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 «Симуляционный курс»**

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:**

УК-1 - готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

ПК-5 - диагностическая деятельность: 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 - лечебная деятельность: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в психотерапевтической медицинской помощи.

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

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины.**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1 Тестовое обучение**

**а) Лекции не предусмотрены**

**б) Практические занятия не предусмотрены**

**в) Самостоятельная работа с тестами**

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

 защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. История возникновения и развития психотерапии за рубежом.
2. История возникновения и развития психотерапии в России.
3. Предмет психотерапии и её место в медицине.

**Тестовый контроль**

1.КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ОКАЗЫВАЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ СЛЕДУЮЩИХ ОТРАСЛЕЙ МЕДИЦИНЫ, КРОМЕ:

* 1. психиатрии;
	2. травматологии;
	3. неврологии;
	4. нейрохирургии;
	5. наркологии.
1. КТО ВВЕЛ В ОБРАЩЕНИЕ ТЕРМИН «ДЕОНТОЛОГИЯ»?
	1. Декарт;
	2. Спиноза;
	3. Бентам;
	4. Бубер;
	5. Сократ.
2. 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.
3. БУКВЕННУЮ КОРРЕКТУРНУЮ ПРОБУ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНИМАНИЯ ПРЕДЛОЖИЛ:
	1. Шульте;
	2. Векслер;
	3. Бурдон;
	4. Бине;
	5. Айзенк.

5.К ОСНОВНЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ БЛОКАМ (АППАРАТАМ) МОЗГА, УЧАСТИЕ КОТОРЫХ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЛЮБОГО ВИДА ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ОТНОСЯТСЯ (А.Р.ЛУРИЯ, 1973)

1. блок, обеспечивающий регуляцию тонуса и бодрствования
2. блок, обеспечивающий витальные функции организма и блок интегриро-

вания и абстрактного мышления

1. блок получения, переработки и хранения информации, поступающей из

внешнего мира

1. блок программирования, регуляции и контроля психической деятельности

6.АППАРАТЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ И РЕГУЛИРУЮЩИЕ ТОНУС КОРЫ, НАХОДЯТСЯ (А.Р.ЛУРИЯ, 1973)

1. в стволовых отделах мозга
2. в подкорковых отделах мозга
3. в зрительных буграх и хвостатом теле
4. в гипоталамусе
5. во всех перечисленных структурах

6.РЕТИКУЛЯРНАЯ ФОРМАЦИЯ ПОСТРОЕНА (А.Р.ЛУРИЯ, 1973)

1. по типу нервной сети, в которую вкраплены тела нервных клеток, соединяющиеся друг с другом короткими отростками
2. таким образом, что волокнами своими доходит до древней и новой коры
3. так, что составляет единую вертикально расположенную функциональную систему, единый саморегулирующий аппарат
4. по принципу "рефлекторного круга", который регулирует тонус коры и сам регулируется корой головного мозга
5. все перечисленное правильно

7.ЛОБНЫЕ ДОЛИ ЧЕЛОВЕКА НЕПОСРЕДСТВЕННО НЕ УЧАСТВУЮТ (А.Р.ЛУРИЯ, 1973)

1. в экстренном повышении состояния активности, сопровождающем всякую сознательную деятельность
2. в приеме и хранении экстероцептивной информации
3. в сложнейших формах программирования
4. в регуляции сознательной деятельности человека

8.НА КАЖДОМ ШАГУ ФАКТЫ НАПОМИНАЮТ НАМ О ТОМ, ЧТО

1. мы властвуем над природой так, как завоеватель властвует над чужим
2. народом мы не властвуем над природой так, как кто-либо находящийся вне природы; мы едины с природой и потому бессмысленно и противоестественно представление о какой-то противоположности между духом и материей, душой и телом
3. мы планомерно познаем могучую духовную силу, движущую материей
4. наше сознание есть частица, искра вечного, бесконечного, изначального духа
5. все перечисленное

9. ЧЕЛОВЕЧЕСКАЯ РЕЧЬ ВОЗНИКЛА ПОТОМУ, ЧТО (Ф.ЭНГЕЛЬС)

1. люди были общественными животными
2. у человека была, в отличие от животных, способность к планомерным, преднамеренным действиям
3. формировавшиеся люди пришли к тому, что у них появилась потребность что-то сказать друг другу, подобно тому, как и домашнее животное нередко испытывает такую потребность
4. она пробудилась, открылась в человеке, разбуженная мощным духовным влиянием извне что отвечало дарвиновскому закону соотношения роста

10. СТРЕСС (ПО Г.СЕЛЬЕ) - ЭТО

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

11. В МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЯХ СУЩЕСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ТАКТИКИ (Г.СЕЛЬЕ)

1. синтоксическая
2. при которой игнорируется враг и делается попытка сосуществовать с
3. ним, не нападая
4. бегство или уход от врага без попыток сосуществовать с ним или уничтожить его, ведущая к бою
5. кататоксическая
6. все перечисленное

12. ФАЗАМИ ОБЩЕГО АДАПТАЦИОННОГО СИНДРОМА НЕ ЯВЛЯЮТСЯ (Г.СЕЛЬЕ)

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

13.КОНЕЧНАЯ ЦЕЛЬ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА СОСТОИТ В ТОМ, ЧТОБЫ (Г.СЕЛЬЕ)

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

14.ПРИНЦИП ДОПОЛНИТЕЛЬНОСТИ НИЛЬСА БОРА ВЫРАЖАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО (И.М.ФЕЙГЕНБЕРГ, 1986)

1. различные результаты, полученные различными способами наблюдения,рассматриваются не как противоречивые, а как дополняющие друг друга
2. одно наблюдение дает один результат, другое - иной, и в этом состоит истина
3. в) в психологии сплошь и рядом невозможно отделить наблюдаемое явление от наблюдателя, невозможно однозначно провести границу между ними
4. пациентка в гипнотическом состоянии не видит стульев в кабинете врача и в то же время не наталкивается на них (то есть видит их)
5. все перечисленное

15.ОСОБЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО (М.Е.БУРНО,1989)

1. истинной, подлинной психотерапией считается лечение внушением, гипнозом, разъяснением и убеждением
2. это лечение довольно тяжелых больных в клинике или врачебной амбулатории (в отличие от психокоррекции)
3. психотерапевт с глубоким доверием, вниманием исследует, как лечит сама природа, помогая ей защищаться совершеннее; будучи клиницистом, сообразует свое психотерапевтическое воздействие с клинической картиной
4. для клинического психотерапевта имеет смысл вопрос, какой психотерапевтический метод сильнее, лучше вообще
5. правильно в) и г)

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больной С., 42 лет, вырос в семье, где лавной задачей в жизни считали достижение личного успеха, «положения в обществе». Хотя у больного были ограниченные способности и учеба давалась с определенным трудом, из-за требований родителей он всячески стремился превзойти в учебе своих товарищей, затрачивал на это массу усилий. После окончания школы поступил в институт, опять-таки по желанию родителей. Занятия в институте требовали еще больших усилий для выполнения даже обычных заданий. Много занимался, нередко в ночное время. Окончив институт, поступил работать на завод сменным инженером. Как только освободилась должность начальника цеха, начал ее активно добиваться, несмотря на то, что профиль цеха не соответствовал полученной им в институте специальности и не вызывал особого интереса. К тому же он не имел достаточного организаторского опыта. Естественно, поэтому, став начальником цеха, он столкнулся с большими трудностями. Коллектив перестал выполнять производственные задания, что вызывало справедливые нарекания и критику со стороны администрации и товарищей по работе. Пытаясь сохранить личный престиж, компенсировал недостаток опыта и знаний резкой интенсификацией своей деятельности. Хотя работа по-прежнему не ладилась, он не смог признаться себе в том, что сам виновен в возникшей ситуации и не в состоянии справиться со своими новыми обязанностями. Именно в этот период у него и появились головные боли, бессонница, раздражительность, быстрая утомляемость, резко снизилась работоспособность, из-за чего он и поступил в отделение неврозов.

Вопрос: назовите основной метод лечения: 1. Транквилизаторы 2. Психотерапия 3. Нейролептики 4. Антидепрессанты 5. Ноотропы.

Ответ: 2

**Задача № 2**

Больной Х., 30 лет. Рос и развивался удовлетворительно, но родители постоянно интересовались состоянием его здоровья и при малейшем недомогании укладывали в постель, поэтому он еще с детских лет привык прислушиваться даже к незначительным изменениям своего физического состояния, самочувствия, отличался непереносимостью любой боли и даже просто легкого недомогания. Взрослые постоянно потакали всем его капризам и старались ни в чем не отказывать. С детских лет обучался музыке и при этом считался будущим музыкальным гением. После окончания школы он с успехом закончил консерваторию, стал пианистом и выступал с сольными концертами. Однако к 30 годам обнаружилось, что хотя он и способный музыкант, но далеко не оправдал ожиданий семьи и друзей, ожиданий, в которые верил сам. В этот период перенес ангину с высокой температурой, почувствовал болезненные ощущения в области сердца и длительное время находился на больничном листе. В связи с тем, что боли не прекращались, поступил в больницу. После тщательного обследования в больнице боли квалифицировались как невротические. После выписки боли в сердце продолжались и заставили его прекратить «напряженную» концертную деятельность, так как, по мнению родных, «тяжелая болезнь сердца мешает его карьере выдающегося пианиста». К моменту поступления в отделение неврозов отмечались частые приступы болей в области сердца, сопровождавшиеся страхом смерти. Больной постепенно исключил из своей жизни все то, что, по его представлениям, могло неблагоприятным образом отразиться на деятельности сердца.

Вопрос: какое лечение не показано больному: 1. Психотерапия 2. Транквилизаторы 3. Антидепрессанты 4. Нормотимики 5. Нитраты.

Ответ: 5

**Модуль 2 Интерактивное обучение**

**Тема 1** Принципы, формы и методы интерактивного обучения

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

 защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Принципы интерактивного обучения в психотерапии.
2. Методы интерактивного обучения в психотерапии.
3. Формы интерактивного обучения в психиатрии, наркологии и психотерапии.

**Тестовый контроль**

 1.СУЩЕСТВО ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПО В.Е.РОЖНОВУ СОСТОИТ

1. в шоковом, остро-массивном эмоциональном воздействии на психику пациента
2. в стремлении смягчить изначальный антагонизм сознания и бессознательного
3. в стремлении пробудить в пациенте возвышающие личность интересы, увлеченность и противопоставить их болезненному расстройству, в том, что производится активное лечебное вмешательство, заставляющее пациента на предельно высоком эмоциональном уровне пересмотреть, изменить отношение к себе, своему болезненному расстройству, среде
4. правильно а) и б)

2. К ОСНОВНЫМ ОБЩИМ ФАКТОРАМ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ, БЕЗ ЗНАНИЯ КОТОРЫХ ЕДВА ЛИ ВОЗМОЖЕН ПРАВИЛЬНЫЙ УЧЕТ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ,

ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (Б.Д.КАРВАСАРСКИЙ, 1985)

1. оперативной модификации поведения больного за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с психотерапевтом
2. приобретения социальных навыков на модели психотерапевта
3. убеждения и внушения, явного или скрытого
4. характерологической совместимости психотерапевта с пациентом (подобие, созвучие в каких-то гранях их характерологических радикалов) и бескорыстной доброты психотерапевта

3. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРЕДПОСЫЛКАМИ ШИРОКОГО И ЭФФЕКТИВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ (Б.Д.КАРВАСАРСКИЙ, 1985)

1. постоянное соотнесение структуры, формы психотерапевтического воздействия с клинической картиной, особенностями личностной почвы пациента
2. клиническое мироощущение и диалектико-материалистическое движение мысли психотерапевта
3. прямое использование психотерапии в большом круге заболеваний, в этиопатогенезе которых психическому фактору принадлежит определяющая или весьма существенная роль
4. лечебно-профилактическое значение психотерапии с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни, их последствия, влияния специфических расстройств на психологическое функционирование индивида, его поведение и прочее
5. правильно в) и г)

4. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ, БИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В КЛИНИКЕ НЕВРОЗОВ И ПСИХОТЕРАПИИ ИНСТИТУТА БЕХТЕРЕВА, УБЕЖДАЕТ В ТОМ, ЧТО (Б.Д.КАРВАСАРСКИЙ, 1985)

1. имеется отчетливая зависимость между степенью выраженности q-ритма на ЭЭГ, интенсивностью КГР и ЭЭГ-реакцией на эмоционально значимые слова, повышением содержания адреналина и норадреналина, а также высокими показателями клинических субшкал активности, раздражительности, концентрации внимания и тревожности
2. благотворные изменения, происходящие с невротиком, обнаруживаются в обмене холестерина
3. лечебный сдвиг регистрируется только на вегетосоматическом уровне
4. у больных неврозами обнаруживается определенные изменения в системе эндорфинов, энкефалинов
5. правильно а) и б)

5. КОНЦЕПЦИЯ ОТКРЫТОЙ ВСТРЕЧИ УИЛЬЯМА ШУТЦА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ТОМ, ЧТО (К.РУДЕСТАМ)

1. эмоциональные конфликты выражаются через мышечное напряжение в различных областях тела; любое психологическое воздействие, игнорирующее телесные ощущения, будет неполным
2. необходимо открыть свой "багаж" представлений о сексуальности всем в группе
3. необходимо добросовестно и безоговорочно сдерживать свои эротические порывы к членам группы
4. необходимо осознать, как по-разному воспринимают мир люди различных личностных складов, мужчины и женщины, дети и взрослые

6. ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПОНЯТИЯ ГРУППЫ ВСТРЕЧ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (К.РУДЕСТАМ)

1. самораскрытия
2. художественного импровизированного творчества
3. внимания к чувствам
4. осознания самого себя и своего физического "Я"
5. ответственности

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больная Ф., 40 лет, инвалид. При поступлении жалобы на головную боль, головокружение, тошноту и рвоту после приема пищи, невозможность ходить, стоять, судорожные подергивания мышц туловища и верхних конечностей, раздражительность, плохой сон. Мать умерла рано. Мачеха не любила детей мужа. Больная с детских лет отличалась самостоятельностью, упрямством, старалась делать все на зло мачехе. После смерти отца воспитывалась в детском доме, где после конфликтов с воспитателем несколько раз теряла зрение. Вышла замуж, родила ребенка. С мужем разошлась («не сошлись характером»). Вышла замуж, имеет от 2 брака ребенка 8 лет. Работала буфетчицей. Заболевание началось в 37 лет на фоне семейных неурядиц, конфликтных отношений с мужем и плохого поведения дочери. Во время семейной ссоры муж ударил больную. Со слов больной была кратковременная потеря сознания, тошнота, рвота, которые не прекращались в течение 3 месяцев лечения в больнице и судебного разбирательства дела, в результате которого муж был приговорен к тюремному заключению. После выписки из больницы состояние было удовлетворительным, однако вскоре после того, как в магазине, которым заведовала больная, была обнаружена серьезная недостача, вновь возобновилась головная боль, тошнота и рвота. Во время пребывания в стационаре узнала, что мужа досрочно освободили. У больной развилась астазия-абазия, которая не прошла после долгого лечения, и она переведена на инвалидность. При поступлении: астазия-абазия, двусторонняя атрофия мышц бедер и голеней. В беседе раздражительна, вспыльчива, претенциозна. Склонна к истерическим реакциям в виде рыданий, общего дрожания, рвоты. Память и интеллект не нарушены.

