

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ «НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО НГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)

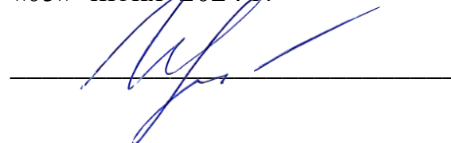
УТВЕРЖДАЮ

Декан

факультета социальной работы и
клинической психологии

Гуляевская Н.В.

«05» июня 2024 г.



ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДИСЦИПЛИНЫ

Психосоматика

Шифр дисциплины: Б1.О.33

Специальность: 37.05.01 Клиническая психология

Форма обучения: очная

Год набора: 2024

Оценочные материалы по дисциплине «Психосоматика» является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы специалитета по специальности 37.05.01 – «Клиническая психология»

Оценочные материалы разработали сотрудники кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание
1	2	3
Сарычева Ю.В.	доцент	к.м.н., доцент
Ласовская Т.Ю.	доцент	к.м.н., доцент

Рецензент(ы):

Фамилия И.О.	Должность	Ученая степень, ученое звание	Кафедра/организация
1	2	3	4
Ганпанцурова О.Б.	доцент	к.псих.н., доцент	Кафедра практической и специальной психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»

Оценочные материалы рассмотрены и одобрены на заседании кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии
Протокол № «07» от «05» июня 2024 г.

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Овчинников А.А.



Оценочные материалы рассмотрены и одобрены на заседании цикловой методической комиссии по специальности «Клинической психологии» и «Социальная работа».
Протокол № «06» от «31» мая 2024 г.

Содержание

1. Реестр оценочных материалов для проведения текущего контроля успеваемости по дисциплине	4
2. Реестр оценочных материалов для проведения промежуточной аттестации по дисциплине	4
3. Этапы формирования компетенций и оценочные материалы для проверки хода освоения дисциплины и достижения планируемых результатов обучения	5
4. Входной контроль	9
5. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости по дисциплине	16
6. Оценочные материалы для проведения итогового контроля по дисциплине.....	59

1. Реестр оценочных материалов для проведения текущего контроля успеваемости по дисциплине

№ п/п	Тема	Оценочное средство	Количество вопросов (заданий)
1.	Тема 1. Психосоматика как наука. Методы исследования в психосоматике	Устный опрос	
		Тестовые задания	23
		Практические навыки	6
2.	Тема 2. Психосоматические теории	Устный опрос	
		Тестовые задания	54
		Практические навыки	5, 1
3.	Тема 3. Психотерапия психосоматических больных	Устный опрос	
		Тестовые задания	10
		Практические навыки	1
4.	Тема 4. Внутренняя картина болезни. Нозогении	Тестовые задания	13
		Практические навыки	5
5.	Тема 5. Психосоматические аспекты в кардиологии	Устный опрос	
		Тестовые задания	24
		Практические навыки	2,1
6.	Тема 6. Психосоматические аспекты гастроэнтерологии	Устный опрос	
		Тестовые задания	7
7.	Тема 7. Психосоматические аспекты пульмонологии	Устный опрос	
		Тестовые задания	10
8.	Тема 8. Психосоматические аспекты эндокринологии	Устный опрос	
		Тестовые задания	12
		Практические навыки	1
9.	Тема 9. Психосоматические аспекты в онкологии.	Устный опрос	
		Тестовые задания	25
10.	Тема 10. Психосоматические аспекты нарушений пищевого поведения	Устный опрос	
		Тестовые задания	9
		Практические навыки	2,1
11.	Тема 11. Психосоматические аспекты в акушерстве и гинекологии. Психосексуальные расстройства	Устный опрос	
		Тестовые задания	10
12.	Тема 12. Психосоматические аспекты кожных заболеваний	Устный опрос	
		Тестовые задания	8
13.	Тема 13. Введение в психосоматическую медицину детского возраста.	Устный опрос	
		Тестовые задания	8
		Практические навыки	

2. Реестр оценочных материалов для проведения промежуточной аттестации по дисциплине

Оценочное средство	Количество вопросов (заданий)
Итоговый тестовый контроль	213
Курсовая работа	1
Прием практических навыков	27
Билеты к экзамену	32

3. Этапы формирования компетенций и оценочные материалы для проверки хода освоения дисциплины и достижения планируемых результатов обучения

Перечень компетенций	Этапы формирования компетенций (Зн., Ум., Вл.)	Оценочные материалы	Темы дисциплины, обеспечивающие этапы формирования компетенций
ПК-2 готовностью выявлять и анализировать информацию о потребностях пациента и медицинского персонала	Зн.1. Основные модели формирования психосоматических расстройств, роль нарушений в эмоционально-потребностной сферы в их развитии	Тест (компьютерный вариант) Итоговый тест	Тема 2,5,6,7,8,9,10,11,12,13
	Зн.2 Основные симптомы психосоматических расстройств и жалобы пациентов	Тест (компьютерный вариант) Итоговый тест	Тема 1,5,6,7,8,9,10,11,12,13
	Зн.3. Структуру клинического интервью и принципы сбора анамнеза	Тест (компьютерный вариант) Итоговый тест	Тема 1
	Ум.1 Проводить клиническое интервью с психосоматическим пациентом	Оценка практических навыков	Тема 1,2
	Вл.1. Навыками структурирования беседы и установления контакта с психосоматическим пациентом	Оценка практических навыков	Тема 1
ПК-3 способностью планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое	Зн.4. Методики диагностики факторов риска психосоматических	Тест (компьютерный вариант)	Тема 1

