания;
77. вызывание при закрытых глазах яркого мысленного образа определенного цвета, затем конкретного предмета, абстрактного понятия и т. д.;
78. верно 1 и 3.
79. ОСОБЕННОСТИ ГИПНОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ СОСТОЯТ В ТОМ, ЧТО (ПО БУЛЮ):
80. лечебный эффект тем выше, чем глубже гипнотическое состояние;
81. если гипнотерапия не помогает больному, значит он мало гипнабелен;
82. в гипнозе обычно удается снять приступ болей у язвенного больного, устранить спазм и рвоту;
83. при соответствующих внушениях в длительном гипнотическом сне понижается секреция желудочного сока;
84. все перечисленное.
85. В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ В РАМКАХ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОГО ПОДХОДА АНАЛИЗУ ПОДЛЕЖАТ:
86. ошибочные действия;
87. сновидения;
88. перенос и контрперенос;
89. сопротивление;
90. все перечисленное.
91. ЗАДАЧЕЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В РАМКАХ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПАРАДИГМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
92. выявление и корректировка автоматических мыслей и дезадаптивных убеждений;
93. трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностного к системному подходу;
94. обучение клиента умению оценивать свое мышление и изменять его самостоятельно;
95. прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи;
96. верно 1 и 3.
97. ПОЛОЖЕНИЕ «НАМИ УПРАВЛЯЕТ ВСЕ, С ЧЕМ МЫ СЕБЯ ОТОЖДЕСТВЛЯЕМ. МЫ МОЖЕМ УПРАВЛЯТЬ ВСЕМ, С ЧЕМ МЫ СЕБЯ РАСОТОЖДЕСТВИЛИ» ПРИНАДЛЕЖИТ:
98. психоанализу;
99. гештальт-терапии;
100. телесно-ориентированной терапии;
101. психосинтезу;
102. клиент-центрированной психотерапии.
103. СУБЛИЧНОСТЬ – ЭТО:
104. относительно независимая подструктура личности, соотносимая с одной из ролей, которую играет человек (сын, мать, учитель, друг и др.);
105. другое название личностных особенностей, желаний, стремлений и привычек;
106. симптом нарушения сознания;
107. верно все перечисленное;
108. верно 1 и 2.
109. СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПСИХОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЕНЫ В ЭТОЙ РУБРИКЕ МКБ-10:
110. F20-F29;
111. F45;
112. F50-F59;
113. F44;
114. верно все, кроме 1.
115. К КЛАССИЧЕСКИМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ («HOLY SEVEN» — «СВЯТАЯ СЕМЕРКА») ОТНОСЯТСЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:
116. нейродермита;
117. сахарного диабета 1 типа;
118. ревматоидного артрита;
119. язвенной болезни;
120. бронхиальной астмы.

**ВАРИАНТ № 3**

1. К СОМАТОФОРМНЫМ НАРУШЕНИЯМ (F45) ОТНОСИТСЯ:
	1. хроническое болевое соматоформное расстройство;
	2. ипохондрическое расстройство;
	3. соматизированное расстройство;
	4. соматоформная вегетативная дисфункция;
	5. верно все перечисленное.
2. ДЛЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:
3. склонность к блокированию эмоциональных переживаний;
4. соревновательность, склонность к соперничеству и признанию;
5. низкий уровень осознавания актуальных эмоций и потребностей;
6. инфантилизм, зависимость, потребность в формировании симбиотических отношений;
7. тенденция к избеганию конфликтных ситуаций, формирующая почву для того, чтобы сам симптом закрепился как средство решения конфликта.
8. ДЛЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИСТУПЫ МОГУТ СЛУЖИТЬ ДОСТИЖЕНИЮ ЭТОЙ ЦЕЛИ:
9. смягчить нереалистичных требований к себе;
10. занять исключительное положение;
11. уйти от необходимости выбора;
12. разрядить конфликтную обстановку в семье;
13. все ответы верны.