Вопрос: какое обследование не показано больной: 1. Неврологическое 2. Психологическое 3. Общесоматическое 4. Электроэнцефалография (ЭЭГ) 5. Эндоскопическое.

Ответ: 5

**Вопросы для подготовки:**

1. Психодинамическое направление в психотерапии, его определение, концептуальные и теоретические характеристики
2. Особенности взаимодействия врача и пациента в различных направлениях психотерапии
3. Понятие психотерапевтического контракта
4. Вопросы профессиональной экологии при проведении психотерапии
5. Проблема принятия пациентом психогенной природы своего заболевания
6. Роль и место клинического психолога в психотерапевтическом процессе
7. Роль и место специалиста по социальной работе и других специалистов в психотерапевтическом процессе
8. Содержание понятия форма психотерапии
9. Научно-теоретические основы разделения психотерапии на индивидуальную, семейную (супружескую), групповую психотерапия и психотерапевтическую среду
10. Индивидуальная психотерапия
11. Понятие семейной психотерапии

**Модуль 3 Обучение на основе стандартных подходов**

**Тема 1** «*Проблема нормативных актов, правовой основы и стандартов в психотерапии. Проблемно-стандартное обучение в психотерапии.*

*Работа по оказанию «стандартным» больным ПТ с использованием стандартных подходов, методов, технологий, требований*»

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

 защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Нормативные акты и правовые основы в работе психотерапевта.
2. Нормативные акты и правовые основы в работе клинического психолога.
3. Психотерапевтический диагноз и стандарты в психотерапии.

**Тестовый контроль**

1.В ОСНОВЕ СЛОЖИВШИХСЯ В НАШЕЙ СТРАНЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ НАПРАВЛЕНИЙ ЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ (Б.Д.КАРВАСАРСКИЙ, 1985)

1. диалектико-материалистическое учение о болезни
2. физиология высшей нервной деятельности и достижения современной нейрофизиологии
3. материалистическая психология и социология
4. педагогика
5. все перечисленное

2.ОСОБОГО ВНИМАНИЯ ЗАСЛУЖИВАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ (Б.Д.КАРВАСАРСКИЙ, 1985)

1. психоанализ и клиническая психотерапия
2. личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, методы преимущественно симптоматической психотерапии
3. эмоционально-стрессовая психотерапия
4. правильно б) и в)

3.СТРАДАЮЩИЙ НАВЯЗЧИВЫМ СОСТОЯНИЕМ НЕВРОТИК ОБЫЧНО ИСХОДНО ОТЛИЧАЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (З.ФРЕЙД)

1. весьма энергичного характера
2. упрямства
3. несложного и недалекого ума, детского легкомыслия
4. чрезмерной совестливости

4.СМЫСЛ СИМПТОМА ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (З.ФРЕЙД)

1. откуда он берется
2. как выражает собой защитно-приспособительные силы природы и каков по своему происхождению - процессуальный или невротический
3. куда или к чему ведет
4. впечатления и переживания, от которых он исходит

5.ЦЕЛЬ НАВЯЗЧИВОГО СИМПТОМА ЗАВИСИТ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ОТ (З.ФРЕЙД)

1. образованности пациента
2. нозологической окраски
3. религиозности пациента
4. бессознательного
5. осознанного сексуального голода

6. ВЫТЕСНЕННЫЕ ДУШЕВНЫЕ ДВИЖЕНИЯ - ЭТО ДУШЕВНЫЕ ДВИЖЕНИЯ (З.ФРЕЙД)

1. не способные никогда проникнуть в сознание и не пытавшиеся это делать
2. не допущенные стражем из бессознательного в предсознательное
3. стеснительного человека, осознающего свою стеснительность как нравственно-этическое, благородное свойство души
4. которые страж пропустил через порог, но они все равно не осознаются
5. в которых ясно видится аффективно-аккумулятивная пропорция

7.ИЗ НИЖЕСЛЕДУЮЩИХ ПОНЯТИЙ ПОНИМАНИЯ ДУШЕВНОЙ ЖИЗНИ БОЛЕЕ ОПРАВДАННЫ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ (З.ФРЕЙД)

1. подсознательного и внутрисознательного
2. бессознательного
3. предсознательного
4. сознательного

8.ОСТАТКИ ДНЕВНЫХ ВПЕЧАТЛЕНИЙ, В КОТОРЫХ МЫ УЗНАЕМ ПОБУДИТЕЛЕЙ СНОВИДЕНИЯ, ЭТО (З.ФРЕЙД)

1. скрытое сновидение
2. вытесненные желания
3. смещение и сгущение
4. явное сновидение
5. ничего из перечисленного

9. СИМПТОМ - ЭТО (З.ФРЕЙД)

1. вытеснение
2. заместитель чего-то, чему помешало вытеснение
3. сопротивление
4. проявление скрытых свойств характера
5. околосознательное

10.СОПРОТИВЛЕНИЕ ИСХОДИТ ИЗ (З.ФРЕЙД)

1. бессознательных глубинных агрессивных переживаний
2. сил "Я", известных и скрытых свойств характера
3. сексуальной энергии
4. вытеснения

11.ЦЕЛЬЮ НЕВРОТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (З.ФРЕЙД)

1. уйти в навязчивости, истерические конверсивные расстройства и другое невротическое от неспособности сознательно, разумно-человечески решить определенную конфликтную ситуацию
2. сексуальное удовлетворение невротиков
3. заменить, заместить собой то сексуальное удовлетворение, которого невротики лишены в жизни
4. сопротивление вытеснено
5. удовлетворение сексуальных желаний

12. СУЩЕСТВО ЭДИПОВА КОМПЛЕКСА СОСТОИТ (З.ФРЕЙД)

1. в агрессивности малыша к матери
2. в сексуальном равнодушии малыша к детям противоположного пола
3. в нежной бессознательной тяге к отцу как к защитнику
4. в садистском отношении к маленьким животным
5. ни в одном из перечисленных

13. РЕГРЕССИЯ - ЭТО (З.ФРЕЙД)

1. вытеснение либидо
2. процесс, благодаря которому психический акт, способный быть осознанным, делается бессознательным, перемещаясь в систему бессознательного
3. процесс, благодаря которому бессознательный психический акт не допускается в ближайшую предсознательную систему
4. чисто психический процесс возврата сексуальности к архаическим основам
5. возврат либидо на более ранние степени его развития

14.ПРИ НЕВРОЗЕ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ (З.ФРЕЙД)

1. маскировка любовного импульса под садистский
2. регрессия либидо без вытеснения
3. неосознанное сексуальное извращение
4. оральное эротическое напряжение
5. комплекс Эдипа

15.НЕВРОТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО,КРОМЕ (З.ФРЕЙД)

1. конфликта, возникающего из-за нового вида удовлетворения либидо
2. компромисса неудовлетворенного, отвергнутого реальностью либидо и его регрессией с выходом из-под власти "Я"
3. бессознательного отступления либидо, благодаря фиксации на его пути развития (проходимом теперь регрессивно), против которых "Я" защищалось в свое время вытеснениями
4. того, что либидо добивается какого-нибудь реального, хотя уже и ненормального удовлетворения

16. ФОБИЯ - ЭТО (З.ФРЕЙД)

1. вытеснение и перевод либидо в страх, связанный с внешней опасностью; "окоп" против внешней опасности, которую представляет собой внушающее страх либидо
2. бессознательный уход в болезнь (в данном случае конкретный страх, не имеющий отношения к либидо) от сложной конфликтной ситуации
3. навязчивый, беспредметный страх, пассивно возникающий только в конкретной "фобической" ситуации и не существующий вне ее
4. свободный страх, готовый привязаться к любому более или менее подходящему содержанию представления, оказывающий влияние на суждение
5. правильно б) и в)

17. "КОМПЛЕКСЫ" - ЭТО (К.ЮНГ)

1. аффекты, заряженные тягостным переживанием своей неполноценности
2. фрагменты обостренного самолюбия, не могущего найти выхода, разрядиться, реализующиеся в агрессивные поступки или в невротические симптомы
3. психические фрагменты, выделившиеся в отдельные констелляции образов и идей в результате психических травм или каких-либо конфликтов, одновременно несовместимых друг с другом тенденций; подавленные эмоциональные содержания, которые могут вызвать постоянное душевное раздражение, а иногда даже симптомы невроза
4. постоянно сдерживаемая осознанная, ситуационно обусловленная неприязнь к кому-либо

18.АРХЕТИПЫ - ЭТО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (К.ЮНГ)

1. "архаических остатков" (З.Фрейд)
2. "первобытных образов" (К.Юнг)
3. часто наблюдаемых в снах элементов, не индивидуальных и не выводимых из личного опыта сновидца
4. некоторых вполне определенных мифологических образов и мотивов
5. проявления инстинктов в фантазиях посредством символических образов

19. "ЛИЧНОСТНОЕ БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ" - ЭТО (К.ЮНГ)

1. поверхностный слой бессознательного; бессознательное, приобретаемое из личного опыта
2. бессознательное, идентичное у всех людей
3. бессознательное, имеющее всеобщую природу
4. бессознательное, включающее в себя содержания и образы поведения, которые являются повсюду и у всех индивидов одним и тем же

20. "КОЛЛЕКТИВНОЕ БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ" - ЭТО (К.ЮНГ)

1. сверхличное бессознательное
2. врожденный глубокий слой бессознательного, приобретаемый из личного опыта
3. место скопления вытесненных содержаний
4. душевное групповое переживание, возникающее в коллективе несовместимых друг с другом людей
5. сумма индивидуальных бессознательных

21.К ОСНОВНЫМ ФОРМАМ СТИЛЕЙ РУКОВОДСТВА ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВОЙ ГРУППОЙ (ПО СЛУЦКОМУ И ЦАПКИНУ) ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

1. директивного стиля
2. имплицитно-мозаичного стиля
3. принципа партнерства
4. динамического стиля
5. отстраненной позиции

22. ФОРМАМИ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. эмпатия
2. самораскрытие
3. групповая систематическая десенситизация фобий
4. снижение эгоцентризма и чувство общности с группой
5. ни одно из перечисленных

23.ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ (АБСОЛЮТНЫМИ) К ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ (В.Е.РОЖНОВ - РЕД., 1985)

1. гиперкинезы и тики
2. писчий спазм
3. судорожные припадки
4. пароксизмы различного генеза
5. все перечисленное

24. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВЫХ ГРУПП (ПО СЛУЦКОМУ И ЦАПКИНУ) ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВСЕ НИЖЕ СЛЕДУЮЩЕЕ, КРОМЕ

1. свободно смешивать больных легкими формами душевных заболеваний с невротиками
2. быть осторожным при включении в группу астенических и психастенических психопатов
3. не допускать в группу больных с истерическими чертами характера
4. ни в коем случае не принимать в группу больных с паранояльными чертами
5. все перечисленное

25.В РАЗВИТИИ И ФУНКЦИОНИРОВАНИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГРУППЫ ОСНОВНЫМИ ФАЗАМИ (ПО КАРВАСАРСКОМУ) ЯВЛЯЮТСЯ

1. фаза напряжения и фаза аффективно заряженного поведения, негативного по отношению к психотерапевту
2. фаза с аффективно заряженным одобрением психотерапевта и благодарным желанием группы его защищать
3. фаза спонтанных анархических поступков участников группы
4. фаза релаксаций

26. ВО ВРЕМЯ ГРУППОВОЙ ДИСКУССИИ (ПО КАРВАСАРСКОМУ) ОБЫЧНО ПРОСЯТ НОВОГО ПАЦИЕНТА

1. рассказать о своих симптомах, сообщить о своем семейном положении и назвать свою профессию
2. сказать о своем отношении к групповой психотерапии
3. дать оценку нравственным особенностям психотерапевта с первого взгляда
4. искренне проанализировать при всех свое отношение к животным
5. правильно а) и б)

27.ПРИ ФОКУСИРОВАННОМ ОБСУЖДЕНИИ БИОГРАФИИ И ПРОБЛЕМ ОДНОГО ИЗ ЧЛЕНОВ ГРУППЫ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

1. психотерапевт не может задавать вопросы пациенту
2. психотерапевт не может задавать вопросы группе
3. пациенты могут выражать свою агрессивность к обсуждаемому члену группы, а отдельные члены группы могут выражать стремление "показать себя" перед психотерапевтом или группой
4. важно сфокусировать внимание всей группы в течение длительного времени (1-3 занятия) только на одном пациенте
5. правильно б) и г)

28. КЛИМАТ, АТМОСФЕРУ ГРУППОВЫХ ЗАНЯТИЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

1. вербальные средства воздействия
2. невербальные средства воздействия
3. мимика психотерапевта, его жестикуляция и интонация
4. объяснения психотерапевтом проблем пациента
5. правильно б) и в)

29.ВОЗМОЖНО ГОВОРИТЬ О СЛЕДУЮЩИХ ТИПАХ АКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТА В ГРУППЕ, КРОМЕ (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

1. структурирования хода занятий и сбора информации
2. побуждения пациентов к конфронтации и обучения сублимации
3. убеждения и переубеждения пациентов
4. все перечисленное
5. правильно а) и в)

30.В СЛУЧАЕ ДЛИТЕЛЬНОГО МОЛЧАНИЯ В ГРУППЕ ПСИХОТЕРАПЕВТУ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО (ПО КАРВАСАРСКОМУ)

1. апрерывать молчание, стимулируя группу к какой-либо определенной активности
2. делать это молчание предметом обсуждения
3. не прерывать молчание
4. использовать молчание для того, чтобы помочь пациентам понять свою ответственность за то, что происходит в группе
5. стремиться всегда к максимальному смягчению напряженности в группе

31.ЗАДАЧЕЙ ГРУППОВОГО ПСИХОТЕРАПЕВТА (ПО КАРВАСАРСКОМУ) ЯВЛЯЕТСЯ

1. недирективное ориентирование активности группы; стимулирование группы
2. постоянный контроль над соотношением сплоченности и напряженности в группе
3. являть собой образец поведения в групповой ситуации
4. способствовать усвоению пациентом навыков сотрудничества и взаимо-помощи
5. все перечисленное

32.РАЗЫГРЫВАНИЕ РОЛЕВЫХ СИТУАЦИЙ (ПО КАРВАСАРСКОМУ) ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

1. вербальной формы групповой психотерапии
2. невербальной формы групповой психотерапии
3. приема, который может выполнять функцию поведенческого тренинга
4. приема, при котором пациент может разыгрывать роль жены, с которой в конфликте, его же самого может играть психотерапевт
5. прием, при котором два пациента, стоя за спиной играющих, воспроизводят их "внутренний диалог"

33."СТЕРЕОСКОПИЧЕСКАЯ" ТЕХНИКА ЛЕЧЕНИЯ СУПРУЖЕСКИХ ПАР (ПО МЯГЕР И МИШИНОЙ) ПРЕДПОЛАГАЕТ, ЧТО

 а) каждого пациента супружеской пары ведет "свой" терапевт, проблемы же

обсуждаются вчетвером; объединение усилий врача и психолога, как наиболее

оптимальное

 б) обязательное совпадение пола психотерапевта и его пациента

 в) объединение усилий двух психотерапевтов-врачей разного пола, но

примерно одинакового возраста - как оптимальное

 г) желание пациента духовно вознаграждать психотерапевта и наоборот

34."УРОВЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ" ЧЛЕНА СЕМЬИ СВЯЗАН, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, С ПРОБЛЕМАМИ (Э.Г.ЭЙДЕМИЛЛЕР И В.В.ЮСТИЦКИЙ, 1990)