<p>обследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этико-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик</p>		Итоговый тест	
	Зн.5. Методики исследования эмоционально-личностной сферы	Тест (компьютерный вариант) Итоговый тест	Тема 1
	Зн.6 Методики исследования психологических реакций на заболевание, внутренней картины болезни и здоровья	Тест (компьютерный вариант) Итоговый тест	Тема 1
	Зн.7 Методики исследования мотивационно-поведенческой сферы, приверженности лечению	Тест (компьютерный вариант) Итоговый тест	Тема 1
	Зн.8. Методики исследования качества жизни, связанного со здоровьем	Тест (компьютерный вариант) Итоговый тест	Тема 8
	Ум.2 Осуществлять подбор методов диагностики и психологической оценки состояния психического, психосоматического здоровья и развития в детском и взрослом возрасте;	Оценка практических навыков	Тема 1,2,5,6,7,8,9,10,11,12,13
	Ум.3. Самостоятельно формулировать практические и исследовательские задачи, составлять программы диагностического обследования индивида	Курсовая работа	Тема 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13
	Ум.4. Формулировать гипотезы о механизмах формирования психосоматических расстройств на основании полученных данных	Оценка практических навыков	Тема 1

	Вл.2. Выбирать и применять методы психологической оценки и диагностики, соответствующие поставленной задаче	Оценка практических навыков	Тема 1,
	Вл.3. Навыками планирования и выполнения научно-исследовательской работы студента	Курсовая работа	Тема 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13
	Вл.4. Навыками анализа и интерпретации полученных данных	Оценка практических навыков	Тема 1
	Вл.5. Навыками представления результатов научного исследования в виде оформленной работы и презентации доклада	Курсовая работа	Тема 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13
ПК-5 способностью и готовностью определять цели и самостоятельно или в кооперации с коллегами разрабатывать программы психологического вмешательства с учетом нозологических и индивидуально-психологических характеристик, квалифицированно осуществлять клиничко-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития;	Зн.9. Основные направления психокоррекционного вмешательства при психосоматических расстройствах, методы поведенческой терапии и саморегуляции в стрессовых ситуациях	Тест (компьютерный вариант) Итоговый тест	Тема 4
	Зн.10. Особенности психокоррекционных технологий при работе с различными психосоматическими расстройствами	Тест (компьютерный вариант) Итоговый тест	Тема 4,5, 6,7,8,9,10,11,12
	Зн.11 Особенности психокоррекционных технологий при работе с детьми и взрослыми	Тест (компьютерный вариант) Итоговый тест	Тема 4,13

	Ум.5. Подбирать и применять психокоррекционные методики с учетом нозологических и индивидуально-психологических характеристик,	Оценка практических навыков Тест (компьютерный вариант)	Тема 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13
	Вл.6. Навыками саморегуляции психического и соматического состояния в сохранении собственного здоровья	Оценка практических навыков	Тема 4
ПК-7 Готовностью и способностью осуществлять психологическое консультирование населения в целях психопрофилактики, сохранения и улучшения психического и физического здоровья, формирования здорового образа жизни, а также личностного развития	Зн.12. Роль раннего онтогенеза в возникновении психосоматических расстройств	Тест (компьютерный вариант) Итоговый тест	Тема 2, 12
	Зн.13. Значение алекситимии, принципы диагностики и коррекции алекситимии как фактора риска психосоматических расстройств	Тест (компьютерный вариант) Итоговый тест	Тема 2,4
	Зн.14. Типологию личностей склонных к психосоматическим расстройствам	Тест (компьютерный вариант) Итоговый тест	Тема 2, 4
	Зн.15. Роль стресса и копинг стратегии в возникновении психосоматических расстройств	Тест (компьютерный вариант) Итоговый тест	Тема 2,4
	Зн.16. Роль семьи в возникновении психосоматических расстройств	Тест (компьютерный вариант) Итоговый тест	Тема 2, 4,13
	Ум.6. Применять навыки психологического консультирования при работе со здоровыми людьми с целью сохранения и улучшения психического и физического здоровья, формирования здорового образа жизни, а также личностного развития	Оценка практических навыков Тест (компьютерный вариант)	Тема 2,3,4

	Вл.7. Навыками диагностики способов «ухода от чувств» и техниками психокоррекции	Оценка практических навыков Тест (компьютерный вариант)	Тема 2
ПК-10 готовностью формировать установки, направленные на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей, гуманистическое взаимодействие с окружающим миром, популяризировать психологические знания;	Зн.17. Знать определение, основные направления, задачи психосоматики как науки	Тест (компьютерный вариант) Итоговый тест	Тема 1,
	Ум.7. Построить план психопрофилактической беседы	Курсовая работа	Тема 1
	Вл.8 Навыками проведения информационных бесед на тему о здоровом образе жизни	Оценка практических навыков Тест	Тема 1

4.

5.

2. Входной контроль

Входной контроль осуществляется на первом семинарском занятии в виде тестирования в компьютерном классе, расположенном в 6-ом учебном корпусе, либо в виде собеседования. Входной контроль нацелен на выявление остаточных знаний по дисциплине «введение в клиническую психологию».

1.Сроки проведения - на 1 занятии

2.Форма - письменное тестирование

3.Критерии и шкалы оценивания - 0-69% - неудовлетворительно; 70-79% - удовлетворительно, 80-89% - хорошо, 90-100% - отлично

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

V1: Введение в клиническую психологию

V2: Общие вопросы клинической психологии

V3: Введение в клиническую психологию

I:

S: Термин «клиническая психология» введен американским психологом ###

+: Уитмором

+: У*тм*р*м

+: У*тм*р#\$#

I:

S: Предметом клинической психологии является ### больного человека, раскрываемая психологическими понятиями

+: психика

+: пс*х*к*

+: пс*х*к#\$#

I:

S: Структуру нарушений психической деятельности, закономерности ее распада в их сопоставлении с нормой исследует

-: неврология

+: патопсихология

-: нейропсихология

-: аддиктология

-: психопатология

I:

S: Описанием признаков психического заболевания в динамике, в течении болезни занимается