14. При истероподобном механизме патогенеза бронхиальной астмы больные отличаются:
15. непосильными, завышенными требованиями к себе и тягостным сознанием своей несостоятельности;
16. повышенными требованиями к окружающим и сниженными к себе;
17. защитным манипулированием лицами значимого окружения;
18. верно все перечисленное;
19. верно 2 и 3.
20. Отличительной чертой пациентов с психастеноподобным вариантом патогенеза бронхиальной астмы является:
21. низкая способность к самостоятельным решениям;
22. несформированность собственной ценностной системы;
23. тенденция перекладывать ответственность за себя и за то, что с ними происходит в жизни, на окружающих;
24. верно все перечисленное;
25. верно 1 и 2.
26. В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ПЕРВООЧЕРЕДНАЯ ЦЕЛЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА:
	1. в предоставлении пациенту сведений о том, какими психологическими проблемами, вероятнее всего, обусловлены симптомы его болезни;
	2. в нахождении связей во времени между началом соматических нарушений и анамнестически достоверными жизненно важными изменениями;
	3. в том, чтобы сформировать у пациента уверенность в психогенной природе его жалоб;
	4. в получении информации об особенностях психосексуального развития пациента;
	5. все ответы верны.
27. К НАИМЕНЕЕ ЗРЕЛЫМ МЕХАНИЗМАМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПРИНЯТО ОТНОСИТЬ:
28. сублимацию и рационализацию;
29. отрицание и сублимацию;
30. отрицание и регрессию;
31. отрицание и рационализацию;
32. регрессию и рационализацию.
33. К НАИБОЛЕЕ ЗРЕЛЫМ МЕХАНИЗМАМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПРИНЯТО ОТНОСИТЬ:
34. сублимацию и рационализацию;
35. отрицание и сублимацию;
36. отрицание и регрессию;
37. отрицание и рационализацию;
38. регрессию и рационализацию.
39. УСТОЙЧИВОСТЬ ПСИХИКИ ИНДИВИДА К ВОЗДЕЙСТВИЮ ТЯЖЕЛЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СТИМУЛОВ, СПОСОБНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИ, ЭМОЦИОНАЛЬНО ПЕРЕНОСИТЬ ЖИЗНЕННЫЕ ТРУДНОСТИ БЕЗ СРЫВОВ И ПСИХИЧЕСКИХ СДВИГОВ – ЭТО:
40. ситуативная тревожность;
41. фрустрационная толерантность;
42. алекситимия;
43. личностная тревожность;
44. соматогения.
45. В КАКОМ ПУНКТЕ ВЕРНО УКАЗАНО ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ ТЕСТА РОЗЕНЦВЕЙГА:
46. изучение особенностей социально-психологической адаптации и связанных с этим черт личности;
47. исследование реакций на неудачу и способов выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей личности;
48. исследование ситуативной и личностной тревожности;
49. выявление уровня агрессивности респондентов;
50. самооценка уровня депрессии.
51. КАКОЙ ИЗ ПУНКТОВ СОДЕРЖИТ ВЕРНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФРУ­СТРАЦИИ (А) И ФРУСТРАЦИОННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ (Б):
52. а — вызванное стрессом состояние, б — сила стресса, превышение которой вызы­вает эту реакцию;
53. а — вариант депрессивного реагирования, б — порог тяжести депрессии, за которым воз­никают суицидные тенденции;
54. а — состояние, возникающее при объективном или субъективном блокировании достижения актуальной цели, б — способность переносить фрустрацию без психобиологической дезадаптации;
55. а — патологический способ реагирования на жизненные трудности, б — сфера потенциальных стрессовых ситуаций, не вызывающих фрустрации;
56. а — состояние характеризующееся субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью, б — устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие.
57. ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕНИЯ ЦВЕТОВОГО ТЕСТА ОТНОШЕНИЙ (ЦТО) ПРЕДПОЛАГАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТИМУЛЬНОГО МАТЕРИАЛА ЭТОЙ МЕТОДИКИ:
58. тест Розенцвейга;
59. тест Люшера;
60. таблицы Шульте;
61. ТАТ;
62. Hand-тест.
63. МЕТОДИКА САКСА-СИДНЕЯ ОТНОСИТСЯ К КАТЕГОРИИ:
64. личностных опросников;
65. проективных тестов;
66. тестов интеллекта;
67. тестов на профессиональную пригодность;
68. рисуночных тестов.
69. ПЕРВЫМ НАУЧНО ОБОСНОВАННЫМ МЕТОДОМ ПСИХОТЕРАПИИ, ИСПОЛЬЗОВАВШИМСЯ В КЛИНИКЕ, БЫЛ:
70. гипноз;
71. аутогенная тренировка;
72. психоанализ;
73. групповая психотерапия;
74. поведенческая психотерапия.
75. Показанием к применению гипнотерапии больных бронхиальной астмой является:
76. отсутствие острых инфекционных процессов в органах дыхания;
77. достаточная внушаемость и гипнабельность больного, а также желание лечиться гипнозом;
78. отчетливый психический компонент в патогенезе и течении заболевания;
79. наличие у больного условно-рефлекторного механизма возникновения повторных приступов (зависимость приступов от психоэмоциональных воздействий, времени суток, определенной обстановки и др.);
80. все ответы верны.
81. К ОСОБЕННОСТЯМ ГИПНОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ОТНОСЯТСЯ (ПО БУЛЮ):
82. больному следует внушать, что волнения, тревоги, обиды и огорчения не будут больше оказывать отрицательного влияния на его дыхательную функцию;
83. следует обращать внимание больше на то, как свободно и легко стал он дышать и внушать, что с каждым днем, с каждым последующим сеансом астматические приступы будут слабеть, будут возникать все реже, пока не исчезнут совершенно;
84. лечебные внушения должны отвечать содержанием своим не жалобам больного, а только данным объективного исследования;
85. следует в гипнозе внушать запахи, ранее провоцировавшие астматические приступы;
86. правильно 1 и 2.
87. К ПРИЕМАМ ПРОРАБОТКИ МЫШЕЧНОГО ПАНЦИРЯ И СНЯТИЯ ЗАСТОЙНОГО НАПРЯЖЕНИЯ МЫШЦ ПО В. РАЙХУ ОТНОСИТСЯ:
	1. глубокий массаж;
	2. глубокое дыхание;
	3. активные движения, производимые с усилием (например, удары ногами или руками по терапевтической кушетке);
	4. длительное сохранение вынужденного неудобного положения тела;
	5. верно все перечисленное.
88. НА ВТОРОМ ЭТАПЕ ОСВОЕНИЯ ТЕХНИКИ ПРОГРЕССИВНОЙ МЫШЕЧНОЙ РЕЛАКСАЦИИ ПО ДЖЕКОБСОНУ ПРОИСХОДИТ:
89. обучение навыкам релаксации поперечно-полосатых мышц в состоянии покоя;
90. обучение навыкам релаксации мышц, не вовлеченных в данный момент в работу, при ходьбе, чтении и других видах деятельности;
91. обучение навыкам релаксации локальных мышечных напряжений, сопровождающих отрицательные эмоции или симптомы болезни;
92. восстановление естественной грации и свободы движений;
93. верно все перечисленное.
94. КАКОЕ ИЗ ЭТИХ ПОЛОЖЕНИЙ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЕ К ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКОМУ ПОДХОДУ:
95. патология возникает из-за вытесненных в детском возрасте конфликтов;
96. акцентируется позитивная природа человека — свойственное ему врожденное стремление к самореализации;
97. основное внимание уделяется способности человека познавать свой внутренний мир, свободно выбирать свою судьбу, ответственности и поиску уникального смысла в бессмысленном мире;
98. жизненные проблемы возникают из-за ошибочных убеждений;
99. верно 2 и 3.