 а) интимности и изменчивости

 б) "разбросанностью" явлений в разных сферах жизни семьи в разные мо-

менты ее существования

 в) духовности

 г) типологии характеров

 д) правильно а) и б)

35.К МЕТОДИКАМ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

 а) указаний (директив)

 б) семейной дискуссии

 в) обусловленного общения

 г) психотерапевтического воздействия на семью дурным примером психотерапевта

 д) проигрывания семейных ролей

4. НЕ СЛУЧАЙНЫМ МОЖЕТ ОКАЗАТЬСЯ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКА

 а) при вдыхании его

 б) при проеме внутрь в виде таблеток

 в) при введении с помощью шприца

 г) при раскуривании "папиросы"

 д) при жевании

36. ГАШИШИЗМ НЕ ОЗНАЧАЕТ

 а) ежедневное злоупотребление гашишем

 б) эпизодическое злоупотребление 2-3 раза в неделю

 в) эпизодическое злоупотребление 2-3 раза в месяц

 г) "пробование" 1-2 раза в 2-3 месяца

 д) правильно в) и г)

37. ТИПИЧНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ГАШИШНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

 а) метаморфопсий

 б) дурашливой веселости

 в) иллюзии "двойника"

 г) идеорреи

 д) изменения чувства времени

38.ГАШИШИЗМ СОЧЕТАЕТСЯ СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ВИДАМИ НАРКОТИЗАЦИИ, КРОМЕ

 а) морфинизма

 б) алкоголизма

 в) вдыхания паров эфиросодержащих средств бытовой химии

 г) злоупотребления снотворным

 д) ингалянтов

39. ДЛЯ ПСИХИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ГАШИШИЗМЕ ТИПИЧНЫ

 а) аспонтанный синдром

 б) психопатизация с эксплозивными чертами

 в) "шизоидизация"

 г) галлюцинаторно-параноидный синдром

 д) все перечисленное

40. КОКАИНИЗМ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

 а) эротического возбуждения

 б) зоопсийного бреда

 в) зуда кожи

 г) ретинопатии

 д) астенических явлений

41. КОКАИН ОТНОСИТСЯ

 а) к снотворным

 б) к ингалянтам

 в) к стимуляторам

 г) к галлюциногенам

 д) к опьяняющим ("фантастикам") веществам

42.В КЛИНИКЕ КОКАИНИЗМА ВСТРЕЧАЕТСЯ ВСЕ УКАЗАННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

 а) делирия

 б) сумеречного состояния

 в) меланхолического раптуса

 г) сирингомиэлии

 д) перфорации носовой перегородки

43.УПОРНАЯ МАСТУРБАЦИЯ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ (ПО ЗАХАРОВУ)

 а) стеничных; на фоне церебральной или соматической недостаточности

 б) шизоидных и психастенических, паранойяльных

 в) неустойчивых; больных шизофренией

 г) правильно б) и в)

44. ПРИ ОНАНИЗМЕ У ДЕТЕЙ ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ (ПО ЗАХАРОВУ)

 а) повышенная сенситивность и тревожность, истерические черты

 б) психастенические черты характера и депрессия

 в) шизофренические расстройства и галлюцинации

 г) эпилептические расстройства

 д) правильно а) и б)

45.ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОНАНИЗМА У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ, КРОМЕ (ПО ЗАХАРОВУ)

 а) дегидратации

 б) дегельминтизации

 в) душа перед сном

 г) тавегила

 д) брома

46.ПРИ ЛЕЧЕНИИ МАСТУРБАЦИИ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИВЫЧЕК (СОСАНИЯ ЯЗЫКА, ПАЛЬЦЕВ, ГРЫЗЕНИЯ НОГТЕЙ) ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ, КРОМЕ (ПО ЗАХАРОВУ)

 а) совместной с родителями игровой терапии

 б) индивидуального внушения наяву

 в) гипнотерапии

 г) терапии творчеством и музыкотерапии

 д) всего перечисленного

47.В ПОЛОВОМ ВЛЕЧЕНИИ МУЖЧИНЫ ВЫЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО)

 а) мозговой

 б) селективный

 в) энергетический

 г) синергический

 д) правильно б) и в)

48.УСТАНОВЛЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СТАДИИ РАЗВИТИЯ ЛИБИДО У МУЖЧИНЫ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО)

 а) эротическая

 б) сексуальная

 в) романтическая

 г) понятийная; платоническая

 д) все перечисленное

49. РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СТАДИИ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА МУЖЧИНЫ, КРОМЕ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО)

 а) состояния предварительной нейрогуморальной готовности

 б) психической стадии

 в) копулятивной стадии

 г) эрекционной

 д) рефрактерной

50. ОСНОВНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ЖЕНСКОЙ СЕКСУАЛЬНОСТИ В ОТЛИЧИЕ ОТ МУЖСКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ

 а) тенденция к "застреванию" в эротической фазе

 б) возможность при глубокой взаимной привязанности довольствоваться

satisfactio sine orgasmo в течение многих лет

 в) первые органистические ощущения тесно связаны с периодом полового

созревания и никогда не возникают раньше

 г) правильно а) и б)

 д) ничего из перечисленного

51. ПРИЗНАКАМИ НОРМАЛЬНОЙ ЖЕНСКОЙ СЕКСУАЛЬНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО)

 а) верификация

 б) любрификация

 в) копуляция

 г) стагнация

 д) эякуляция

52.РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ЖЕНСКОГО ОРГАЗМА, КРОМЕ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО)

 а) миокомпрессионного

 б) экстракоитального

 в) клиторического

 г) вазокомпрессионного

 д) петтингового

53.ГЕНИТАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО)

 а) вестибулярного коитуса

 б) нарвасадата

 в) феллации

 г) гейшизма

 д) куннилингуса

54. НАИМЕНЬШАЯ НОРМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ФРИКЦИОННОЙ СТАДИИ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА СОСТАВЛЯЕТ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО)

 а) 3 мин 7 с

 б) 2 мин 16 с

 в) 1 мин 14 с

 г) 50 с

 д) 10 с

55. МЕТОД СТРУКТУРНОГО АНАЛИЗА ПОЛОВЫХ РАССТРОЙСТВ

 а) противостоит системному подходу

 б) основывается на рефлексологии В.Бехтерева

 в) представляет совокупность диагностических алгоритмов в сексопатологии

 г) основывается на теории относительности А.Эйнштейна

 д) правильно б) и г)

56.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СЕМЕЙНО-СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ ПРИНЦИПИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ

 а) сексуальная патология у одного из супругов

 б) сексуальная патология у обоих супругов

 в) отсутствие сексуальной патологии у супругов

 г) половые извращения у супругов

 д) ничего из перечисленного

57.ОСНОВНЫМИ ТИПАМИ НЕПРОДУКТИВНОГО СУПРУЖЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ (ПО Т.МИШИНОЙ), ИМЕЮЩИМИ СЕРЬЕЗНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ СЕКСОПАТОЛОГИИ, ЯВЛЯЮТСЯ

 а) "оголтелая ненависть друг к другу"

 б) "соперничество"

 в) "псевдоповелительство"

 г) "псевдосотрудничество"

 д) правильно б) и г)

58. РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ МУЖСКОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ИМПОТЕНЦИИ (ПО Н.ИВАНОВУ)

 а) психогенную

 б) спинальную

 в) соматогенную

 г) нейрорецепторную

 д) все перечисленное

59. В СЛУЧАЕ ИМПОТЕНЦИИ С БОЯЗЛИВЫМ ОЖИДАНИЕМ НЕУДАЧИ СЛЕДУЕТ ПОСОВЕТОВАТЬ ПАЦИЕНТУ (ПО Н.ИВАНОВУ)

 а) всеми способами не допускать у себя ночные поллюции

 б) осудить свой онанизм и лечиться от него гипнотерапией

 в) условиться с любым человеком несколько ночей провести вместе без

близости

 г) применить прием "куннилингус"

 д) правильно а) и г)

60. ПРИ ПСИХОГЕННОЙ ИМПОТЕНЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВНЕЗАПНЫМ НАРУШЕНИЕМ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ПЕРЕЖИТАЯ НЕУДАЧА) СЛЕДУЕТ (ПО Н.ИВАНОВУ)

 а) стремиться утвердить свое мужское достоинство, не покидая "поле боя"

хоть много часов подряд

 б) прибегнуть к феллации

 в) применить прием "нарвасадата"

 г) обрести внутреннююю готовность к постепенному приближению к "надле-

жащему оптимизму"

 д) правильно а) и б)

61.ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПСИХОГЕННОЙ ИМПОТЕНЦИИ У НОВОБРАЧНОГО, КОГДА ОБА НЕОПЫТНЫ В СЕКСУАЛЬНОМ ОТНОШЕНИИ, СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ ВСЕ СЛЕДУЮЩЕЕ, КРОМЕ (ПО

Н.ИВАНОВУ)

 а) пригласить жену пациента присутствовать на гипнотических сеансах,

назначенных мужу

 б) внушить пациенту в гипнозе при жене, что все постепенно придет в

норму

 в) гипносуггестивная терапия наедине с врачом, без жены рядом - с пос-

ледующей беседой с женой

 г) передать гипнотический раппорт жене

 д) правильно а) и г)

62.ПРИ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОГЕННОЙ ИМПОТЕНЦИИ ВЕДУЩЕЕ ПРИНАДЛЕЖИТ (ПО Н.ИВАНОВУ)

 а) гипносуггестивной терапии

 б) разъяснительной терапии

 в) психической саморегуляции с элементами гейшизма

 г) суггестивной терапии онанизма в бодрствующем состоянии

 д) правильно а) и в)

63. ПРИ ПСИХОГЕННОЙ ИМПОТЕНЦИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ РАССТРОЙСТВА (ПО Н.ИВАНОВУ)

 а) ejaculatio praecox

 б) торможение эрекционной функции

 в) психогенный асперматизм

 г) masturbatio praecox

 д) правильно а) и г)

64. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕЗКИМ НЕВРОТИЧЕСКИМ ОСЛАБЛЕНИЕМ АДЕКВАТНЫХ ЭРЕКЦИЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЕМЫ, КРОМЕ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО)

 а) механотерапии

 б) парадоксальной интенции

 в) "пневмомассажа"

 г) упражнения по методу Эриха Фромма

 д) мануально моделированной иммиссии

65. В ПРОЦЕССЕ НАЧАЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ СУПРУГОВ ПО МЕТОДУ МАСТЕРСА И ДЖОНСОН СОВЕРШАЕТСЯ

 а) обоюдная ласка половых органов

 б) генитальная стимуляция женщины в позиции партнеров, не исключающей

возможность близости

 в) генитальная стимуляция мужчины с последовательным вызыванием и ут-

ратой эрекции

 г) попытки ручной эякуляции, предпринимаемые женой

 д) правильно в) и г)

66. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНЕЙШИМ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ СЕКСУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ

 а) синдромы сосудистой недостаточности эрекционной составляющей

 б) половые нарушения при заболеваниях периферической нервной системы

 в) приапизм

 г) фибропластическая индурация полового члена

 д) правильного ответа нет

67.ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЭЯКУЛЯТОРНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, КРОМЕ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО)

 а) массажа предстательной железы

 б) хлорэтиловых блокад

 в) эректоров

 г) вибротерапии предстательной железы

 д) вибротерапии семенных пузырьков

68.ПРИ ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОЙ ИМПОТЕНЦИИ КАК СИМПТОМА НЕВРАСТЕНИИ ПОКАЗАНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (ПО СВЯДОЩУ)

 а) яйца

 б) икры любой рыбы

 в) ежедневной столовой ложки меда в течение 3 недель

 г) половую жизнь прекратить на 2 месяца при разрешении спать с женой в

одной постели

 д) в будущем с целью профилактики рецидивов стремиться удовлетворить

жену при первом же акте, избегая повторных сношений

69. ПРИ ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОЙ ИМПОТЕНЦИИ КАК СИМПТОМА НЕВРАСТЕНИИ У БОЛЬНЫХ С ПОВЫШЕННОЙ НЕРВНОЙ ВОЗБУДИМОСТЬЮ ДЕЛАЮТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ СТИМУЛИРУЮЩИЕ ПОЛОВУЮ ФУНКЦИЮ НАЗНАЧЕНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (ПО СВЯДОЩУ)

 а) экстракта элеутерококка

 б) углекислых ванн

 в) пантокрина

 г) женьшеня

 д) правильно а) и г)

70. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИМПОТЕНЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ ЖЕНЩИНЫ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ (ПО СВЯДОЩУ)

 а) встретиться врачу с женой больного для беседы

 б) гипнотерапия

 в) самовнушение

 г) сапарал и стрихнин 0.1% подкожно

 д) все перечисленное

71. В СООТВЕТСТВИИ С МЕТОДОМ МАСТЕРСА И ДЖОНСОН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ МУЖА ЖЕНА СОВЕРШАЕТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ, КРОМЕ

 а) возбуждения рукой полового органа мужа

 б) болевых нажатий на половой орган мужа

 в) введения полового органа мужа во влагалище

 г) смазывания головки полового члена мужа мазью совкаина

 д) сношения в позе на боку

72.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ ВОЗМОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ СРЕДСТВА, КРОМЕ (ПО СВЯДОЩУ)

 а) бромидов с валерианой и хлоридом кальция

 б) 2% раствора новокаина внутримышечно

 в) препаратов спорыньи

 г) подкожных инъекций 0.1% стрихнина

 д) беллатаминала

73.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ МОГУТ БЫТЬ ПРИМЕНЕНЫ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ, ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРЦЕДУРЫ, КРОМЕ (ПО СВЯДОЩУ)

 а) тиоридазина

 б) хлордиазепоксида

 в) вибрационного массажа на промежность

 г) нисходящей гальванизации позвоночника

 д) бокала шампанского перед самой близостью

74. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСИХОГЕННОЙ ФРИГИДНОСТИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ, ИСКЛЮЧАЯ (ПО СВЯДОЩУ)

 а) гипнотическое внушение

 б) аутогенную тренировку

 в) самовнушение по Куэ

 г) стимуляцию эрогенных зон женщины врачом

 д) орошение хлорэтилом в области клитора

75.В СЛУЧАЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ С УТРАТОЙ ПСИХОЭРОТИЧЕСКОГО КОНТАКТА МЕЖДУ СУПРУГАМИ ИМ СЛЕДУЕТ ДАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ СОВЕТЫ, КРОМЕ (ПО СВЯДОЩУ)

 а) несколько дней воздерживаться от половой жизни

 б) позволить себе в течение нескольких дней лишь ласки тела без прикос-

новения к гениталиям

 в) стремиться поскорее всячески вызывать друг у друга половое возбуж-

дение

 г) женщине довести себя до состояния предоргазма, стимулируя клитор

рукой

 д) принимать настойку корня женьшеня

76. ТАМ, ГДЕ ПРИНЯТО СИСТЕМАТИЧЕСКИ ТРУДИТЬСЯ БЕЗ ПЬЯНСТВА, НЕУСТОЙЧИВЫЕ ПСИХОПАТЫ (ПО ГАННУШКИНУ)

 а) идут в ногу со всеми и не выделяются своими нравственными качествами

 б) всегда резко выделяются из среды здоровых людей бурными конфликтами с

кем-то

 в) все равно обнаруживают истерические взрывы

 г) противопоставляют себя другим всяческим хулиганством

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Родители 13-летнего подростка по контракту работают за рубежом. Подросток проживает в России у родной тети. Тетка отметила перемены в поведении подростка. Он стал замкнутым, перестал встречаться с друзьями, целыми днями сидит в своей комнате с задернутыми шторами на окнах. На предложение тети обратиться за консультацией к врачу-психиатру отвечает категорическим отказом. Обеспокоенная родственница обратилась в психоневрологический диспансер с заявлением о необходимости освидетельствования подростка врачом-психиатром.