-: патопсихология

-: нейропсихология

+: психопатология

I:

S: Установите соответствие

L1: Психопатология

L2: Патопсихология

R1: занимается описанием признаков психического заболевания в динамике, в течении болезни

R2: исследует структуру нарушений психической деятельности, закономерности ее распада в их сопоставлении с нормой

I:

S: Установите соответствие

L1: Психопатология

L2: Патопсихология

R1: Использует клинико-описательные методы

R2: Использует экспериментально-психологические методы

I:

S: Направление медицинской психологии, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение ряда соматических заболеваний, называется

-: соматопсихика

-: соматопсихология

+: психосоматика

-: терапия

I:

S: Отрасль психологической науки, сложившаяся на стыке психологии, медицины (нейрохирургии, неврологии), физиологии и направленная на изучение мозговых механизмов высших психических функций называется

-: физиология ВНД

-: анатомия ЦНС

+: нейропсихология

-: патопсихология

I:

S: Теоретической основой нейропсихологии является разработанная ... теория системной динамической локализации психических процессов.

-: Б.В. Зейгарник

+: А.Р. Лурией

-: И.П. Павловым

-: В.М. Бехтеревым

I:

S: Основателем отечественной патопсихологии считается

+: Б.В. Зейгарник

-: А.Р. Лурия

-: И.П. Павлов

-: В.М. Бехтерев

I:

S: Одной из практических задач клинической психологии является...

- : Решение психофизической проблемы
- +: решение экспертных задач
- : решение психофизиологической проблемы

I:

S: Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» определяет обязательным

- : госпитализацию всех лиц с психическими расстройствами
- : диспансеризацию всех лиц с психическими расстройствами
- +: возможность отказа от психиатрического лечения

I:

S: Сохранение в тайне информации, полученной психологом об индивиде в ходе обучения, практики или исследования, составляет этический принцип:

- : Ответственности
- +: Конфиденциальности
- : Благополучия клиента

I:

S: Психолог, давший согласие на консультирование друзей или сотрудников, нарушает этический принцип:

- : Непричинения вреда клиенту
- +: Запрет на двойные отношения
- : Конфиденциальности

V3: Методологические проблемы клинической психологии. Проблема нормы и патологии

I:

S: Соответствие между походами к пониманию психического здоровья и описанием нормы

- L1: описательный подход
- L2: нравственно-этический подход
- L3: среднестатистическая норма

- R1: разработка критериев, определяющих психическую норму
- R2: нравственность как разновидность терапии душевных болезней
- R3: наибольшая частота проявления признаков психического здоровья

I:

S: Строго фиксированное по форме описание признака, соотнесенного с определенной патологией – это ...

+: симптом

+: с*МПТ*М

V3: Методы исследования в клинической психологии

I:

S: Одним из принципов интервью является:

-: пристрастность опроса

+: однозначность и точность

-: обязательное использование терминологии

I:

S: К проективным методам исследования относится:

-: клиническая беседа

-: сбор анамнеза

-: тест Басса-Дарки

+: тест Люшера

I:

S: К психометрическим методам исследования относится

-: клиническая беседа

-: сбор анамнеза

+: тест Басса-Дарки

-: тест Люшера

V2: Клиническая психология в психиатрии

V3: Основы патопсихологии и психопатологии

I:

S: Основные положения отечественной патопсихологии разработаны...

-: Мясищевым

+: Зейгарник

-: Россолимо

-: Лурия

I:

S: Основным принципом экспериментального патопсихологического исследования является принцип...

+: качественного анализа нарушений психической деятельности

- : моделирования отдельных видов психической деятельности
- : варьирования условий эксперимента

I:

S: В патопсихологии для исследования процессов мышления применяется методика...

- : тематический апперцептивный тест
- +: Исключение лишнего
- : Шкала Спилбера-Ханина

I:

S: Методика классификации предметов используется для оценки...

- +: Мышления
- : Памяти
- : Внимания
- : восприятия

I:

S: Для исследования внимания в клинической психологии используется методика

- : таблицы ТАТ
- : таблицы Роршаха
- +: таблицы Шульте
- : исключение лишнего

I:

S: Корректурная проба в патопсихологическом исследовании используется для оценки

- : памяти
- +: внимания
- : мышления

I:

S: Для исследования личностных особенностей в патопсихологии используется методика

- : Векслера
- : Шульте
- +: ММРІ
- : Струпа

I:

S: Установите соответствие

L1: Психометрический подход

L2: Клинический подход

R1: Сравнение с количественной нормой, измерение результата, отдельных характеристик

R2: Качественный анализ, изучение феномена, явления, человека, ответ на вопрос «как», изучение механизмов, причин

I:

S: Раздел клинической психологии, который исследует структуру нарушений психической деятельности, закономерности ее распада в их сопоставлении с нормой называется ...

- : психопатология
- +: патопсихология
- : психиатрия

I:

S: Структура нарушений психики, закономерности ее распада являются ... патопсихологии

- : Объектом
- +: Предметом
- : Методом

V3: Типология нарушений психических процессов

I:

S: Нарушения, причины которых основаны на психотравмирующих событиях - конфликты, горе и др. (невротические расстройства, нарушения адаптации) относят к типу.

- : соматогенному
- : эндогенному
- +: психогенному
- : экзогенному

I:

S: Одним из критериев психотического уровня нарушений является ...

- : Отсутствие вегетативных симптомов
- +: Отсутствие критики к заболеванию
- : Наличие психомоторного возбуждения
- : Отсутствие расстройств настроения

I:

S: К психотическим расстройствам относится ...

- +: шизофрения
- : невротическое расстройство
- : личностное расстройство

I:

S: Иллюзии – искаженное восприятие ... объекта.