100. К ТЕХНИКАМ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ:
101. дневник мыслей;
102. формулирование рациональных утверждений;
103. циркулярное интервью;
104. верно все перечисленное;
105. верно 1 и 2.

**ВАРИАНТ № 4**

1. ФРАЗА «Я ВИЖУ В ВАШИХ СЛОВАХ ИСТИНУ» СООТВЕТСТВУЕТ ЭТОЙ РЕПРЕЗЕНТАТИВНОЙ СИСТЕМЕ:
2. аудиальная;
3. визуальная;
4. дискретная;
5. кинестетическая;
6. ольфакторная.
7. ПРИ УСТАНОВКЕ ЯКОРЯ В НЛП НЕОБХОДИМО СОБЛЮДАТЬ ЭТО ПРАВИЛО:
8. «Якорь ставится незадолго до пика переживания. В момент пика его нужно постепенно убирать»;
9. «При установке якоря нужно выбирать уникальный стимул, т. е. стимул, не использующийся в повседневной жизни часто»;
10. «Следует воспроизводить якорь чрезвычайно точно»;
11. верно все перечисленное;
12. верно 1 и 3.
13. ЦИРКУЛЯРНОЕ ИНТЕРВЬЮ – ЭТО … :
14. одна из техник системной семейной психотерапии;
15. особая техника постановки вопросов и организации беседы, делающая акцент на обнаружении различий между членами семьи;
16. техника, которая заключается в том, что психолог по очереди задает членам семьи особым образом сформулированные вопросы или один и тот же вопрос;
17. верно все перечисленное;
18. верно 1 и 3.
19. КЛАССИЧЕСКИЕ ПСИХОСОМАТОЗЫ, ТАКИЕ КАК АСТМА, ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА ИЛИ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА КОДИРУЮТСЯ ПРИ ПОМОЩИ ЭТОЙ РУБРИКИ МКБ-10:
20. F54;
21. F45;
22. F51;
23. F44;
24. F50.
25. КРАТКОВРЕМЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА (УЧАЩЕНИЕ ПУЛЬСА, ПОКРАСНЕНИЕ ИЛИ БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И ДР.), ОБУСЛОВЛЕННЫЕ РАЗНОГО РОДА ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ ПЕРЕЖИВАНИЯМИ – ЭТО:
26. соматоформные расстройства;
27. психосоматозы;
28. психосоматические реакции;
29. вегетативные неврозы;
30. органные неврозы.
31. НЕВРОТИЧЕСКОЕ ЧУВСТВО НЕХВАТКИ ВОЗДУХА В ОТЛИЧИЕ ОТ СОМАТИЧЕСКОГО (ПО КАРВАСАРСКОМУ):
32. проходит во время сна;
33. проходит при отвлечении внимания;
34. проходит при волнении;
35. проходит при физической нагрузке;
36. правильно «1» и «2».
37. ПРИЗНАКАМИ ДИССОЦИАТИВНОГО РАССТРОЙСТВА (F44) ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:
38. наличие временной связи с травмирующими событиями, неразрешимыми и невыносимыми проблемами или нарушенными взаимоотношениями;
39. прогрессирующая амнезия;
40. отсутствие явных физических или неврологических нарушений;
41. потеря памяти на прошлые события, чувствительности или способности управлять движениями тела;
42. нет неправильного ответа.
43. НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ, НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ, ПСИХОГЕННОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ, ПСИХОГЕННАЯ РВОТА И ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА СНА РАССМАТРИВАЮТСЯ В ЭТОЙ РУБРИКЕ МКБ-10:
44. поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-F59);
45. невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48);
46. расстройства настроения (аффективные расстройства) (F30-F39);
47. органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09);
48. верно все перечисленное.