Вопрос: какова тактика врача-психиатра? 1. Возможен осмотр врачом-психиатром по направлению врача-педиатра 2. Возможен осмотр по заявлению родной тети 3. Возможен осмотр по решению органов опеки 4. Осмотр невозможен ни при одном из перечисленных условий 5. Осмотр возможен при любом из перечисленных условий.

Ответ: 3

**Задача № 2**

Больная З., 40 лет, родилась и выросла в деревне. Отец и мать строго контролировали каждый шаг детей, настаивая на беспрекословном выполнении всех своих требований, лишая их самостоятельности даже в малом, и расценивали это как проявление заботы о них. Под влиянием такого воспитания больная росла послушной, замкнутой и стеснительной. Еще в школе испытывала страх при ответах на уроках из-за боязни совершить ошибку, что отрицательно сказывалось на возможности реализовать свои способности. После окончания школы осталась работать в совхозе дояркой. Была очень чувствительной к замечаниям окружающих о своей работе, с которой справлялась успешно. Замуж вышла без любви, по настоянию родителей, однако к мужу относилась хорошо, потому, что испытывала к нему чувство благодарности за любовь к ней и ребенку. На пятом году совместной жизни с мужем встретилась с другим человеком и полюбила его. Он потребовал, чтобы больная разошлась с мужем и вступила с ним в брак. Не могла принять решения, мучительно колеблясь между желанием оставить мужа и жить с человеком, которого любила, и стремлением сохранить семью, за что считала себя «грязной». Однажды при трудном для нее разговоре с мужем она машинально стряхнула с платья крошку хлеба. Показалось, что крошка не упала, стряхнула еще раз. С тех пор возникло навязчивое желание стряхивать с себя «грязь». В этот же период появился навязчивый страх «загрязнения», целыми днями мыла руки, стирала, чистила комнату, вынуждена была оставить работу, а затем ограничила круг общения. Из-за страха «загрязнения» ей стало трудно общаться с мужем и ребенком. С этими жалобами была направлена в отделение неврозов.

Вопрос: назовите основной метод лечения: 1. Психотерапия 2. Транквилизаторы 3. Нейролептики 4. Антидепрессанты 5. Ноотропы.

Ответ: 1

**Задача № 3**

Больной Х., 43 года. Поступил в клинику с жалобами на боли в области сердца, приступ сердцебиения, сопровождающиеся страхом смерти от внезапной остановки сердца. Точно указывает день начала заболевания, когда впервые почувствовал сердцебиение, резкую слабость, нехватку воздуха, побледнел. АД - 180/100 мм. рт. ст. Стал испытывать страх за свое здоровье. Последние 2-3 года до начала заболевания больной стал злоупотреблять крепкими спиртными напитками (водка), сформировался похмельный синдром. Накануне заболевания принял несколько большую дозу алкоголя. Наутро болела голова, потеря аппетита, общее недомогание. Затем в душном помещении возник приступ, описанный выше. С этого времени стал прислушиваться к ощущениям в области сердца, измерять пульс, ограждать себя от физического труда. Лечился в больнице, в отделении санаторного типа. Выписался с улучшением, однако мысли о болезни сердца, возможной его остановке, не покидали больного. Неоднократно обращался к терапевтам, кардиологам, невропатологам, освобождался от работы по поводу вегетососудистой дистонии. Чрезмерный страх за сердце вынуждал пациента ограничивать передвижение сначала в метро, потом и в наземном транспорте. Отказался от путевки на юг, перестал ездить к матери, сменил работу ближе к дому, реже выходил из дому, перестал ходить в кино, магазин. Даже выходил из дома только в сопровождении жены.

Вопрос: укажите основной вид терапии: 1. Нейролептики 2. Антидепрессанты 3. Ноотропы 4. Транквилизаторы 5. Психотерапия.

Ответ: 5

**Вопросы для подготовки:**

1. Психология и физиология сексуальности, возрастная динамика формирования сексуальности
2. Основные проявления сексуальной нормы у мужчин. Основные проявления сексуальной нормы у женщин
3. Конституциональные варианты норм половых проявлений. Сексуальная гармония и дисгармония. Варианты нарушений психосексуального развития человека
4. Системный подход к диагностике сексуальных расстройств. Исследование структуры личности при сексологическом обследовании
5. Комплексная терапия сексуальных расстройств
6. Основные стpaтегии психотерапевтической работы с сексологическими пациентами
7. Выбор индивидуальной стратегии психотерапии сексологического пациента
8. Основные сексуальные расстройства, их клиническая психодиагностика, психотерапии, психокоррекция и психопрофилактика
9. Условность сексуальной нормы в период смены научных и общественных парадигм
10. Анализ ценностей брачных отношений в сексологической клинике. Методология обследования партнерской пары. Дисгармонии супружеских пар и пути их коррекции
11. Нарушения психосексуального развития. Профилактика и психокоррекции нарушений психосексуального развития
12. Сексуальные нарушения при психопатологических расстройствах с преобладанием конституционально-эндогенных факторов. Психокоррекция и психотерапия в комплексном лечении сексуальных расстройств при акцентуациях характера. Психокоррекция и психотерапия в комплексном лечении сексуальных расстройств при психопатиях
13. Психокоррекция и психотерапия в комплексном лечении сексуальных расстройств при эндогенных заболеваниях.
14. Сексуальные нарушения при психопатологических расстройствах с преобладанием экзогенных (ситуационных) факторов
15. Клиника, диагностика и особенности соотношений между невротическими и сексуальными нарушениями
16. Психокоррекция и психотерапия в комплексном лечении сексуальных расстройств при неврозах у мужчин
17. Психокоррекция и психотерапия в комплексном лечении сексуальных расстройств при неврозах у женщин
18. Мнимые сексуальные расстройства у мужчин
19. Психокоррекция и психотерапия в комплексном лечении сексуальных расстройств при соматических, эндокринных, урологических заболеваниях, органических заболеваниях ЦНС, при алкоголизме
20. Использование различных методов психотерапии в клинике сексуальных расстройств
21. Использование когнитивно-поведенческих техник у сексологических пациентов
22. Психаналитические методы в сексологии
23. Особенности семейной терапии при наличии сексуальной дисгармонии в паре
24. Групповая психотерапия при сексуальных расстройствах
25. Интегративный подход к коррекции нарушений сексуальной сферы
26. Трудности и ошибки в сексологической практике
27. Профилактика сексуальных нарушений

**Модуль 4 Методика обследования больных психотерапевтического профиля**

**Тема 1** «*Методика обследования больных психотерапевтического профиля*»

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** устный опрос, защита истории болезни.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Демонстрация выполнения практических навыков**

**КАРТА**

**комплексной оценки практических навыков**

**при работе с пациентом**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **п/п** | **Перечень оцениваемых практических навыков** | **Оценка в баллах** | **Коэффициент** | **Сумма баллов** |
|  | Психологическое исследование симптомов и синдромов психических расстройств и расстройств поведения. | 2 | 1 | 0 | 1 |  |
|  | Психопатологический анализ заболевания. | 2 | 1 | 0 | 2 |  |
|  | Дифференциальный диагноз и нозологическая оценка болезни. | 2 | 1 | 0 | 2 |  |
|  | Формулирование психотерапевтической проблемы. | 2 | 1 | 0 | 2 |  |
|  | Выявление и оценка ауто- и гетероагрессивных тенденций. | 2 | 1 | 0 | 2 |  |
|  | Определение условий оказания помощи. | 2 | 1 | 0 | 1 |  |
|  | Составление плана углубленного обследования пациента. | 2 | 1 | 0 | 1 |  |
|  | Формирование заключительного клинического психиатрического диагноза и его шифрование по рубрикам действующей МКБ. | 2 | 1 | 0 | 2 |  |
|  | Формирование психотерапевтического диагноза. | 2 | 1 | 0 | 3 |  |
|  | Базисные техники психодинамической психотерапии. | 2 | 1 | 0 | 2 |  |
|  | Базисные техники гипносуггестивной психотерапии. | 2 | 1 | 0 | 2 |  |
|  | Базисные техники когнитивной психотерапии. | 2 | 1 | 0 | 2 |  |
|  | Базисные техники клиент-центрированной психотерапии. | 2 | 1 | 0 | 2 |  |
|  | Базисные техники поведенческой психотерапии. | 2 | 1 | 0 | 2 |  |
|  | Базисные техники групповой психотерапии. | 2 | 1 | 0 | 2 |  |
|  | Базисные техники семейной психотерапии. | 2 | 1 | 0 | 2 |  |
|  | Базисные техники экзистенциальной психотерапии. | 2 | 1 | 0 | 2 |  |
|  | Базисные техники аутосуггестивной психотерапии. | 2 | 1 | 0 | 2 |  |
|  | Базисные техники терапии методом психодрамы. | 2 | 1 | 0 | 2 |  |
|  | Гештальт-терапия. | 2 | 1 | 0 | 2 |  |
|  | Неотложная психотерапевтическая помощь при острых тяжёлых стрессах. | 2 | 1 | 0 | 3 |  |
|  | Неотложная психотерапевтическая помощь при ПТСР и кризисных состояниях. | 2 | 1 | 0 | 2 |  |
|  | Неотложная психотерапевтическая помощь при расстройствах адаптации. | 2 | 1 | 0 | 2 |  |
|  | Неотложная психотерапевтическая помощь при суицидальном поведении. | 2 | 1 | 0 | 3 |  |
|  | Психотерапевтическая помощь по телефону доверия. | 2 | 1 | 0 | 1 |  |
|  | Составление плана психотерапевтического лечения больного. | 2 | 1 | 0 | 1 |  |
|  | Составление плана реабилитации больного. | 2 | 1 | 0 | 1 |  |
| Время затраченное на приём | **45 мин. – 5 б.****60 мин. – 4 б.****90 мин. – 3 б.** |
| **ИТОГО баллов** |  |
| **ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА** |  |

**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. |
| **решение ситуационных** **задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **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 историй болезни**  | История болезни - учетно-оперативный документ, составляемый на каждого больного в стационаре лечебно-профилактического учреждения, предназначенный для регистрации сведений о диагнозе, течении и исходе болезни, а также диагностических и лечебно-профилактических мероприятиях, проведенных за время пребывания больного в стационаре. Позволяет оценить умения студента применять полученные теоретические знания в непосредственных профессиональных ситуациях обучения (т.н. контекстное обучение). |

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. Психотерапевтические приемы и техники
2. Психотерапевтические методы
3. Психотерапевтические направления
4. Определение личности. Свойства личности
5. Характеристика зрелой личности и полноценное функционирование личности
6. Теория копинг-поведения Р. Лазаруса
7. Психологическая защита и защитное поведение. Сопротивление
8. Личность психотерапевта и позиции лечащего врача
9. Симптоматическая психотерапия
10. Патогенетическая психотерапия
11. Личностно-конструктивная психотерапия
12. Структурирование проблемного состояния
13. Структурирование образа достижения
14. Формула здоровья-болезни
15. Критерии эффективности психотерапии
16. Супервизия
17. Психотерапевтическое консультирование
18. Особенности взаимодействия врача и пациента в различных направлениях психотерапии
19. Понятие психотерапевтического комплаенса
20. Вопросы профессиональной экологии при проведении психотерапии
21. Проблема принятия пациентом психогенной природы своего заболевания
22. Роль и место специалиста по социальной работе и других специалистов в психотерапевтическом процессе
23. Психотерапевтическая среда и психотерапевтическое сообщество
24. Социально-психологический тренинг
25. Плацебо эффект. Эффект Хауторна. Опосредованная психотерапия
26. Арттерапия. Психотерапия творческим самовыражением
27. Семейная психотерапия
28. Балинтовские группы
29. Суггестивная психотерапия
30. Психоаналитическая психотерапия
31. Краткосрочная методика психодинамической психотерапии
32. Рационально-эмоциональная психотерапия Эллиса
33. Экзистенциальная психотерапия
34. Клиент-центрированная психотерапия
35. Гештальт-терапия
36. Психодраматическая психотерапия
37. Неврозы и принципы их лечения
38. Зависимости от психоактивных веществ и принципы их лечения
39. Кризисные состояния и подходы к их коррекции
40. Телефонное консультирование. Экстренная психологическая помощь
41. Психотерапия психосоматических заболеваний
42. Психотерапия неврозов
43. Психотерапевтические подходы при коррекции психопатий
44. Место психотерапии при лечении психозов
45. Психотерапия тяжелых и неизлечимых соматических заболеваний
46. Неотложная психотерапия
47. Посттравматические стрессовые расстройства и их психотерапия
48. Лечение депрессии. Психо- и фармакотерапия
49. Психотерапия детей и подростков
50. Психотерапия пожилых больных
51. Сексуальные расстройства и их психотерапия
52. Адаптивные расстройства и их психотерапия
53. Психотерапия в акушерстве и гинекологии
54. Психотерапия и фармакотерапия
55. Связующие стратегии переформирования
56. Организация психотерапевтической помощи
57. Структура психотерапевтической службы
58. Организационные этапы развития психотерапевтической помощи в РФ
59. Состояние психотерапевтической помощи в РФ
60. Законодательная и нормативно-правовая база организации психотерапевтической помощи
61. Бригадная модель оказания психотерапевтической помощи
62. Задачи дальнейшего организационного развития психотерапевтической помощи в РФ

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

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

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Клинический психолог приглашен в школу для проведения профилактического мероприятия со старшеклассниками. Оговорив все необходимые условия предварительно по телефону с заместителем директора по воспитательной работе, клинический психолог приготовился к проведению беседы-тренинга с небольшой – в 8-10 человек группой подростков с признаками девиантного поведения. Но, придя в школу, клинический психолог извещен о том, что «для него собрали как можно больше детей – школьников всех старших классов, более 120 человек». Клинический психолог отказался работать с такой аудиторией, фактически сорвав мероприятие и заявив, что ответственность за это несёт заместитель директора по воспитательной работе.

1. Имел ли право клинический психолог отказываться от проведения фактически подготовленного мероприятия?
2. Какие основания были у психолога для отказа проводить мероприятие? Какие именно негативные последствия возможны были в случае проведения психологом «лекции» для 120 школьников?
3. Какой теме можно посвятить публичную лекцию, соответствующую целям первичной позитивной профилактики зависимого поведения? Стоит ли на мероприятии подобного формата затрагивать тему непосредственно наркотиков?
4. Каких принципов необходимо придерживаться при работе с подростками?
5. Стоит ли в работе с подростками отдавать предпочтение методам устрашения и запугивания? Ответ обоснуйте.

**Эталоны ответов:**

1.Клинический психолог имел право отказаться от проведения фактически подготовленного мероприятия. Для эффективной профилактической работы необходимо занятия проводить в малых группах: по 6-8 человек, чтобы у каждого участника было больше возможности высказаться проявить себя, чтобы учитель, психолог врач, или другой специалист могли достаточно пообщаться и познакомиться с каждым. Поскольку имела место предварительная договоренность о том, что работа будет проведена с группой подростков в количестве 8-10 человек и психолог составил программу мероприятий с учетом именно этого объема группы, то ответственность за срыв мероприятия лежит на руководстве школы, которое по своему усмотрению, без предварительного согласования с психологом, увеличило группу до 120 человек. Формат работы с малыми группами существенно отличается от формата работы с группами свыше 100 человек и психолог не был (и не мог быть) готов работать с группой такого объема.