- : воображаемого
- +: реального
- : мнимого

I:

S: Расстройства восприятия с проявлением тактильных, зрительных, слуховых или каких-либо иных образов, возникающие без наличия раздражителя –

- : агнозии
- +: галлюцинации
- : иллюзии
- : дереализация

I:

S: Проецирование необычных, причудливых ощущений внутрь телесного Я называется

- : гипестезия
- : гиперестезия
- : анестезия
- +: сенестопатия

I:

S: Психосенсорные расстройства, агнозии, иллюзии, галлюцинации относят к нарушениям

- : Ощущений
- +: Восприятия
- : Мышления
- : Памяти

I:

S: Системное искажение картины мира – мир кажется мертвым, нарисованным, неестественным называется ...

- : деперсонализация
- +: дереализация
- : иллюзии
- : галлюцинации

I:

S: Укажите соответствие:

L1: Сверхценные идеи

L2: Навязчивые мысли

L3: Бредовые идеи

R1: Идеи доминирующего характера, почти полностью охватывающие сознание больного, возникающие на реальной основе

R2: Ложные суждения, возникающие на болезненной основе, не поддающиеся разубеждению

R3: Стойкие, повторяющиеся, носящие насильственный характер мысли при наличии критичности

I:

S: Мысли, воспоминания, сомнения, носящие насильственный характер при сохранении к ним критического отношения. Возникают произвольно, чужды сознанию

- +: Навязчивые идеи
- : Сверхценные идеи
- : Бредоподобные идеи
- : Бредовые идеи

I:

S: Для диагностики нарушений мышления используется методика

- : Рисунок человека
- +: Исключение лишнего
- : Таблицы Шульте-Горбова
- : 10 слов
- +: Исключение лишнего

I:

S: Полная потеря памяти называется ...

- : Апатия
- : Абулия
- +: Амнезия
- : Акалькулия

I:

S: Повышенная эмоциональная чувствительность, ранимость, обостренность реакций характерны для

- : Амбивалентности эмоций
- +: Эмоциональной гиперестезии
- : Эмоциональной гипестезии
- : Эмоциональной тупости

I:

S: При маниакальном состоянии наиболее типичным эмоциональным расстройством является

- : дисфория
- : депрессия
- : апатия
- +: эйфория

I:

S: Уплотнение, оскудение, обеднение эмоций характерны для ...

- : Амбивалентности эмоций
- : Эмоциональной гиперестезии
- : Эмоциональной гипестезии
- +: Эмоциональной тупости

I:

S: Обилие зрительных и слуховых галлюцинаций устрашающего характера наблюдается при:

- : онейроиде
- : сопоре
- : оглушении
- +: делирии

V3: Основы неврологии

I:

S: Для невротического расстройства характерно, что в основе лежат ...:

- : перенесенные черепно-мозговые травмы
- +: внутриличностные конфликты
- : повреждения внутренних органов.
- : сосудистые нарушения головного мозга.

I:

S: Симптомы интенсивного страха в одиночестве, страх «сойти с ума», избегание поездок в транспорте, поездок на отдаленные расстояния характерен для состояния:

- : социальная фобия
- : панические атаки
- : тревожное расстройство
- +: агорафобия

I:

S: Навязчивый страх оказаться в центре внимания и избегание этого характерен для ... фобии.

- : Специфической
- : Изолированной
- +: Социальной
- : Сенситивной

V2: Клиническая психология в соматической клинике

V3: Основы психосоматики

I:

S: Направление медицинской психологии, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение ряда соматических заболеваний называется ###

психосоматика

пс*х*с*м*т*ка

пс*х*с*м*т*к#\$#

I:

S: Первая стадия стресса по Г. Селье это:

- + : Стадия тревоги
- : Стадия истощения
- : Стадия резистентности

I:

S: Неспособность распознать и выразить переживаемые чувства, называется ###

- + : алекситимия
- + : ал*кс*т*мия
- + : ал*кс*т*м#\$#

I:

S: Информационная сторона внутренней картины болезни включает:

- + : Знания пациента о болезни, ее причинах, возможностях лечения
- : Ощущения: боль, дискомфорт, жжение
- : Выполнение рекомендаций врача
- : Страх, гнев при постановке диагноза

I:

S: Воздействие с помощью психологических средств на психику человека, с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к заболеванию, к себе и окружающему миру, называется:

- + : Психотерапия
- : Психологическая коррекция
- : Психопрофилактика

V2: Вопросы психопрофилактики в работе клинического психолога

V3: Психопрофилактика. Синдром эмоционального выгорания

I:

S: Работа по предупреждению возникновения дезадаптации (например, у сотрудников медицинской организации), называется:

- : Психологическое консультирование
- +: Психопрофилактика
- : Психотерапия

I:

S: Деперсонализация как составляющая СЭВ предполагает

- : Чувство некомпетентности работника в своей профессиональной сфере
- +: Циничное отношение к труду и объектам своего труда
- : Чувство опустошенности и усталости, вызванное работой

I:

S: Осознание работником неуспеха в профессиональной сфере в структуре синдрома эмоционального выгорания представляет собой:

- +: Редукцию профессиональных достижений
- : Деперсонализацию
- : Эмоциональное истощение

I:

S: Изображение отсутствующего заболевания называется:

- : Аггравация,
- +: Симуляция,
- : Диссимуляция

Критерии оценивания

- *критерии оценивания тестовых заданий*: 0-69% - неудовлетворительно;
70-79% - удовлетворительно, 80-89% - хорошо, 90-100% - отлично;

3. Фонд оценочных средств для текущей аттестации по дисциплине

«Психосоматика»

3.1. Фонд рубежных контролей

Критерии оценивания

- *критерии оценивания тестовых заданий*: 0-69% - неудовлетворительно; 70-79% - удовлетворительно, 80-89% - хорошо, 90-100% - отлично

V2: ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОСОМАТИКУ

V3: Психосоматика как наука

I:

S: Термин «психосоматика» введен ###

+: Гейнротом

+: Г*йнр*т*м

+: Г*йнр*#\$#

I:

S: Термин «психосоматика» введен:

+: Гейнротом

-: Фрейдом

-: Вайцеккером

-: Данбар

I:

S: Термин «психосоматика» введен:

-: Александером

-: Сифнесом

+: Гейнротом

-: Минухиным

I:

S: Термин «психосоматика» введен в:

+: 1818 году

-: 1900 году

-: 1918 году

I:

S: Термин «психосоматика» введен в:

-: 1718 году

+: 1818 году

-: 1918 году

I:

S: Основной целью психосоматики является:

-: Разработка методов психотерапии психосоматических больных

+: Выявление связи между психологическими факторами и течением соматического заболевания

-: Изучение особенностей личности соматических больных

I:

S: Выявление связи между психологическими факторами и течением соматического заболевания является:

+ : Целью психосоматики

- : Задачей психосоматики

- : результатом психосоматики

I:

S: Основной целью психосоматики является:

- : Изучение становления психосоматических функций в онтогенезе

- : Изучение влияния ближайшего взрослого на развитие психосоматических расстройств у детей

+ : Выявление связи между психологическими факторами и течением соматического заболевания

I:

S: Разработка методов психотерапии психосоматических больных является:

- : Целью психосоматики

+ : Задачей психосоматики

- : результатом психосоматики

I:

S: Изучение влияния ближайшего взрослого на развитие психосоматических расстройств у детей является:

- : Целью психосоматики

+ : Задачей психосоматики

- : результатом психосоматики

I:

S: Вопрос о том, почему патологический процесс возник именно в том или ином органе, является:

+ : Основным вопросом психосоматики

- : Решается клиническим психологом в связи с конкретным психосоциальным стрессом

- : Может не рассматриваться при психотерапии

I:

S: Вопрос о выборе органа в психосоматике – это:

+ : Вопрос о том, почему патологический процесс возник именно в том или ином органе

- : Вопрос об индивидуальной реактивности

- : Вопрос о ведущих защитных механизмах личности

I:

S: Вопрос о том, почему один и тот же сверхсильный раздражитель у одного человека вызывает ярко выраженную эмоциональную реакцию с комплексом специфических вегето-висцеральных сдвигов, а у других они отсутствуют, является:

- : Решается клиническим психологом

+ : Основным вопросом психосоматики

- : Может не рассматриваться при психотерапии

I:

S: Вопрос об индивидуальной реактивности:

+ : отвечает на вопрос о типе личности

-: отвечает на вопрос о выборе органа

-: отвечает на вопрос о пусковом механизме

I:

S: Вопрос о триггерном механизме патологического процесса в начальной стадии его развития:

-: отвечает на вопрос о типе личности

-: отвечает на вопрос о выборе органа

+: отвечает на вопрос о пусковом механизме

I:

S: Направление медицинской психологии, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение ряда соматических заболеваний называется ####

психосоматика

пс*х*с*м*т*ка

пс*х*с*м*т*к#\$#

I:

S: Расстройство функций органов и систем, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов принято называть ... заболеваниями.

-: психотическими

-: психопатическими

+: психосоматическими

-: соматопсихическими

I:

S: К основным вопросам психосоматики не относится

-: Вопрос о пусковом механизме патологического процесса

-: Вопрос о выборе личности

+: Вопрос о причинах психоза

-: Вопрос о выборе органа

I:

S: Риск соматического заболевания после действия стресса увеличивает такая индивидуально-личностная особенность человека как ...

+: чувство беспомощности

-: активность

-: энергичность

-: предприимчивость

I:

S: К основным психосоматическим заболеваниям не относится:

-: Гипертоническая болезнь

-: Язвенная болезнь желудка

-: Ревматоидный артрит

+: Порок клапанов сердца

-: Нейродермит

-: Бронхиальная астма

I:

S: Конверсионные невротические расстройства можно отнести к классу

- + функциональных психосоматических нарушений
- органических психосоматических расстройств
- нарушений поведения с соматическими последствиями

I:

S: Язвенную болезнь можно отнести к классу

- функциональных психосоматических нарушений
- + органических психосоматических расстройств
- нарушений поведения с соматическими последствиями

I:

S: Неврогенную анорексию можно отнести к классу

- функциональных психосоматических нарушений
- органических психосоматических расстройств
- + нарушений поведения с соматическими последствиями

V2: ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОСОМАТИКИ

V3: Психосоматические теории и модели

I:

S: Концепцию «конверсии на орган» разработал ###

- + Фрейд
- + Фр*йд

I:

S: Концепцию «конверсии на орган» разработал:

- + Фрейд
- Данбар
- Александер
- Сифнесс

I:

S: Концепция «конstellляции личностных черт» разработана ###

- + Данбар
- + Д*нб*р

I:

S: Концепция «конstellляции личностных черт» разработана:

- Фрейдом
- + Данбар
- Александером

I:

S: Концепция «конstellляции личностных черт» разработана:

- + Данбар
- Фридманом
- Минухиным

I:
S: «Личность, склонная к повреждениям», описана ###
+: Данбар
+: Д*нб*р

I:
S: «Личность, склонная к повреждениям», описана:
-: Вайцеккером
+: Данбар
-: Томешеком

I:
S: «Ревматическая личность» описана ###
+: Данбар
+: Д*нб*р

I:
S: «Ревматическая личность» описана:
-: Томешеком
-: Фридманом
-: Розенманом
+: Данбар

I:
S: «Коронарная личность» описана ###
+: Данбар
+: Д*нб*р

I:
S: «Коронарная личность» описана:
+: Данбар
-: Томешеком
-: Фридманом
-: Сифнесом