49. ПРИЗНАКАМИ СОМАТИЗИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ ЯВЛЯЮТСЯ:
50. многочисленные разнообразные соматовегетативные жалобы, которые не могут быть объяснены каким-либо органическим неврологическим или соматическим заболеванием;
51. снижение интересов или утрата чувства удовольствия;
52. суточные колебания самочувствия – ухудшение состояния в ночное и предрассветное время и улучшение во второй половине дня;
53. значимые стрессовые события, которые предшествовали появлению основных жалоб больного;
54. верно все перечисленное.
55. ПРИ ИПОХОНДРИИ:
	1. пациент уверен в наличии у него тяжелой болезни, хотя результаты клинического обследования это опровергают;
	2. убежденность пациента в том, что он болен, носит бредовой характер;
	3. нормальные физиологические ощущения (н-р учащение дыхания и пульса при физической нагрузке) расцениваются как симптомы болезни;
	4. наблюдаются тревожное и депрессивное настроение;
	5. верно все, кроме 2.
56. ИПОХОНДРИЯ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК НОРМАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА БОЛЕЗНЬ ПРИ ЭТОМ УСЛОВИИ:
57. в прошлом человек перенес тяжелое, угрожающее жизни заболевание (рак, туберкулез);
58. высокий уровень алекситимии;
59. со времени выздоровления прошло не более 6 месяцев;
60. верно все перечисленное;
61. верно 1 и 3.
62. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ИПОХОНДРИИ, КРОМЕ СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ:
63. панические атаки;
64. умственную отсталость;
65. депрессию;
66. шизофрению;
67. верно все, кроме 2.
68. В КАКОМ ИЗ ПРИВОДИМЫХ СЛУЧАЕВ ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНК­ЦИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖЕТ БЫТЬ ОСОБЕННО ПОЛЕЗ­НЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:
69. стойкие нарушения сна;
70. расстройства адаптации;
71. фобические расстройства;
72. депрессии;
73. шизофрении.
74. К ВЕГЕТОДИСТОНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРИ СОМАТОМОРФНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ОТНОСЯТ:
75. головокружения, головные боли;
76. сердцебиение, одышка, обмороки;
77. повторяющиеся боли в животе;
78. все названное;
79. верно все, кроме «3».
80. СТРУКТУРА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПО В.В. НИКОЛАЕВОЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВСЕ УРОВНИ, **КРОМЕ**:
81. интеллектуальный (когнитивный);
82. эмоциональный (аффективный);
83. психодинамический;
84. мотивационный (поведенческий);
85. чувственный.
86. В СТРУКТУРЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ИЗМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ И ОБРАЗА ЖИЗНИ В УСЛОВИЯХ БОЛЕЗНИ, А ТАКЖЕ ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ВОЗВРАЩЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ – ЭТО:
87. чувственный уровень;
88. мотивационный уровень;
89. интеллектуальный уровень;
90. психодинамический уровень;
91. эмоциональный уровень.
92. ЯТРОГЕНИИ (ИАТРОГЕНИИ) – ЭТО:
93. кратковременное психическое расстройство, вызванное соматической патологией;
94. трансформация эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные и вегетативные эквиваленты;
95. изменения здоровья пациента к худшему, вызванные неосторожным действием или словом врача;
96. соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями другой психической патологии;
97. кратковременные приходящие состояния, проявляющиеся в напряженных жизненных ситуациях (сердцебиение, потеря аппетита).
98. ОДНА ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ФОРМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВА­НИЯ В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ, ПРИ КОТОРОЙ ПАЦИЕНТ, ОТДАВАЯ СЕБЕ ОТЧЕТ В ТОМ, ЧТО ОН БОЛЕН, СОЗНАТЕЛЬНО СКРЫВАЕТ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ, ЭТО:
99. аггравация;
100. анозогнозия;
101. диссимуляция;
102. реакция «ухода в болезнь»;
103. симуляция.