2.Есть принципы проведения профилактической работы с подростками, которые необходимо соблюдать, что в данном случае было невозможно.

Для эффективной профилактической работы необходимо занятия проводить в малых группах: по 6-8 человек, чтобы у каждого участника было больше возможности высказаться проявить себя, чтобы учитель, психолог врач, или другой специалист могли достаточно пообщаться и познакомиться с каждым.

Негативные последствия возможны в случае проведения психологом «лекции» для 120 школьников. Односторонняя подача информации дает низкие результаты, невозможно узнать в индивидуальном порядке, что они знают о зависимостях, возможен обмен информацией между подростками, происходит обмен знакомствами, а также появляется возможность для делинквентного подростка доказать по-своему свою индивидуальность.

3.Тематика публичных выступлений должна быть только позитивной, например: «о жизни и здоровье», «о семье и детях», «об учебе и труде», «о нравственности, верованиях и духовности», «о культуре и досуге», «о трудностях в жизни и способах их трезвеннического преодоления», «об общении, коммуникативных навыках и способах противостоять давлению других», «о трезвеннических способах получения радости и удовольствия» и др.

Не рекомендуется посвящать публичные лекции темам, непосредственно относящимся к наркотикам, алкоголю, табаку и другим психоактивным веществам. Доказано, что в данном случае чаще всего усиливается интерес к «запретному плоду». Рассмотрение специальных наркологических тем должно быть только адресным – для специально подобранной небольшой аудитории специалистов (педагогов, психологов, врачей-педиатров и т. п.), а также лиц (в т. ч. детей и подростков), в отношение которых установлено, что они уже приобщились (или начали приобщаться) к употреблению наркотиков.

4. (1) Помнить, что тема «о наркотиках» (так же как и темы секса, агрессии и преступности) является для подростков особо значимой, «эмоционально заряженной». Следовательно, любой разговор с ним об этом должен вестись с повышенным вниманием к его самолюбию, его эмоциям, его ценностям, его индивидуальности.

(2) Важно сначала «изучить аудиторию», выяснить уровень их знаний и компетентности в этом вопросе, а затем – в виде диалога, диспута и т. п. – вернуть подросткам их же информацию, но уже в новом русле (дать подростку возможность переоценить, переосмыслить то, что он уже знает).

(3) Соблюдать принцип активного усвоения информации – т. е., обязательное участие самого подростка в процессе беседы, диалога и т. п.

(4) Независимо от конкретного содержания занятия уделять внимание формированию у подростков самостоятельности, подлинной ответственности – прежде всего перед самим собой – за свои дела и поступки, за научение и умение сказать «нет» в компании.

5. Нет, не стоит, поскольку это снижает эффективность наркопрофилактического мероприятия. Хотя любая история, связанная с наркотиками может оказаться страшнее и неприятнее любого триллера, но если знакомство с ней происходит в виде односторонней подачи информации, если подросток – лишь объект устрашения (а не участник диалога), то с наибольшей вероятностью произойдут две вещи: (1) запретный плод станет еще более манящим, (2) подросток не воспримет сказанное как реальную угрозу, т. к. после всего того, что он уже видел в кино и на видео, его вряд ли можно напугать по-настоящему чем-то еще. Не стоит забывать и о том, что любая неприятная информация забывается, либо перестает вызывать сильные эмоции вследствие работы механизмов психологической защиты.

**Задача № 2**

Клинический психолог приглашен в закрепленную за ним общеобразовательную школу для проведения профилактического мероприятия по плану, после предварительной договоренности о деталях по телефону с социальным педагогом. Для работы ему выделили отдельную учебную комнату и пригласили туда несколько подростков – шесть человек, мальчиков, учащихся десятых и одиннадцатых классов, ранее неоднократно замеченных в употреблении психоактивных веществ и привлекавшихся к административной ответственности за антиобщественные действия.

1. Может ли клинический психолог строить свою работу в русле первичной наркопрофилактики?
2. Насколько могут быть эффективными предупредительно-запретительные методики профилактической работы с данной группой подростков?
3. Обязан ли клинический психолог требовать согласия родителей подростков, замеченных в употреблении психоактивных веществ для проведения с ними профилактической беседы на территории образовательного учреждения?
4. В чем различие между первичной и вторичной наркопрофилактикой?
5. Какие принципы должен соблюдать психолог при работе с подростками?

**Эталоны ответов:**

1. Клинический психолог не может строить свою работу в русле первичной наркопрофилактики. Поскольку эти подростки неоднократно были замечены в употреблении психоактивных веществ и привлекались к административной ответственности за антиобщественные действия, то работу с ними необходимо построить в рамках вторичной наркопрофилактики.

2. Предупредительно-запретительные методики не могут дать гарантийный высокий результат. Это зависит от нескольких факторов: от индивидуальных личностных качеств подростка, от внешних обстоятельств (микроокружение и т.д.), сопутствующих неврологических нарушений. Необходима длительная психотерапия, а также работа с семьей.

3.Да, обязан, согласно закону о психиатрической помощи (Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2016) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017). При работе с детьми и подростками в возрасте до 15 лет и больными наркоманией в возрасте до 16 лет необходимо брать согласие его родителей или иных законных представителей для проведения с ними профилактической беседы на территории образовательного учреждения.

4. Первичная профилактика направлена на предотвращение возникновения нарушения или болезни за счет воздействия на причины и условия развития заболевания или на повышение устойчивости индивида к неблагоприятным факторам. Вторичная профилактика направлена раннюю диагностику болезней, выявление лиц, демонстрирующих поведение риска, применение к ним лечебных и корригирующих мероприятий. Таким образом, первичная профилактика зависимостей проводится с лицами, не имеющими опыта употребления ПАВ, она является более массовой (допускает работу, как с малыми, так и с большими группами) и требует совместных усилий психологов, педагогов и социальных работников. Вторичная профилактика зависимостей проводится с лицами, которые были неоднократно замечены за употреблением ПАВ, мероприятия по вторичной профилактике предполагают работу только в малых группах и требуют участия не только психологов, педагогов и социальных работников, но и врачей.

5. 1) Помнить, что тема «о наркотиках» (так же как и темы секса, агрессии и преступности) является для подростков особо значимой, «эмоционально заряженной». Следовательно, любой разговор с ним об этом должен вестись с повышенным вниманием к его самолюбию, его эмоциям, его ценностям, его индивидуальности.

(2) Важно сначала «изучить аудиторию», выяснить уровень их знаний и компетентности в этом вопросе, а затем – в виде диалога, диспута и т. п. – вернуть подросткам их же информацию, но уже в новом русле (дать подростку возможность переоценить, переосмыслить то, что он уже знает).

(3) Соблюдать принцип активного усвоения информации – т. е., обязательное участие самого подростка в процессе беседы, диалога и т. п.

(4) Независимо от конкретного содержания занятия уделять внимание формированию у подростков самостоятельности, подлинной ответственности – прежде всего перед самим собой – за свои дела и поступки, за научение и умение сказать «нет» в компании.

**Задача № 3**

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

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

**Эталоны ответов:**

1. Отрицание.

2. Отрицание характеризуется полным игнорированием болезненной реальности и действием так, как будто эта реальность вообще не существует.

3. Вторая стадия алкогольной зависимости.

Псевдозапойный характер пьянства, пятнадцатилетний стаж употребления.

4. Анозогнозический тип отношения к болезни.

Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни – отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний или случайных колебаний самочувствия. В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание «разобраться самому» и «обойтись своими средствами», надежда на то, что «само все обойдется».

5. Коррекция внутренней картины болезни, формирование положительных установок на лечение. Когнитивно-поведенческая психотерапия, нейролингвистическое программирование.

**Задача № 4**

У больной, 19 лет, с полным средним образованием, обнаружена положительная реакция Вассермана. Не отрицая случайных половых связей и указывая, что около месяца назад у нее были высыпания на теле, которые прошли сами собой, категорически отказалась от лечения, и не вняла объяснениям медицинского персонала. Вечером рассказала подруге, плача от обиды, что ее заставляют лечить «позорную болезнь», какой у нее нет и быть не может.

1. Какими механизмами психологической защиты обусловлено поведение больной?
2. Дайте характеристику этим механизмам психологической защиты.
3. Какой тип отношения к болезни по классификации Личко наблюдается у пациентки? Дайте его характеристику.
4. Какие факторы способствовали появлению именно такой реакции на болезнь у пациентки?
5. Сформулируйте рекомендации к психокоррекционной работе с пациенткой. Какие методы психотерапии могут быть для этого использованы?

**Эталоны ответов:**

1.Отрицание. Регрессия.

2. Отрицание характеризуется полным игнорированием болезненной реальности и действием так, как будто эта реальность вообще не существует.

Регрессия – это возвращение к свойственным более раннему возрасту методам психосексуального функционирования с целью избежания конфликтов, переживаемых на более поздних стадиях развития.

3. Анозогнозический тип отношения к болезни.

Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни – отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний или случайных колебаний самочувствия. В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание «разобраться самому» и «обойтись своими средствами», надежда на то, что «само все обойдется».

4. Сифилис относится к социально-значимым заболеваниям, он может стать причиной неприятия и осуждения со стороны социума. Личностная незрелость (инфантильность) пациентки.

5. Коррекция внутренней картины болезни, формирование положительных установок на лечение, поиск позитивного смысла болезни (болезнь - как урок, болезнь - как повод переосмыслить свой образ жизни). Когнитивно-поведенческая психотерапия, нейролингвистическое программирование.

**Задача № 5**

Врач после осмотра больной с язвенным блефоритом сказал ей: «Я назначаю вам мазь и полоскание ромашкой, но оно все равно не поможет, а если и поможет, то болезнь будет рецидивировать». Больная впала в депрессивное состояние, считая себя обреченной на всю жизнь.

1. О каком влиянии врача на больную идет речь?
2. Дайте определение этого влияния.
3. Какие особенности личности пациентки обусловили ее состояние?
4. Какой тип отношения к болезни (по классификации Личко) имеет место у пациентки? Дайте ему характеристику.
5. Сформулируйте рекомендации к работе с пациенткой? Какие методы психотерапии будут эффективны в данном случае?

**Эталоны ответов:**

1. О терапевтической ятрогении. Здесь наблюдается так называемый терапевтический нигилизм, т.е. пессимистический взгляд врача на предполагаемые результаты лечения.

2. Ятрогении (от греч. iatros — врач, gennao — порождаю) — это нежелательные изменения и расстройства психики, порожденные врачом. Здесь наблюдается так называемый терапевтический нигилизм, т. е. пессимистический взгляд врача на предполагаемые результаты лечения.

3. Внушаемость, зависимость от мнения авторитетных лиц.

4. Меланхолический тип отношения к болезни.

Сверхудрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

5. Исключить эндогенную природу депрессии у пациентки (уточнить анамнез жизни, семейный анамнез и др.). Провести коррекцию внутренней картины болезни, сформировать позитивные установки на лечение.

Когнитивно-поведенческая психотерапия, нейролингвистическое программирование, суггестивная психотерапия (релаксация, аутогенная тренировка).

**Задача № 6**

Клинический психолог приглашен в школу для проведения профилактического мероприятия со старшеклассниками, а именно прочитать публичную лекцию, соответствующую целям первичной позитивной профилактики зависимого поведения.

1. Какой направленности должна быть тематика публичных выступлений и почему?
2. Стоит ли посвящать публичную лекцию теме непосредственно наркотиков и других психоактивных веществ?
3. Какие темы можно затронуть на лекции?
4. Какими принципами должен руководствоваться психолог при работе с подростками?
5. Какие еще формы проведения мероприятий первичной позитивной наркопрофилактической направленности (кроме лекций) могут быть использованы для работы с большими группами?

**Эталоны ответов:**

1.Тематика публичных выступлений должна быть только позитивной. Вопросы о психоактивных веществах не следует ставить в названия тем и не следует выпячивать на передний план. Такие вопросы должны подчиняться по контрасту формированию положительных жизнеутверждающих установок. В отличие от традиционной лекционной пропаганды и в отличие от санитарно-просветительной деятельности лекции с антинаркотической направленностью непременно должны нести в себе мощный воспитательный заряд. Они должны мотивировать (вызывать желание) самосовершенствование, личностное созревание, воспитывать духовные ценности. В этой связи лекционную антинаркотическую работу правильнее называть антинаркотическим воспитанием (с помощью лекций и занятий).

2. Что касается вопросов, непосредственно относящихся к наркотикам, алкоголю, табаку и другим психоактивным веществам, то этим темам, как показал мировой опыт, публичные лекции лучше вообще не посвящать. Доказано, что в данном случае чаще всего усиливается интерес к «запретному плоду». Рассмотрение специальных наркологических тем должно быть только адресным - для специально подобранной небольшой аудитории специалистов (педагогов, психологов, врачей - педиатров и т.п.), а также лиц (в т. ч. детей и подростков), в отношение которых установлено, что они уже приобщились (или начали приобщаться) к употреблению наркотиков. Занятия такого рода лучше всего проводить в форме обучения по цикловым программам (темы, разделы, курсы). Содержание таких занятий необходимо согласовать с квалифицированными врачами-наркологами.

3. Клинический психолог может затронуть на публичной лекции следующие темы: (1) о жизни и здоровье; (2) о семье и детях; (3) о любви и дружбе; (4) об учебе и труде; (5) о характере и личности; (6) о нравственности, верованиях и духовности; (7) о правах и законах; (8) о науке и научном мировоззрении; (9) о культуре и досуге; (10) о спорте и половом воспитании; (11) о трудностях в жизни и способах их трезвеннического преодоления; (12) о стрессах и неприятностях и трезвеннических способах получения радости и удовольствия; (13) о самостоятельности, компетентности и жизненной зрелости; (14) об общении, коммуникативных навыках и способах противостоять давлению других; (15) о риске в жизни и способности быть бдительным, беречь и сохранять себя; (16) о том, как выражать себя, преодолевать закомплексованость и управлять своим поведением; (17) о целях и смысле жизни и т. п.

4. (1) Помнить, что тема «о наркотиках» (так же как и темы секса, агрессии и преступности) является для подростков особо значимой, «эмоционально заряженной». Следовательно, любой разговор с ним об этом должен вестись с повышенным вниманием к его самолюбию, его эмоциям, его ценностям, его индивидуальности.

(2) Важно предварительно «изучить аудиторию», выяснить уровень их знаний и компетентности в этом вопросе, а затем – в виде диалога, диспута и т. п. – вернуть подросткам их же информацию, но уже в новом русле (дать подростку возможность переоценить, переосмыслить то, что он уже знает).

(3) Соблюдать принцип активного усвоения информации – т. е., обязательное участие самого подростка в процессе беседы, диалога и т. п.

(4) Независимо от конкретного содержания занятия уделять внимание формированию у подростков самостоятельности, подлинной ответственности – прежде всего перед самим собой – за свои дела и поступки, за научение и умение сказать «нет» в компании.

5. В целях первичной позитивной наркопрофилактики могут быть проведены конкурсы, олимпиады и викторины по темам здоровья, здорового образа жизни и здоровых ценностей. С теми же целями могут быть проведены разного рода спортивные мероприятия, поскольку привитие ценностей физической культуры и спорта, активного проведения досуга является одним из аспектов формирования антиаддиктивного иммунитета личности. Также могут быть организованы совместные мероприятия для детей и их родителей («Семейные старты», «Мой папа самый сильный», «Папа, мама, я – спортивная семья», «Семейные посиделки» и т. п.).