I:
S: Трудности в планировании деятельности, стремление к немедленному удовлетворению возникающих желаний, характерно для:
-: Коронарной личности
+: Личности, склонной к повреждению
-: Ревматической личности

I:
S: Стремление к оказанию помощи, сверхобязательность, сверхсовестливость и потребность в физическом труде, характерно для:
-: Коронарной личности
-: Личности, склонной к повреждениям
+: Ревматической личности

I:
S: Стремление к оказанию помощи, сверхобязательность, сверхсовестливость и потребность в физическом труде, характерно для ### личности

+ : ревматической
+ : р*вм*т*ч*ск*й
+ : р*вм*т*ч*с#\$#

I:

S: Трудности в планировании деятельности, стремление к немедленному удовлетворению возникающих желаний, характерно для личности ###

+ : склонной к повреждениям
+ : скл*нной к п*вр*жд*ниям
+ : скл*нн#\$# к п*вр*жд*ниям

I:

S: Проведение большого количества времени на работе, в ущерб общению с друзьями, семьей или увлечениям, характерно для ### личности

+ : коронарной
+ : к*р*н*рной
+ : к*р*н*рн#\$#

I:

S: Проведение большого количества времени на работе, в ущерб общению с друзьями, семьей или увлечениям, характерно для:

+ : Коронарной личности
- : Личности, склонной к повреждению
- : Ревматической личности

I:

S: Неспособность распознать и выразить переживаемые чувства, называется ###

+ : алекситимия
+ : ал*кс*т*мия
+ : ал*кс*т*м#\$#

I:

S: Термин «алекситимия» означает:

- : Расстройство способности прочитывать текст
+ : Неспособность распознать и выразить переживаемые чувства
- : Утрату эмоциональных реакций на окружающее

I:

S: Стремление к конкурентной борьбе, работоголизм, склонность к контролю окружающих и высокий уровень тревожности характерен для типа личности:

+ : A
- : B
- : C
- : D

I:

S: Наличие у пациента типа поведения A:

- : Предрасполагает к развитию бронхиальной астмы
- : Предрасполагает к частым травмам
+ : Повышает риск повторного инфаркта и внезапной смерти
- : Предрасполагает к развитию рака

I:

S: Согласно представлениям Александера, такие психосоматические заболевания как колиты, язвенная болезнь, вызываются:

- : Подавлением страха
- +: Подавлением инфантильной зависимости
- : Подавлением тревоги
- : Подавлением агрессии

I:

S: Из всех черт типа А поведения, наиболее связаны с риском внезапной смерти:

- : Неумение отдыхать
- : Стремление контролировать других
- +: Враждебность

I:

S: Из всех черт типа А поведения, наиболее связаны с риском внезапной смерти:

- +: Тревожность
- : Работоголизм
- : Стремление к соперничеству

I:

S: Франц Александер объяснял возникновение психосоматических заболеваний:

- : Преморбидными особенностями личности больных
- : Кортико-висцеральными взаимосвязями
- +: Типичной конфликтной ситуацией

I:

S: Авторами концепции алекситимии были:

- +: Сифнес и Нейман
- : Фридман и Розенман
- : Минухин и Вайцеккер

I:

S: Тип поведения А описан:

- : Сифнесом и Нейманом
- +: Фридманом и Розенманом
- : Фрейдом и Вайцеккером

I:

S: Тип поведения С описал ###

- +Томешек
- +Т*м*ш*к

I:

S: Ограниченная способность к фантазии, неспособность пользоваться символами, тотальная идентификация с объектом и трудность в описании чувств характерны для ###

- +: алекситимии
- +: ал*кс*т*мии
- +: ал*кс*т*м#\$#

I:

I:
S: Частота алекситимии у здоровых составляет:

-: 3-5%

+: 8-15%

-: 20-50%

I:

S: К формированию алекситимии предрасполагают следующие психосоциальные факторы:

-: Воспитание в неполной семье

-: Ранняя смерть одного из родителей

+: Низкий уровень образования

-: Высокий уровень социальной поддержки

I:

S: К формированию алекситимии предрасполагают следующие психосоциальные факторы:

+: Низкий уровень социальной поддержки

-: Высокий уровень удовлетворенности жизнью

-: Воспитание в полной семье

I:

S: Частота госпитализаций в год у лиц с алекситимией колеблется в пределах:

-: 3-5

-: 5-8

+: 8-11

I:

S: Наличие алекситимии у пациента:

+: Влияет на риск внезапной смерти

-: Не влияет на риск внезапной смерти

-: напрямую связано с риском внезапной смерти

I:

S: Различие частоты алекситимии среди здоровых в пределах 8-15% может быть объяснено:

-: Высокой психологической травматизацией в детстве

-: Воспитанием в неполных семьях

+: Этнокультуральными факторами

I:

S: Частота алекситимии среди здоровых в России:

-: 3%

-: 8%

+: 14%

-: 20%

I:

S: Теорию психосоматической семьи разработал ###

+: Минухин

+: М*н*х*н

I:

S: Теорию психосоматической семьи разработал:

- : Фрейд
- : Данбар
- : Александер
- : Сифнес
- +: Минухин

I:

S: Психосоматическая семья по Минухину характеризуется тем, что:

- : Все члены семьи общаются между собой и умеют слушать друг друга
- : В семье учат уважать других людей, их различия во вкусах
- +: Имеется симбиотическая связь ребенка с одним из родителей

I:

S: Психосоматическая семья по Минухину характеризуется тем, что:

- : В семье имеется общая система ценностей
- : Все члены семьи знают свои права
- +: Все члены семьи избегают выражения несогласия и открытого обсуждения конфликта

I:

S: Симбиотическая связь с ребенком характерна для:

- : Гармоничной семьи
- +: Психосоматической семьи
- : Шизофреногенной семьи

I:

S: Для психосоматической семьи характерно, что:

- +: Ребенок и его болезнь играют роль буфера в семейных конфликтах
- : Уделяется внимание совместным развлечениям
- : Члены семьи не стесняются обращаться за помощью к специалистам в случае возникновения проблем

I:

S: Соответствие автора с предложенной им теоретической моделью психосоматической медицины:

L1: Фрейд З.