104. ПРИ КАКОЙ ИЗ ФОРМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ПАЦИЕНТЫ СТАРАЮТСЯ ПРЕДСТАВИТЬ (ЧАСТО ПРЕДНАМЕРЕННО) РЕАЛЬНО СУ­ЩЕСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ БОЛЕЗНЕННОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ И ОПАСНЫМ, ЧЕМ ЭТО ЕСТЬ НА САМОМ ДЕЛЕ:
105. симуляция;
106. аггравация;
107. анозогнозия;
108. диссимуляция;
109. реакция «ухода в болезнь».
110. НЕОСОЗНАВАНИЕ БОЛЕЗНИ, ЕЕ СИМПТОМОВ, ЭТО:
	1. реакция «ухода в болезнь»;
	2. диссимуляция;
	3. симуляция;
	4. аггравация;
	5. анозогнозия.

**ВАРИАНТ № 5**

1. КАКАЯ ИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ЛИЦ С ИСТЕРОИДНЫМИ ЧЕРТАМИ ХАРАКТЕРА:
2. аггравация;
3. диссимуляция;
4. реакция «ухода в болезнь»;
5. симуляция;
6. верно 1 и 3.
7. АДАПТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА РЕДУКЦИЮ ПАТОГЕННОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ, ПРЕДОХРАНЯЯ ОТ БОЛЕЗНЕННЫХ ЧУВСТВ И ВОСПОМИНАНИЙ И ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, ЭТО:
8. психологические реакции на заболевание;
9. копинг-стратегии;
10. типы отношения к болезни;
11. механизмы психологической защиты;
12. копинг-ресурсы.
13. МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ В ОТЛИЧИЕ ОТ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ:
14. как правило, бессознательны, то есть действуют преимущественно на неосознаваемом уровне;
15. направлены на активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей;
16. направлены на смягчение психического дискомфорта;
17. искажают, отрицают или фальсифицируют реальность;
18. верно все, кроме 2.
19. ПРЕОБЛАДАНИЕ ЭТОГО ЗАЩИТНОГО МЕХАНИЗМА МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ У ПАЦИЕНТА С ДИСФОРИЧЕСКИМ ТИПОМ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ:
20. сублимация;
21. рационализация;
22. идентификация;
23. замещение;
24. компенсация.
25. АВТОРОМ КОНЦЕПЦИИ ДВУХФАЗНОГО ВЫТЕСНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
26. З. Фрейд;
27. А. Митчерлих;
28. Ф. Данбар;
29. П. Сифнеос;
30. Г. Селье.
31. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТ КОНЦЕПЦИЮ УТРАТЫ ВЕРЫ В БУДУЩЕЕ ЭНГЕЛЯ И ШМАЛЕ:
32. в основе психосоматических заболеваний лежит неспособность адекватно переработать переживание потери объекта;
33. реальная или символическая потеря объекта может привести к отказу от веры в будущее, что в свою очередь приводит к снижению иммунитета;
34. симптомы болезни символически выражают эмоциональные переживания больного;
35. на «выбор» заболевания влияют не только психологические факторы, но и наследственная предрасположенность;
36. все ответы верны.
37. В КОНЦЕПЦИИ АЛЕКСИТИМИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАССМАТРИВАЮТСЯ КАК СЛЕДСТВИЕ:
38. нарушений в иммунной системе, которые обусловлены отказом от веры в будущее;
39. хронического дистресса;
40. накопления телесных проявлений неотреагированных, не получивших разрядки эмоций;
41. активизации противоречащих друг другу безусловных реакций, выработанных на один и тот же условный стимул;
42. верно все перечисленное.
43. Ф.АЛЕКСАНДЕР ОСОБОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СИМПТОМА ПРИДАВАЛ:
44. символическому значению конверсионных расстройств;
45. темпераменту;
46. личностной предрасположенности;
47. психодинамическому конфликту;
48. алекситимии.