**Задача № 7**

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

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

**Эталоны ответов:**

1. Отрицание. Рационализация.

2. Отрицание характеризуется полным игнорированием болезненной реальности и действием так, как будто эта реальность вообще не существует. Рационализация – это рациональное объяснение больным своих социально неприемлемых чувств, желаний и поступков.

3. Зигмунд Фрейд. Психоанализ (психодинамическое направление).

4. Механизмы психологической защиты являются неосознаваемыми и пассивными, в значительной степени искажают реальность и направлены вовнутрь — на снижение тревоги. В отличие от них копинг-механизмы представляют собой механизмы активного совладания с ситуацией, достаточно адекватно отражают реальность и направлены на ее активное преобразование.

5. Коррекция внутренней картины болезни, формирование положительных установок на лечение, поиск позитивного смысла болезни (болезнь - как вызов, болезнь - как причина полюбить жизнь, ценить каждый день), коррекция страха смерти.

Когнитивно-поведенческая психотерапия, нейролингвистическое программирование, суггестивная психотерапия (аутогенная тренировка, релаксация), экзистенциальная психотерапия.

**Задача № 8**

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

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте характеристику типа отношения к болезни у данной больной.
3. Определите масштаб переживания болезни у пациентки. Обоснуйте ответ.
4. Насколько адаптивным является тип отношения к болезни у пациентки?
5. Какой тактики должен придерживаться психолог в работе с этой пациенткой? Каким методам психотерапии стоит отдать предпочтение?

**Эталоны ответов:**

1. Эргопатический тип.

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

3. Гипонозогнозия. Больная склонна недооценивать тяжесть своего состояния.

4. Эргопатический тип отношения к болезни характеризуется как условно адаптивный. Для больных с этим типом отношения к болезни характерно снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение “значения” заболевания, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, “уходом” в работу, однако выраженные явления психической дезадаптации у этих больных отсутствуют.

5. Необходимо провести коррекцию внутренней картины болезни, убедить больную в том, что несоблюдение предписаний врача в будущем принесет больше вреда ее трудовой деятельности, чем временное ее прекращение в настоящее время. Также будет полезным прояснить причины ее сверхвовлеченности в работу, поскольку «уход в работу» может быть обусловлен затруднениями, который больная испытывает в других сферах жизни, проблемами экзистенциального характера.

Когнитивно-поведенческие психотерапевтические методы, рациональная психотерапия, экзистенциальная психотерапия.

**Задача № 9**

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

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте характеристику типа отношения к болезни у данной больной.
3. Определите масштаб переживания болезни у пациентки. Обоснуйте ответ.
4. Какие рекомендации можно дать лечащему врачу пациентки?
5. Сформулируйте рекомендации к психокоррекционной работе с пациенткой? Какие психотерапевтические методы могут быть использованы?

**Эталоны ответов:**

1.Тревожно-мнительный тип, фобический вариант.

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

3. Гипернозогнозия.

Больная склонна преувеличивать значимость отдельных симптомов и своего заболевания в целом.

1. Больные с этим типом отношения к болезни склонны доверять скорее объективным данным (результаты анализов, заключения специалистов), нежели к субъективным ощущениям. Поэтому спокойное и уверенное обоснование врачом его убежденности в благоприятном исходе лечения способно успокоить такого больного.

5. Коррекция внутренней картины болезни, формирование позитивных установок на лечение. Когнитивно-поведенческая психотерапия, нейролингвистическое программирование, суггестивная психотерапия (релаксация, аутогенная тренировка).

**Задача № 10**

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

1. Определите тип отношения к болезни у данного больного.
2. Дайте характеристику типа отношения к болезни у данного больного.
3. При каком типе акцентуации характера чаще всего встречается такой вариант отношения к болезни?
4. Какой метод психотерапии будет эффективен при работе с такими больными? С какой особенностью личности больных это связано?
5. Какие методы психологической диагностики можно использовать для исследования особенностей личности и типов отношения к болезни у таких больных?

**Эталоны ответов:**

1. Эгоцентрический тип отношения к болезни.

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

3. Демонстративная (истероидная) акцентуация характера.

4. Гипносуггестивный метод. Повышенная внушаемость.

5. СМИЛ. Опросник Шмишека. ТОБОЛ.