L2: Сифнес Р.

L3: Данбар К.

L4: Александер Ф.

R1: Модель «конверсии на орган»

R2: Модель алекситимии

R3: Модель «личностной констелляции»

R4: Модель «специфичности конфликта»

I:

S: Нарушения, сопровождающиеся соматическими симптомами при отсутствии изменений во внутренних органах называются ### расстройствами.

соматоформными

с*м*т*ф*рмными

соматоформн#\$#

I:

S: Укажите соответствие:

L1: Тревога
L2: Депрессия
L3: Ипохондрия
R1: Психомоторное возбуждение, вегетативные симптомы, мучительное чувство стеснения
R2: Ангедония, слабость, апатия, заторможенность, снижение аппетита
R3: Фиксация на своих ощущениях, стремление пройти больше обследований

I:
S: Фактор развития психосоматических расстройств, проявляющийся ощущением беспокойства, вегетативными симптомами, ажитацией называется - ###
тревога
тр*в*га
тр*в*г#\$#

I:
S: Теорию специфического для болезни конфликта создал
-: Данбар
-: Фрейд
+: Александер
-: Кэннон

I:
S: К физиологическим подходам к изучению психосоматических заболеваний НЕ относят
+: конверсионную модель
-: учение о стрессе
-: кортико-висцеральную теорию
-: учение Павлова об условных рефлексах

I:
S: Какое из заболеваний НЕ входит в “святую семерку” психосоматических заболеваний:
-: Бронхиальная астма.
+: Псевдопаралич.
-: Язвенный колит.
-: Ревматоидный артрит.
-: Язвенная болезнь 12 перстной кишки.

I:
S: Правильное соответствие состояний и разделов классификации психосоматических расстройств:
L1: Чувство кома в горле
L2: Истерический невроз
L3: Язвенная болезнь
L4: Алкогольная зависимость
R1: Острые психосоматические реакции
R2: Соматоформные расстройства
R3: Психосоматические заболевания
R4: Нарушения поведения с психосоматическими последствиями

I:

S: Состояние, проявляющееся преимущественно соматическими симптомами, нетипичным болевым синдромом, снижением веса, без жалоб на пониженное настроение, называется #### депрессией

- + : соматизированной
- + : с*м*т*з*р*в*нной
- + : с*м*т*з*р*в*нн#\$#
- + : маскированной
- + : м*ск*р*в*нной
- + : м*ск*р*в*нн#\$#

I:

S: Правильное соотношение симптомов тревоги:

L1: Психопатологические симптомы

L2: Психомоторные симптомы

L3: Вегетативные симптомы

R1: Мучительное витальное чувство стеснения

R2: Феномены мимической экспрессии

R3: Побледнение лица, сухость во рту

I:

S: Правильная последовательность симптомов тревожного ряда по нарастанию интенсивности:

- 1: Ощущение внутренней напряженности
- 2: Собственно тревога
- 3: Страх
- 4: Паника

I:

S: Концепция, предполагающая, что происхождение психосоматических расстройств связано с дефицитом «любви» к своему телу, принадлежит:

- : Ф. Александеру

- : Г.Селье

+ : П.Куттеру

- : М. Балинту

I:

S: Уровень разрешения конфликтов, связанный с включением психологической защиты «соматизация тревоги» по А. Митчерлиху называется:

- : уровень социальных отношений

- : уровень зрелых невротических защит

+ : психосоматический уровень

- : психосоциальный уровень

V3: Методы исследования в психосоматике

I:

S: Оценка уровня тревоги у больных психосоматическими заболеваниями возможна при помощи опросника:

- : Бека

- : Цунга

+ : Спилбергера-Ханина

- : Леонгарда
- : Шмишека

I:

S: Оценка уровня депрессии у больных психосоматическими заболеваниями возможна при помощи опросника:

- +: Цунга
- : Тейлора
- : Спилбергера-Ханина
- : Леонгарда
- : Шмишека

I:

S: Оценка личностной и реактивной тревожности производится с помощью:

- : Госпитальной шкалы тревоги и депрессии
- : Шкалы Бека
- +: Шкалы самооценки Спилбергера-Ханина
- : Шкалы Цунга

I:

S: Оценить наличие субклинического и клинического уровня тревоги и депрессии у психосоматических больных можно с помощью:

- : Опросника Бека
- : Опросника Цунга
- +: Госпитальной шкалы тревоги и депрессии

I:

S: Суть биографического метода состоит в:

- : Детальном изучении биографии пациента
- +: Сопоставлении событий в жизни пациента с течением заболевания
- : Детальной оценке психосоциальных стрессоров в жизни пациента

I:

S: Типы отношения к болезни диагностируются с помощью:

- : MMPI
- : HADS
- +: ЛОБИ

I:

S: С помощью опросника Дженкинса диагностируется:

- +: Тип поведения А
- : Тип поведения С
- : Тип поведения D

I:

S: Тип поведения А диагностируется с помощью опросника ###

- +: Дженкинса
- +: Дж*нк*нса
- +: Дж*нк*н#\$#

I:

S: Тип А поведения может быть диагностирован с помощью опросника:

- : TAS
- : Бека
- : Цунга
- +: Дженкинса

I:

S: Биографический метод в психосоматике позволяет выявить:

- +: Связь стресса и начала заболевания
- : Связь стресса и окончания заболевания
- : Риск генетической патологии
- : Инфекционную природу заболевания

I:

S: Для диагностики алекситимии используется тест:

- : MMPI
- +: TAS
- : TAT

I:

S: К проективным методам диагностики психосоматики относятся:

- : MMPI
- : TAS
- +: TAT

I:

S: Оценка суммарного психосоциального стресса в психосоматике производится с помощью:

- : Шкалы Цунга
- : Госпитальной шкалы тревоги и депрессии
- +: Шкалы Холмса-Рэя

I:

S: Риск развития психосоматического заболевания можно оценить как высокий при общей сумме баллов по шкале Холмса-Рэя:

- : 50-100 баллов
- +: 100-200 баллов
- : 20-300 баллов
- : 30 и более баллов

V3: Психотерапия психосоматических больных.