49. ВТОРАЯ ФАЗА ВЫТЕСНЕНИЯ КОНФЛИКТА ПО А. МИТЧЕРЛИХУ ЭТО:
50. обострение психосоматического заболевания;
51. соматизация («соматическое защитное приспособление»);
52. применение зрелых механизмов психологической защиты;
53. тревоги;
54. сопротивления.
55. СТОРОННИКИ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ СЧИТАЮТ, ЧТО:
56. отсутствует логически понятная связь между содержанием аффективного конфликта и клиническими симптомами;
57. центральная роль в формировании психосоматической патологии принадлежит бессознательному;
58. асоциальные мысли, вытесненные в область бессознательного, проявляются в расстройствах внутренних органов;
59. освобождение от влияния бессознательного материала может быть достигнуто через его осознание;
60. верно все кроме «1».
61. ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ АНТРОПОЛОГИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ПСИХОСОМАТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
	1. Поллок;
	2. Стоквис;
	3. Витковер;
	4. Вайзеккер;
	5. Кречмер.
62. АВТОРОМ КОНЦЕПЦИИ «ПРОФИЛЯ ЛИЧНОСТИ» В ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
	1. Александер;
	2. Витковер;
	3. Данбар;
	4. Поллак;
	5. Бройтигам.
63. В ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ ФРЕЙДА АСПЕКТОМ, ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ МЕХАНИЗМОВ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ЯВЛЯЕТСЯ:
64. стремление к превосходству;
65. чувство неполноценности;
66. бессознательное;
67. самоактуализация;
68. все перечисленное.
69. СОГЛАСНО КОНЦЕПЦИИ ДВУХФАЗНОГО ВЫТЕСНЕНИЯ А.МИТЧЕРЛИХА НА ПЕРВОЙ ФАЗЕ ВЫТЕСНЕНИЯ КОНФЛИКТ ПРЕОДОЛЕВАЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ:
70. психосоматических образований;
71. незрелых психологических защит;
72. зрелых психологических защит;
73. соматизации;
74. верно «2» и «3».
75. ДЛЯ НЕВРОТИЧЕСКОГО ЛАРИНГОСПАЗМА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (ПО КАРВАСАРСКОМУ):
76. острого начала, связанного с психической травмой;
77. поперхивания слюной или пищей как повода к развитию первого приступа удушья;
78. того, что он возникает преимущественно днем, не ночью;
79. стенотического дыхания;
80. сравнительно недолгой (1-2 мин) продолжительности приступа.
81. ПРАВИЛЬНАЯ ДОКУМЕНТАЛЬНАЯ ФИКСАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРЕДПОЛАГАЕТ:
82. максимально полное и развернутое описание поведения пациента и его реакций;
83. следование стандартной схеме;
84. свободное изложение терапевтом своих наблюдений;
85. перечисление нарушений и их примеры;
86. верно «1» и «2».
87. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АСПЕКТОВ ПОВЕДЕНИЯ ТИ­ПИЧЕСКИ ПРЕДСТАВЛЕН В ХОДЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА:
88. рефлекторные реакции;
89. инстинктивные побуждения;
90. бессознательные влечения;
91. моторное поведение;
92. все ответы верны.
93. С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ, КОГДА ДЛЯ ЭТОГО ЕСТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ, ПАЦИЕНТ МОЖЕТ ПРИВЛЕКАТЬСЯ К ВЫБОРУ ТЕСТА:
94. чтобы уменьшить его сопротивление;
95. подчеркнуть его ответственность;
96. улучшить интерпретацию результатов;
97. минимизировать побочные эффекты процедуры тестирования;
98. чтобы подобрать методики наиболее соответствующие цели исследования.
99. ТЕРМИН «АРТ-ТЕРАПИЯ» ВПЕРВЫЕ ИСПОЛЬЗОВАЛ:
100. Вильгельм Райх;
101. Адриан Хилл;
102. Роберто Ассаджиоли;
103. Зигмунд Фрейд;
104. Карл Роджерс.
105. ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ В ОТЛИЧИЕ ОТ ПСИХОАНАЛИЗА:
106. опирается на представление о том, что корни проблем пациента находятся в прошлом, в его детстве;
107. помогает пациенту развить самоосознавание;
108. не предполагает тщательного исследования истории жизни клиента, интерпретации содержимого его подсознания;
109. верно все перечисленное;
110. верно 1 и 2.

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

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Направление подготовки специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина «Клиническая психология»**

ЗАЧЁТНЫЙ БИЛЕТ № 1

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

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Цели и задачи клинической психологии.
2. Типы психического дизонтогенеза.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

**Упражнение №1 «Осознавание и фокусирование»**

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | **ПК-1:** готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий ихвозникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания | **Знать** основные этапы развития клинической психологии; цели и задачи клинической психологии в здравоохранении; принципы организации психологической помощи в различных областях медицины. |  Вопросы № 1-8 |
| **Уметь** определять роль и задачи клинического психолога при оказании медицинской помощи; формулировать принципы организации работы клинического психолога в лечебных учреждениях. | Практические заданияСхемы №1-3 |
| **Владеть** квалификационными требованиями к клиническому психологу и методологическими принципами клинической психологии; навыками организации работы клинического психолога в амбулаторно-поликлинических, стационарных; реабилитационных и профилактических учреждениях здравоохранения. | Упражнения №1-4 |
| 2 | **ПК-5:** готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. | **Знать** цели, предмет и методы патопсихологии; основные понятия патопсихологии и патопсихологического исследования. |  Вопросы № 9-35 |
| **Уметь** организовать процесс патопсихологического обследования в психиатрических учреждениях; использовать результаты патопсихологических исследований для изучения расстройств психических функций и личности. | Практические заданияСхемы №1-3 |
| **Владеть** навыками клинического выявления и оценки патопсихологических симптомов, синдромов, регистров расстройств. | Упражнения №1-4 |
| 3 | **ПК-6:** готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в психотерапевтической медицинскойпомощи | **Знать** основы психологического консультирования, его основные виды, возможности применения различных техник и приёмов в консультировании; основные понятия, цели применения и основные методы психологической коррекции; теоретические и методологические основы немедицинской психотерапии, её цели, суть психотерапевтического процесса, инструменты воздействия. |  Вопросы № 36-48 |
|  |  | **Уметь** четко дифференцировать виды психологической помощи и определят предпочтительный вид помощи в каждом конкретном случае; оценивать эффективность психологического консультирования, психологической коррекции и психотерапии; знать критерии оценки эффективности процесса; сочетать процесс психологической помощи с другими лечебными методами. | Практические заданияСхемы №1-3 |
| **Владеть** коммуникативными навыками и технологией взаимодействия с больными, методиками их выслушивания, техниками психологического воздействия, методами психокоррекции эмоциональных состояний; навыками оказания неотложной психологической помощи в экстремальных ситуациях. | Упражнения №1-4 |
| 4 | **ПК-8:** готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментознойтерапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации | **Знать** основы психологического консультирования, его основные виды, возможности применения различных техник и приёмов в консультировании; основные понятия, цели применения и основные методы психологической коррекции; теоретические и методологические основы немедицинской психотерапии, её цели, суть психотерапевтического процесса, инструменты воздействия. |  Вопросы № 36-48 |
|  | **Уметь** четко дифференцировать виды психологической помощи и определят предпочтительный вид помощи в каждом конкретном случае; оценивать эффективность психологического консультирования, психологической коррекции и психотерапии; знать критерии оценки эффективности процесса; сочетать процесс психологической помощи с другими лечебными методами. | Практические заданияСхемы №1-3 |
|  | **Владеть** коммуникативными навыками и технологией взаимодействия с больными, методиками их выслушивания, техниками психологического воздействия, методами психокоррекции эмоциональных состояний; навыками оказания неотложной психологической помощи в экстремальных ситуациях. | Упражнения №1-4 |

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3. [↑](#footnote-ref-3)