**Тесты для промежуточного контроля знаний**

**ВАРИАНТ № 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид** | **Код** | **Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа** |
|  |  |  |
| В | 001 | Правильным определением социальной гигиены как науки является: |
| О | А | Социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении. |
| О | Б | Социальная гигиена - система мероприятий по охране здоровья населения. |
| О | В | Социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения. |
| О | Г | Социальная гигиена – система мер по предупреждению заболеваний. |
|  |  |  |
| В | 002 |  Общественное здоровье характеризуют все перечисленные показатели, кроме |
| О | А |  трудовой активности населения |
| О | Б |  заболеваемости |
| О | В |  инвалидности |
| О | Г |  демографических показателей |
|  |  |  |
| В | 003 |  Уровень общей смертности населения в нашей стране в 1994 г. находился в пределах |
| О | А |  от 11 до 15% |
| О | Б |  от 5 до 10% |
| О | В |  от 16 до 20% |
| О | Г |  от 0 до 5 % |
|  |  |  |
| В | 004 |  Уровень младенческой смертности в нашей стране в 1994 г. находился в пределах |
| О | А |  от 16 до 20% |
| О | Б |  от 10 до 15% |
| О | В |  от 20 до 25% |
| О | Г |  свыше 25% |
|  |  |  |
| В | 005 |  Показатель рождаемости населения в Российской Федерации в 1994 г. находился в пределах |
| О | А |  до 10 на 1000 |
| О | Б |  от 10 до 15 на 1000 |
| О | В |  от 15 до 20 на 1000 |
| О | Г |  от 20 до 25 на 1000 |
|  |  |  |
| В | 006 | Наиболее значимое влияние на сохранение и укрепление здоровья населения оказывают все факторы, кроме |
| О | А | уровня культуры населения |
| О | Б | экологических факторов среды |
| О | В | качества и доступности медицинской помощи |
| О | Г | безопасных условий труда |
|  |  |  |
| В | 007 | Субъектами обязательного медицинского страхования являются все из перечисленных, кроме |
| О | А | органа управления здравоохранением |
| О | Б | фонда медицинского страхования |
| О | В | страховой организации |
| О | Г | медицинского учреждения |
|  |  |  |
| В | 008 | В базовую программу обязательного медицинского страхования входят все положения, кроме |
| О | А | организации добровольного медицинского страхования |
| О | Б | видов платных медицинских услуг |
| О | В | дифференциации подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста |
| О | Г | стоимости различных видов медицинской помощи |
|  |  |  |
| В | 009 | Основными задачами поликлиники являются все, кроме |
| О | А | организации работ по пропаганде здорового образа жизни |
| О | Б | лечебно-диагностического обслуживания населения |
| О | В | профилактической работы |
| О | Г | экспертизы временной нетрудоспособности |
|  |  |  |
| В | 010 | Организация мер по сокращению затрат времени пациентов на посещение поликлиники включает все элементы, кроме |
| О | А | нормирования деятельности врачей |
| О | Б | анализа интенсивности потока больных по времени |
| О | В | правильной организации графика приема врачей |
| О | Г | четкой работы регистратуры |
|  |  |  |
| В | 011 | Основными обязанностями участкового терапевта при оказании лечебно-профилактической помощи населению, проживающему на закрепленном участке, являются все, кроме |
| О | А | организации специализированной медицинской помощи |
| О | Б | оказания своевременной терапевтической помощи |
| О | В | организации госпитализации больных |
| О | Г | проведения экспертизы временной нетрудоспособности |
|  |  |  |
| В | 012 | Структура больничных учреждений РФ включают все типы больниц, кроме |
| О | А | больницы восстановительного лечения |
| О | Б | центральной районной больницы |
| О | В | городской многопрофильной больницы |
| О | Г | сельской участковой больницы |
|  |  |  |
| В | 013 | Цели и задачи службы лечебно-профилактической помощи матери и ребенку РФ включают все направления, кроме |
| О | А | социального страхования беременной женщины и женщины-матери |
| О | Б | заботы о здоровье матери и ребенка |
| О | В | обеспечения женщинам возможности максимально сочетать материнство с использованием гражданских прав |
| О | Г | обеспечения условий, необходимых для всестороннего гармоничного развития детей |
|  |  |  |
| В | 014 | В определение понятия "здоровье ребенка" вносят все критерии, кроме |
| О | А | показателей рождаемости |
| О | Б | оптимального уровня достигнутого развития физического, нервно-психического, интеллектуального |
| О | В | достаточной функциональной и социальной адаптации |
| О | Г | высокой степени сопротивляемости по отношению к неблагоприятным воздействиям |
|  |  |  |
| В | 015 | Структурными компонентами младенческой смертности в зависимости от периодов жизни являются |
| О | А | перинатальная смертность |
| О | Б | неонатальная смертность |
| О | В | постнеонатальная смертность |
| О | Г | ранняя неонатальная смертность |
|  |  |  |
| В | 016 | В течение какого периода времени со дня издания приказа органом здравоохранения действительна квалификационная категория, присвоенная врачам, провизорам, работникам среднего медицинского (фармацевтического) персонала? |
| О | А | в течение 5 лет |
| О | Б | в течение 3 лет |
| О | В | в течение 7 лет |
| О | Г | в течение 9 лет |
|  |  |  |
| В | 017 | Запись в трудовой книжке специалиста (из числа врачебного, фармацевтического и среднего медицинского персонала) о присвоении ему по результатам аттестации (переаттестации) квалификационной категории |
| О | А | вносится |
| О | Б | вносится не обязательно |
| О | В | не вносится |
| О | Г | вносится через раз |
|  |  |  |
| В | 018 | вносится через раз |
| О | А | верно все нижеперечисленное |
| О | Б | это специфическое проявление общей этики в деятельности врача |
| О | В | это наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств |
| О | Г | это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников |
|  |  |  |
| В | 019 | Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства |
| О | А | всегда |
| О | Б | в особых случаях |
| О | В | не всегда |
| О | Г | через раз |
|  |  |  |
| В | 020 | Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются все, кроме |
| О | А | трудовой активности |
| О | Б | инвалидности |
| О | В | физического развития |
| О | Г | комплексных оценок здоровья населения |
| **ВАРИАНТ № 2** |
| В | 01 | Уровнем достоверности в медицинских статистических исследованиях является вероятность изучаемого признака, равная |
| О | А | 95% |
| О | Б | 68% |
| О | В | 90% |
| О | Г | 92% |
|  |  |  |
| В | 02 | Общий показатель смертности населения исчисляется по формуле |
| О | А | (число умерших за 1 год ' 1000)/ (средняя численность населения) |
| О | Б | (число умерших за 1 год ' 1000)/ (численность населения) |
| О | В | (численность населения)/ (число умерших за 1 год ' 1000) |
| О | Г | (средняя численность населения)/ (число умерших за 1 год ' 1000) |
|  |  |  |
| В | 03 | Вся совокупность высшей нервной деятельности человека включает следующие основные инстанции, кроме (И.П.Павлов, 1933) |
| О | А | полушарий мозжечка, теменных долей больших полушарий, без мозолистого тела |
| О | Б | ближайшей к полушариям подкорки с ее сложнейшими безусловными рефлексами, влечениями, эмоциями |
| О | В | больших полушарий головного мозга без лобных долей |
| О | Г | лобных долей больших полушарий |
|  |  |  |
| В | 04 | Истерическое состояние связано прежде всего с функциональными нарушениями (И.П.Павлов, 1933) |
| О | А | естественной соподчиненности основных инстанций высшей нервной деятельности |
| О | Б | в полушариях мозга |
| О | В | в мозолистом теле |
| О | Г | в лобных долях больших полушарий |
|  |  |  |
| В | 05 | Из всех типов наиболее совершенный (И.П.Павлов, 1935) |
| О | А | сильный уравновешенный тип |
| О | Б | сильный неуравновешенный тип |
| О | В | слабый неуравновешенный тип |
| О | Г | слабый уравновешенный тип |
|  |  |  |
| В | 06 | К основным свойствам нервной системы относятся все перечисленные, кроме (И.П.Павлов, 1935) |
| О | А | инертности основных видов психической деятельности и устойчивости основных нервных процессов |
| О | Б | силы основных нервных процессов - раздражительного и тормозного, постоянно составляющих целостную нервную деятельность |
| О | В | подвижности основных нервных процессов |
| О | Г | равновесия основных нервных процессов |
|  |  |  |
| В | 07 | Условный рефлекс - это (И.П.Павлов, 1932) |
| О | А | рефлекс, основным условием образования которого есть совпадение во времени один или несколько раз индифферентного раздражителя с безусловным; то, что мы называем ассоциацией (рефлексом) по одновременности |
| О | Б | постоянная связь внешнего агента с ответной на него деятельностью организма |
| О | В | рефлекс, возбуждающийся внешними агентами, что и обусловливает совершенство уравновешивания |
| О | Г | то же самое, что "угасательное напряжение" |
|  |  |  |
| В | 08 | Иррадиация тормозного процесса при слабом его напряжении называется (И.П.Павлов, 1932) |
| О | А | гипнозом |
| О | Б | пассивной индукцией |
| О | В | парадоксальной фазой |
| О | Г | "инвалидной концентрацией" |
|  |  |  |
| В | 09 | Неврастения - это (И.П.Павлов, 1935) |
| О | А | болезненная форма слабого-общего и среднего человеческого типа |
| О | Б | продукт слабого-общего типа в соединении с художественным |
| О | В | продукт слабого-общего типа в соединении с мыслительным |
| О | Г | переживание отсутствия чувства реального, ощущение неполности жизни |
|  |  |  |
| В | 010 | Патологическая инертность может вызываться (И.П.Павлов, 1935) |
| О | А | умеренным, но постоянно нарастающим напряжением раздражительного процесса; ошибками раздражительного процесса с тормозным |
| О | Б | явлениями стереотипий |
| О | В | паранояльными переживаниями |
| О | Г | навязчивостями |
|  |  |  |
| В | 011 | Под доминантой (состоянием доминанты) по А.А.Ухтомскому (1927) понимают все перечисленное, кроме |
| О | А | "оттока" возбуждений, как некоей энергии, от центров, впадающих в торможение, к центрам, наиболее возбуждающимся; заключается в том, что чрезвычайный "заряд" возбуждения в центрах разрешается от малейшего добавочного стимула |
| О | Б | растревоженного, разрыхленного места нервной системы, своего рода "съемки", к которой пристает все нужное и ненужное, из чего потом делается подбор того, чем обогащается опыт |
| О | В | повсюду господствующего возбуждения посреди прочих, и повсюду она есть продукт суммирования возбуждений |
| О | Г | характеризуется тем, что самые различные по месту приложения раздражения вызывают в первую голову реакции в одном определенном направлении |
|  |  |  |
| В | 012 | Состояние возбуждения в доминанте характеризуется всеми следующими признаками, кроме (А.А.Ухтомский, 1927) |
| О | А | высокой силы возбуждения в доминантном центре |
| О | Б | стойкости возбуждения |
| О | В | повышенной возбудимости |
| О | Г | способности суммировать возбуждение |
|  |  |  |
| В | 013 | Доминанта (состояние доминанты) проявляется всем перечисленным, кроме (А.А.Ухтомский, 1927) |
| О | А | человек в бессоннице наполнен слабо бродящими, неопределенными впечатлениями (как в пушкинских "Стихах, сочиненных ночью во время бессонницы") |
| О | Б | ум, беременный идеей, вдруг находит механизм для ее разрешения посреди "не идущих к делу" впечатлений от восхождения на горы или от созерцания обезьян в зоологическом саду |
| О | В | ученый схоластического склада не может вырваться из круга однажды усвоенных теорий |
| О | Г | гебефреник повторяет все одни и те же бредовые заявления |
|  |  |  |
| В | 014 | По П.К.Анохину (1968), возможно выделить следующие формы афферентных воздействий, отправляясь не от качества воздействующей энергии, а от места и значения в формировании целостных поведенческих актов организма, кроме |
| О | А | дистантной и тактильной афферентации |
| О | Б | обратной афферентации |
| О | В | обстановочной афферентации |
| О | Г | пусковой афферентации |
|  |  |  |
| В | 015 | Адекватный условный рефлекс может иметь место только при определенном синтезе следующих двух афферентаций (П.К.Анохин, 1968) |
| О | А | обстановочной и пусковой |
| О | Б | контактной и пусковой |
| О | В | контактной и интероцептивной |
| О | Г | пусковой и экстероцептивной |
|  |  |  |
| В | 016 | Проприоцептивной афферентацией является афферентация (П.К.Анохин, 1968) |
| О | А | направляющая движение |
| О | Б | результативная |
| О | В | информирующая о результатах совершенного действия, дающая возможностьорганизму в целом оценить степень успеха выполняемого им действия |
| О | Г | дающая информацию о том, что результат действия соответствует исходному намерению |
|  |  |  |
| В | 017 | Афферентный синтез сказывается в том, что (П.К.Анохин, 1968) |
| О | А | возбуждения от условного стимула вступают во взаимодействие, единство с теми возбуждениями, которые были подготовлены совокупностью предшествующих раздражений, в виде системы предпусковых возбуждений. Экспериментальное животное, как и человек, строго координирует свои поведенческие возможности в соответствии с данной ситуацией |
| О | Б | поведенческий акт всегда удовлетворяет какую-то потребность организма, или нутритивную или идеальную |
| О | В | условный раздражитель представляет собой абсолютное и единственное в получении условной реакции |
| О | Г | внешний раздражитель, поступая в форме возбуждения в центральную нервную систему, линейно распространяется в ней в соответствии с классической рефлекторной теорией |
|  |  |  |
| В | 018 | К основным функциональным блокам (аппаратам) мозга, участие которых необходимо для осуществления любого вида психической деятельности, относятся (А.Р.Лурия, 1973) |
| О | А | блок, обеспечивающий витальные функции организма и блок интегрирования и абстрактного мышления |
| О | Б | блок, обеспечивающий регуляцию тонуса и бодрствования |
| О | В | блок получения, переработки и хранения информации, поступающей из внешнего мира |
| О | Г | блок программирования, регуляции и контроля психической деятельности |
|  | 1 |  |
| В | 019 | Лобные доли человека непосредственно не участвуют (А.Р.Лурия, 1973) |
| О | А | в приеме и хранении экстероцептивной информации |
| О | Б | в сложнейших формах программирования |
| О | В | в регуляции сознательной деятельности человека |
| О | Г | в экстренном повышении состояния активности, сопровождающем всякую сознательную деятельность |
|  |  |  |
| В | 020 | Стресс (по Г.Селье) - это |
| О | А | неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование; общий адаптационный синдром |
| О | Б | нервное вредоносное напряжение |
| О | В | вид дистресса |
| О | Г | защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессором |
| **ВАРИАНТ № 3** |
| В | 01 | Фазами общего адаптационного синдрома не являются (Г.Селье) |
| О | А | фаза восхищения новым, необычным, удивительным и фаза агрессивного возбуждения |
| О | Б | реакция удивления или тревоги из-за неопытности и неумения совладать с ситуацией |
| О | В | фаза сопротивления без лишних волнений |
| О | Г | фаза истощения |
|  |  |  |
| В | 02 | Конечная цель жизни человека состоит в том, чтобы (Г.Селье) |
| О | А | раскрыть себя наиболее полно с чувством уверенности и надежности, проявить свою "искру божию" |
| О | Б | обрести власть, славу, безопасность |
| О | В | дарить радость в порядке бескорыстной филантропии |
| О | Г | получать радость, наслаждаться |
|  |  |  |
| В | 03 | Уровень физиологического стресса наиболее низок (Г.Селье) |
| О | А | в минуты равнодушия |
| О | Б | в минуты тихого духовного просветления |
| О | В | во время творческого вдохновения |
| О | Г | когда человек мертв |
|  |  |  |
| В | 04 | Вероятностное прогнозирование (И.М.Фейгенберг, 1986) включает все перечисленное, кроме |
| О | А | абсолютно достоверного убеждения - ожидания наступления того или иного события |
| О | Б | моделирования вероятностно организованного мира живущим в этом мире существом |
| О | В | способности сопоставлять поступающую через анализаторы информацию о наличной ситуации с хранящейся в памяти информацией о соответствующем прошлом опыте и на основании этого сопоставления строить предположения о предстоящих событиях, приписывая каждому их этих предположений ту или иную степень достоверности |
| О | Г | способности, необходимой для хорошего осуществления ориентировочной реакции |
|  |  |  |
| В | 05 | Во время "парадоксального" сна отмечается (И.М.Фейгенберг, 1972) |
| О | А | быстрое движение глаз и повышение артериального давления |
| О | Б | отсутствие сновидений |
| О | В | интенсивное напряжение мышц всего тела |
| О | Г | медленные электрические колебания мозга |
|  |  |  |
| В | 06 | Психофизиология - наука (Д.Хэссет, 1978) |
| О | А | изучающая физиологические процессы у человека при различных психологических состояниях |
| О | Б | близкая к психоанализу |
| О | В | рассматривающая человека как социальное существо |
| О | Г | изучающая прежде всего сложное поведение человека в экстремальных условиях |
|  |  |  |
| В | 07 | Функциями таламуса являются (Д.Хэссет, 1978) |
| О | А | сенсорные пункты переключения на пути к коре мозга |
| О | Б | регуляция висцеральных и соматических функций: температуры тела, обмена веществ, гормонального баланса и др. |
| О | В | мышечный тонус |
| О | Г | активация обширных областей коры |
|  |  |  |
| В | 08 | Симпатическая система в отличие от парасимпатической (Д.Хэссет, 1978) |
| О | А | осуществляет катаболизм |
| О | Б | своими симпатическими волокнами выходит из черепного и крестцового отделов спинного мозга |
| О | В | осуществляет анаболизм |
| О | Г | дает более кратковременную и более локальную активацию |
|  |  |  |
| В | 09 | Симпатическую систему называют также (Д.Хэссет, 1978) |
| О | А | тораколюмбальной и адренэргической |
| О | Б | краниосакральной |
| О | В | анаболической |
| О | Г | ацетилхолиновой |
|  |  |  |
| В | 10 | "Альфа-волны" (по Бергеру) - это |
| О | А | синхронные волны относительно большой амплитуды (около 50 микровольт) с характерной частотой около 10 циклов в секунду |
| О | Б | синхронные волны относительно большой амплитуды (около 50 микровольт) с характерной частотой около 10 циклов в секунду |
| О | В | волны, обнаруживающие дремоту (4-8 Гц) |
| О | Г | волны, обнаруживающие сон (менее 4 Гц) |
|  |  |  |
| В | 011 | Височная кора более связана (Д.Хэссет, 1978) |
| О | А | со слуховой системой |
| О | Б | с обонянием |
| О | В | с чувствительностью тела |
| О | Г | с движением тела |
|  |  |  |
| В | 012 | Обратная связь обнаруживает себя во всех перечисленных способах лечения, кроме |
| О | А | лечения болезненного переживания своей неполноценности по принципу "biofeedback" и интеграционного лечения неврастенической бессонницы |
| О | Б | эффекта "плацебо" |
| О | В | лечении эпилепсии с помощью обратной связи от ЭЭГ |
| О | Г | "тренировки по электромиограмме" |
|  |  |  |
| В | 013 | Основными разновидностями эмоционально-стрессовых воздействий являются все перечисленные, кроме (В.Е.Рожнов, 1985) |
| О | А | психосоматических и эндогенно-процессуальных воздействий |
| О | Б | стрессогенных воздействий |
| О | В | психогенных воздействий |
| О | Г | тимогенных воздействий |
|  |  |  |
| В | 014 | К основным эмоционально-стрессовым относятся все перечисленные, кроме (В.Е.Рожнов, 1985) |
| О | А | одухотворенного возбуждения и воздействия элементами этики Спинозы |
| О | Б | сократического диалога |
| О | В | фанатизма цели |
| О | Г | стрессового гипноза |
|  |  |  |
| В | 015 | К основным общим факторам в психотерапевтических воздействиях, без знания которых едва ли возможен правильный учет эффективности психотерапии, относится все перечисленное, за исключением (Б.Д.Карвасарский, 1985) |
| О | А | характерологической совместимости психотерапевта с пациентом (подобие, созвучие в каких-то гранях их характерологических радикалов) и бескорыстной доброты психотерапевта |
| О | Б | оперативной модификации поведения больного за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с психотерапевтом |
| О | В | убеждения и внушения, явного или скрытого |
| О | Г | приобретения социальных навыков на модели психотерапевта |
|  |  |  |
| В | 016 | Анализ результатов психофизиологических, биологических исследований,проведенных в клинике неврозов и психотерапии Института Бехтерева, убеждает в том, что (Б.Д.Карвасарский, 1985) |
| О | А | имеется отчетливая зависимость между степенью выраженности q-ритма на ЭЭГ, интенсивностью КГР и ЭЭГ-реакцией на эмоционально значимые слова, повышением содержания адреналина и норадреналина, а также высокими показателями клинических субшкал активности, раздражительности, концентрации внимания и тревожности |
| О | Б | у больных неврозами обнаруживается определенные изменения в системе эндорфинов, энкефалинов |
| О | В | лечебный сдвиг регистрируется только на вегетосоматическом уровне |
| О | Г | благотворные изменения, происходящие с невротиком, обнаруживаются в обмене холестерина |
|  |  |  |
| В | 017 | К критериям психиатрического клиницизма относится все перечисленное, кроме (М.Е.Бурно, 1989) |
| О | А | работы с достаточно выраженными клиническими душевными расстройствами |
| О | Б | осознанного ощущения единства дела и духа и отчетливого видения-чувствования биологической базы во всякой, даже самой одухотворенно-тонкой душевной патологии (первичность материи по отношению к духу, не существующему без материи) |
| О | В | серьезного, насущного внимания к личностной почве |
| О | Г | убежденности в эволюционном единстве всего живого, что ясно видится и во многих душевных расстройствах |
|  |  |  |
| В | 018 | Особенность клинической психотерапии состоит в том, что (М.Е.Бурно, 1989) |
| О | А | психотерапевт с глубоким доверием, вниманием исследует, как лечит сама природа, помогая ей защищаться совершеннее; будучи клиницистом, сообразует свое психотерапевтическое воздействие с клинической картиной |
| О | Б | истинной, подлинной психотерапией считается лечение внушением, гипнозом, разъяснением и убеждением |
| О | В | это лечение довольно тяжелых больных в клинике или врачебной амбулатории (в отличие от психокоррекции) |
| О | Г | для клинического психотерапевта имеет смысл вопрос, какой психотерапевтический метод сильнее, лучше вообще |
|  |  |  |
| В | 019 | Появление оговорки происходит обычно по причине (З.Фрейд) |
| О | А | противодействия двух различных измерений |
| О | Б | соматических расстройств (например, нарушение кровообращения) |
| О | В | возбуждения, расстройства внимания |
| О | Г | утомления, рассеянности |
|  |  |  |
| В | 020 | Страдающий навязчивым состоянием невротик обычно исходно отличается всем перечисленным, за исключением (З.Фрейд) |
| О | А | несложного и недалекого ума, детского легкомыслия |
| О | Б | весьма энергичного характера |
| О | В | упрямства |
| О | Г | чрезмерной совестливости |
| **ВАРИАНТ № 4** |
| В | 01 | Смысл симптома включает все перечисленное, кроме (З.Фрейд) |
| О | А | как выражает собой защитно-приспособительные силы природы и каков по своему происхождению - процессуальный или невротический |
| О | Б | куда или к чему ведет |
| О | В | впечатления и переживания, от которых он исходит |
| О | Г | откуда он берется |
|  |  |  |
| В | 02 | Цель навязчивого симптома зависит прежде всего от (З.Фрейд) |
| О | А | бессознательного |
| О | Б | образованности пациента |
| О | В | религиозности пациента |
| О | Г | нозологической окраски |
|  |  |  |
| В | 03 | Вытесненные душевные движения - это душевные движения (З.Фрейд) |
| О | А | не допущенные стражем из бессознательного в предсознательное |
| О | Б | стеснительного человека, осознающего свою стеснительность как нравственно-этическое, благородное свойство души |
| О | В | в которых ясно видится аффективно-аккумулятивная пропорция |
| О | Г | которые страж пропустил через порог, но они все равно не осознаются |
|  |  |  |
| В | 04 | Из нижеследующих понятий понимания душевной жизни более оправданны все следующие, кроме (З.Фрейд) |
| О | А | подсознательного и внутрисознательного |
| О | Б | бессознательного |
| О | В | предсознательного |
| О | Г | сознательного |
|  |  |  |
| В | 05 | Страж - это (З.Фрейд) |
| О | А | то, что находится между предсознательным и бессознательным; цензура, которой подвергается образование явного сновидения |
| О | Б | то, что находится между подсознательным и сознательным |
| О | В | то, что находится между внутрисознательным и подсознательным |
| О | Г | деперсонализационный интраверт |
|  |  |  |
| В | 06 | Симптом - это (З.Фрейд) |
| О | А | заместитель чего-то, чему помешало вытеснение |
| О | Б | сопротивление |
| О | В | околосознательное |
| О | Г | проявление скрытых свойств характера |
|  |  |  |
| В | 07 | Сопротивление исходит из (З.Фрейд) |
| О | А | сил "Я", известных и скрытых свойств характера |
| О | Б | сексуальной энергии |
| О | В | вытеснения |
| О | Г | бессознательных глубинных агрессивных переживаний |
|  |  |  |
| В | 08 | Целью невротических симптомов является все перечисленное, кроме (З.Фрейд) |
| О | А | сопротивление вытесненому |
| О | Б | уйти в навязчивости, истерические конверсивные расстройства и другое невротическое от неспособности сознательно, разумно-человечески решить определенную конфликтную ситуацию |
| О | В | заменить, заместить собой то сексуальное удовлетворение, которого невротики лишены в жизни |
| О | Г | сексуальное удовлетворение невротиков |
|  |  |  |
| В | 09 | Пациенты с "неврозами перенесения" заболели вследствиие (З.Фрейд) |
| О | А | вынужденного отказа от чего-то, когда реальность не дает удовлетворения их сексуальным желаниям |
| О | Б | сексуального истощения |
| О | В | переживания своей духовной неполноценности |
| О | Г | отсутствия смысла существования |
|  |  |  |
| В | 010 | Самая примитивная ступень (фаза) развития либидо - это (З.Фрейд) |
| О | А | оральная |
| О | Б | садистско-анальная |
| О | В | комплекс Электры |
| О | Г | генитальная |
|  |  |  |
| В | 011 | Регрессия - это (З.Фрейд) |
| О | А | возврат либидо на более ранние степени его развития |
| О | Б | процесс, благодаря которому психический акт, способный быть осознанным, делается бессознательным, перемещаясь в систему бессознательного |
| О | В | чисто психический процесс возврата сексуальности к архаическим основам |
| О | Г | процесс, благодаря которому бессознательный психический акт не допускается в ближайшую предсознательную систему |
|  |  |  |
| В | 012 | При истерии обнаруживается главным образом (З.Фрейд) |
| О | А | вытеснение |
| О | Б | мастурбационный комплекс |
| О | В | анальные переживания |
| О | Г | регрессия либидо на предварительную ступень садистско-анальной организации |
|  |  |  |
| В | 013 | При неврозе навязчивых состояний обнаруживается главным образом (З.Фрейд) |
| О | А | маскировка любовного импульса под садистский |
| О | Б | регрессия либидо без вытеснения |
| О | В | неосознанное сексуальное извращение |
| О | Г | оральное эротическое напряжение |
|  |  |  |
| В | 014 | Невротические симптомы являются результатом всего перечисленного, кроме (З.Фрейд) |
| О | А | того, что либидо добивается какого-нибудь реального, хотя уже и ненормального удовлетворения |
| О | Б | конфликта, возникающего из-за нового вида удовлетворения либидо |
| О | В | бессознательного отступления либидо, благодаря фиксации на его пути развития (проходимом теперь регрессивно), против которых "Я" защищалось в свое время вытеснениями |
| О | Г | компромисса неудовлетворенного, отвергнутого реальностью либидо и его регрессией с выходом из-под власти "Я" |
|  |  |  |
| В | 015 | Чистые формы актуальных неврозов включают все перечисленное, кроме (З.Фрейд) |
| О | А | невроза навязчивых состояний и истерии |
| О | Б | невроза страха |
| О | В | ипохондрии |
| О | Г | неврастении |
|  |  |  |
| В | 016 | Невроз перенесения - это (З.Фрейд) |
| О | А | конверсионная истерия и истерия страха |
| О | Б | невроз страха |
| О | В | неврастения |
| О | Г | парафрения |
|  |  |  |
| В | 017 | Фобия - это (З.Фрейд) |
| О | А | вытеснение и перевод либидо в страх, связанный с внешней опасностью; "окоп" против внешней опасности, которую представляет собой внушающее страх либидо |
| О | Б | свободный страх, готовый привязаться к любому более или менее подходящему содержанию представления, оказывающий влияние на суждение |
| О | В | бессознательный уход в болезнь (в данном случае конкретный страх, не имеющий отношения к либидо) от сложной конфликтной ситуации |
| О | Г | навязчивый, беспредметный страх, пассивно возникающий только в конкретной "фобической" ситуации и не существующий вне ее |
|  |  |  |
| В | 018 | Анализ (по Юнгу) - это |
| О | А | диалектический многосоставной обмен между двумя личностями; попытка исцеления из личности самого пациента |
| О | Б | техника, которую возможно применять согласно правилам |
| О | В | исцеление путем внушений аналитика |
| О | Г | преобладание воли аналитика над волей пациента |
|  |  |  |
| В | 019 | В чем состоит (по Юнгу) работа сна (сновидения)? |
| О | А | с помощью сна инстинктивные силы влияют на активность сознания; символы сна есть проявления той сферы, которая вне контроля разума |
| О | Б | в работе сна нет смысла и целенаправленности |
| О | В | в маскировке бессознательных желаний |
| О | Г | сон продуцирует определенную мысль |
|  |  |  |
| В | 020 | Сон (сновидение) - это (К.Юнг) |
| О | А | явление, служащее целям компенсации; нормальное психическое явление, передающее бессознательные реакции или спонтанные импульсы сознанию |
| О | Б | символы бессознательных сексуальных желаний |
| О | В | символическое переживание своей неполноценности |
| О | Г | архетипы аутоагрессии |
| **ВАРИАНТ № 5** |
| В | 01 | Архетипы - это все перечисленное, за исключением (К.Юнг) |
| О | А | некоторых вполне определенных мифологических образов и мотивов |
| О | Б | "архаических остатков" (З.Фрейд) |
| О | В | часто наблюдаемых в снах элементов, не индивидуальных и не выводимых из личного опыта сновидца |
| О | Г | "первобытных образов" (К.Юнг) |
|  |  |  |
| В | 02 | Леонгард (1976) предложил и описал следующие типы акцентуированных личностей |
| О | А | гипертимический и аффективно-лабильный |
| О | Б | циклоидный |
| О | В | сенситивный |
| О | Г | шизоидный |
|  |  |  |
| В | 03 | В классификации типов акцентуаций характера по Личко выделяют |
| О | А | лабильный |
| О | Б | эмотивный |
| О | В | интровертированный |
| О | Г | демонстративный |
|  |  |  |
| В | 04 | В структуре личности, по Юнгу, существуют все следующие основные компоненты, кроме |
| О | А | архитипа и расового бессознательного |
| О | Б | личного бессознательного |
| О | В | коллективного бессознательного |
| О | Г | сознания |
|  |  |  |
| В | 05 | По Хорни, человеком управляют следующие основные тенденции |
| О | А | стремление к удовлетворению своих желаний и стремление к безопасности |
| О | Б | либидо |
| О | В | врожденная агрессивность |
| О | Г | генетическое стремление к власти |
|  |  |  |
| В | 06 | По Фромму, "социальный характер" формируется непосредственно |
| О | А | общественной адаптацией уже существующих человеческих потребностей |
| О | Б | обществом |
| О | В | идеологией |
| О | Г | культурой |
|  |  |  |
| В | 07 | Основными моментами (звеньями) в концепции личности Роджерса являются все перечисленное, кроме |
| О | А | врожденной агрессивности человека |
| О | Б | категории самооценки |
| О | В | перенесения ребенком источника оценок на других людей |
| О | Г | ситуации, в результате которой ребенок "предает мудрость своего организма" и ведет себя так, как принято, чтобы не потерять любовь окружающих |
|  |  |  |
| В | 08 | Олпорт выделяет следующие черты, свойственные здоровой личности |
| О | А | постоянный процесс индивидуализации |
| О | Б | вытеснение |
| О | В | проекция |
| О | Г | сублимация |
|  |  |  |
| В | 09 | Основными положениями концепции личности Маслоу являются все перечисленные, кроме |
| О | А | оздоровление общества - это укрощение агрессии и либидо |
| О | Б | человек и животное изначально добры |
| О | В | человек обязан быть тем, чем он может стать |
| О | Г | потребности в самоактуализации у невротиков не возникает |
|  |  |  |
| В | 010 | Основными положениями экзистенциальной теории в обобщенной форме являются (по Б.В.Зейгарник) все перечисленные, исключая |
| О | А | структура человеческой личности (данный характерологический склад) генетически предопределена; психопатологическое видение людей и человеческих отношений |
| О | Б | человеческая психика, сознание не могут быть сведены к физиологическим механизмам |
| О | В | человек не может рассматриваться изолированно от окружающего мира, с которым он находится в постоянном взаимодействии |
| О | Г | специфически человеческим является "рефлектирующее" сознание, посредством которого человек высвобождается из ситуации и противостоит ей |
|  |  |  |
| В | 011 | Основными положениями "понимающей психологии" Шпрангера являются все перечисленные, кроме |
| О | А | психическое "излучается" врожденным, биологическим темпераментом; психическое - это сопереживание |
| О | Б | психическое сводится к интуитивному пониманию "модулей действительности жизни" |
| О | В | психическое сводится к интуитивному пониманию "модулей действительности жизни" |
| О | Г | структура отдельной личности соотносится с духовными ценностями, культурой общества |
|  |  |  |
| В | 012 | Фрустрационный тест Розенцвейга выявляет все перечисленное, кроме |
| О | А | силы либидо личности исследуемого и уровня притязаний личности |
| О | Б | экстрапунитивности личности исследуемого |
| О | В | интрапунитивности личности исследуемого |
| О | Г | импунитивности личности исследуемого |
|  |  |  |
| В | 013 | Клинический метод изучения здоровой личности заключается в том, что |
| О | А | особенности здоровой личности клинически оцениваются с точки зрения возможных их патологических заострений, "гипертрофий"; здоровую (акцентированную) личность клинически сравнивают с соответствующей ей по "рисунку" структуре психопатической |
| О | Б | исследуется Миннесотским опросником личность соматически больного |
| О | В | исследуются возникшие на здоровой личностной почве психогенные расстройства |
| О | Г | психологическими тестами исследуют душевноздорового |
|  |  |  |
| В | 014 | Защитный психологический механизм "вытеснения" характерен для страдающих |
| О | А | истерическим неврозом |
| О | Б | депрессивным неврозом |
| О | В | неврозом навязчивых состояний |
| О | Г | неврастенией |
|  |  |  |
| В | 015 | Для страдающих неврастенией характерна психологическая защита по типу |
| О | А | "отрицания", "рационализации" |
| О | Б | шизоидизации |
| О | В | "интермиссии", "агглютинации" |
| О | Г | "интеллектуализации" |
|  |  |  |
| В | 016 | Противоречие между возможностями личности и завышенными требованиями к себе приводит к возникновению (по Мясищеву) |
| О | А | неврастении |
| О | Б | истерического невроза |
| О | В | ипохондрического невроза |
| О | Г | депрессивного невроза |
|  |  |  |
| В | 017 | Внутренняя картина болезни включает в себя |
| О | А | то, что знает больной о своей болезни из медицинской литературы; всю массу болезненных, тягостных ощущений |
| О | Б | данные рентгенологического исследования |
| О | В | все то, что удается получить с помощью биохимического исследования |
| О | Г | все то же самое, что и субъективные жалобы больного |
|  |  |  |
| В | 018 | Клиническая психология включает в себя (А.В.Петровский и М.Г.Ярошевский, 1990) |
| О | А | нейропсихологию и соматопсихологию |
| О | Б | нейролингвистику |
| О | В | психотерапию |
| О | Г | психогигиену |
|  |  |  |
| В | 019 | В задачу медицинской психологии входит все перечисленное, кроме (М.М.Кабанов, А.Е.Личко, В.М.Смирнов, 1983) |
| О | А | лечения пограничных расстройств |
| О | Б | изучения влияния тех или иных болезней на психику |
| О | В | изучения психических проявлений различных болезней в их динамике |
| О | Г | изучения характера отношений больного человека с окружающей его микросредой |
|  |  |  |
| В | 020 | Клиническими направлениями (подходами) психотерапии, включенными в область клинической медицины, являются |
| О | А | психотерапевтический подход Э.Кречмера |
| О | Б | нейро-лингвистическое программирование |
| О | В | психоанализ Фромма |
| О | Г | гуманистическая психотерапия Маслоу |

**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 «Симуляционный курс»**

ЗАЧЁТНЫЙ БИЛЕТ № 1

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №1 /**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Проблемы и нормативы правовые в психотерапии.
2. Определение психотерапии.
3. Определение личности. Свойства личности

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

 Задача № 3

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**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 «Симуляционный курс»**

ЗАЧЁТНЫЙ БИЛЕТ № 2

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №5/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Проблемы и нормативы организационные в психотерапии.

2. Классификация психологических средств лечения.

3. Структурирование проблемного состояния.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 10

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**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 «Симуляционный курс»**

ЗАЧЁТНЫЙ БИЛЕТ № 3

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

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Проблемы и нормативы профилактические в психотерапии.

2. Психотерапевтические приемы и техники.

3. Критерии эффективности психотерапии.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 3

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**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 «Симуляционный курс»**

ЗАЧЁТНЫЙ БИЛЕТ № 4

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №2/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Проблемы и нормативы диагностические в психотерапии.

2. Психотерапевтические методы.

3. Баллинтовские группы.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 7

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

**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 «Симуляционный курс»**

ЗАЧЁТНЫЙ БИЛЕТ № 5

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №4/**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Проблемы и нормативы лечебно-реабилитационные в психотерапии.

2. Психотерапевтические направления.

3. Структура психотерапевтической службы.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Задача № 8

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 вопросС/практического задания) |
| 1 | УК-1: готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | **Знать** Основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохраненияОбщие вопросы организации психиатрической/ психотерапевтической помощи в стране, республике, городе и т.д. | вопросы №1-5,12-15,56-62 |
| **Уметь** Фиксировать информацию, полученную при расспросе и одновременном наблюдении особенности поведения, внешнего вида и высказываний пациентаАнализировать анамнез пациентаАнализировать показатели заболеваемости, инвалидности и смертности среди прикрепленного контингента населенияРаботать в информационно-аналитических системах (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения)Оценивать и анализировать качество оказания медицинской помощи по объективным критериям, организовывать и проводить оценку субъективной удовлетворенности больных лечениемСоставлять отчет о своей работе и давать анализ ее эффективности | вопросы №7-18,40,55-62практические задания (ситуационные задачи) №1-10 |
| **Владеть** Составление дифференцированного плана ведения пациентаПроведение анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности среди прикрепленного контингента населенияКонтроль качества оказания медицинской помощи в подразделении | Ситуационные задачи №1-10 |
| 2 | ПК-5 - диагностическая деятельность: 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** Порядок первичного освидетельствования пациентов психиатром, вопросы госпитализации в психиатрическое /наркологическое учреждение по неотложной помощиКлиническая картина психических заболеваний, их этиология и патогенезСимптоматика состояний, требующих неотложной госпитализации или применения методов интенсивной терапии  | вопросы №20-48 |
| **Уметь** Фиксировать результаты диагностического обследования с помощью психометрических клинических, скрининговых шкал и специальных анкет-опросниковОформлять направления на необходимые специальные исследования (лабораторные, рентгенологические, функциональные), Организовывать их выполнение и дать правильную интерпретациюОформлять всю необходимую медицинскую документацию, в том числе в случае госпитализации пациента | вопросы №40-56практические задания (ситуационные задачи) №1-10 |
| **Владеть** Ведение истории болезни, фиксация жалоб пациента, фиксация диагноза пациентаОформление необходимых форм первичной медицинской документации, в том числе в электронном видеОформление листа нетрудоспособностиОформление справокПредоставление медико-статистических показателей в установленном порядкеОформление иной документацииОформление документации, необходимой для проведения медико-социальной экспертизы | Ситуационные задачи №1-10 |
| 6 | ПК-6 - лечебная деятельность: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в психотерапевтической медицинской помощи; | **Знать**Вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, МСЭКВопросы судебно-психиатрической и военной экспертизыВопросы медицинского освидетельствованияПорядки оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, в т.ч. по профилю «наркология»Стандарты медицинской помощи при психических расстройствах, расстройствах поведения и по наркологииВопросы обеспечения, управления и контроля качества медицинской помощиОсновы эпидемиологии и медицинской статистикиСпособы взаимодействия с другими врачами-специалистами, различными службами, учреждениями, организациями, в том числе страховыми компаниями,ассоциациями врачей и т.д. |  |
| **Уметь**Предоставлять медико-статистические показатели в установленном порядкеОформлять документацию, необходимую для проведения медико-социальной экспертизыВзаимодействовать с другими врачами-специалистами | вопросы №7-17, 37-53 |
| **Владеть** Ведение истории болезни, фиксация жалоб пациента, фиксация диагноза пациентаОформление необходимых форм первичной медицинской документации, в том числе в электронном видеОформление листа нетрудоспособностиОформление справокПредоставление медико-статистических показателей в установленном порядкеОформление иной документацииОформление документации, необходимой для проведения медико-социальной экспертизы | Ситуационные задачи №1-10 |