I:

S: Для коррекции неадекватного поведения в болезни используется метод психотерапии:

- : Гипноз
- +: Школы больных
- : Психоанализ
- : Арт-терапия

I:

S: Длительность психотерапии при истинных психосоматических заболеваниях обычно составляет:

- : 2-3 дня

- : 1 месяц
- : 4 месяца
- +: Более года

I:

S: Биологическую обратную связь относят к следующему классу методов психотерапии в психосоматике:

- : методы, ориентированные на причину болезни
- +: методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения
- : невербальные и полувербальные методы воздействия

I:

S: Гештальт-подход относят к следующему классу методов психотерапии в психосоматике:

- +: методы, ориентированные на причину болезни
- : методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения
- : невербальные и полувербальные методы воздействия

I:

S: Психоанализ относят к следующему классу методов психотерапии в психосоматике:

- +: методы, ориентированные на причину болезни
- : методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения
- : невербальные и полувербальные методы воздействия

I:

S: Школы больных относят к следующему классу методов психотерапии в психосоматике:

- : методы, ориентированные на причину болезни
- +: методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения
- невербальные и полувербальные методы воздействия

I:

S: Аутотренинг относят к следующему классу методов психотерапии в психосоматике:

- : методы, ориентированные на причину болезни
- +: методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения
- : невербальные и полувербальные методы воздействия

I:

S: Телесно-ориентированную психотерапию относят к следующему классу методов психотерапии в психосоматике:

- : методы, ориентированные на причину болезни
- : методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения
- +: невербальные и полувербальные методы воздействия

I:

S: Первое упражнение классического аутотренинга по Шульцу направлено на:

- : «Ощущение тепла»
- +: «Ощущение тяжести»
- : регуляцию сердечной деятельности
- : регуляцию дыхания

V2: ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ. НОЗОГЕНИИ

V3: Понятие внутренней картины болезни и здоровья. Виды психологических реакций на заболевание.

I:

S: Понятие внутренней картины болезни ввел:

+: Лурия

-: Рохлин

-: Гольдшейдер

I:

S: Понятие о внутренней картине болезни сформулировано:

-: Гейнротом

-: Бумке

+: Лурия

I:

S: Понятие о внутренней картине болезни введено ###

+: Лурия

+: Л*р*я

+: Л*р*##

I:

S: Информационная составляющая внутренней картины болезни включает:

-: Боль, дискомфорт, напряжение и пр.

-: Признание факта болезни

+: Знания пациента о природе заболевания, мерах вторичной профилактики, диете

I:

S: Болевые ощущения, дискомфорт и пр. составляют ... сторону внутренней картины болезни

+: Сенситивную

-: Эмоциональную

-: Информационную

-: Мотивационную

I:

S: Тревога и страх составляют ... сторону внутренней картины болезни:

-: Сенситивную

+: Эмоциональную

-: Информационную

-: Мотивационную

I:

S: Желание пациента выздороветь и прикладываемые к этому усилия, составляют ... сторону внутренней картины болезни:

-: Сенситивную

-: Эмоциональную

-: Информационную

+: Мотивационную

I:

S: При анозогностическом типе реакции на заболевание социальная адаптация:

- : Нарушается
- +: Не нарушается

I:

S: При неврастеническом типе реакции на заболевание социальная адаптация пациента:

- : Не нарушается
- +: Нарушается временно
- : Нарушается на длительный срок

I:

S: При эргопатическом типе реакции на заболевание социальная адаптация пациента:

- : Нарушается
- +: Не нарушается

I:

S: Нарушение социальной адаптации происходит при ... типе реакции на болезнь:

- : Гармоническом
- +: Неврастеническом
- : Эргопатическом

I:

S: Социальная адаптации пациента сохраняется при ... типе реакции на болезнь:

- +: Гармоническом
- : Сенситивном
- : Эгоцентрическом

I:

S: Социальная адаптации пациента сохраняется при ... типе реакции на болезнь:

- : Эгоцентрическом
- +: Анозогнозическом
- : Меланхолическом

V2: ЧАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОСОМАТИКИ

V3: Психосоматические аспекты в кардиологии

I:

S: За 2.5-3 года до острого инфаркта миокарда в анамнезе больных выявляется:

- : Увеличение состава семьи
- +: Смерть близкого родственника
- : Смена места жительства
- : Смена работы

I:

S: За 2.5-3 года до острого инфаркта миокарда в анамнезе больных выявляется:

- +: Болезнь близких родственников
- : Увеличение состава семьи
- : Изменение меры ответственности на работе

I:

S: У лиц с острым инфарктом миокарда синдром истощения выявляется в:

- : 10% случаев
- +: 25% случаев

-: 50% случаев

-: 75% случаев

I:

S: К особым стрессовым ситуациям, связанным с острым инфарктом миокарда, относятся:

-: Развод

-: Конфликт с начальником

+: Годовщинная реакция

I:

S: К особым стрессовым ситуациям, связанным с острым инфарктом миокарда, относятся:

-: Конфликтные отношения с супругом

+: Достижение возраста умершего родителя

-: Смена места жительства

I:

S: К особым стрессовым ситуациям, связанным с острым инфарктом миокарда, относятся:

+: Приближение времени выхода на пенсию

-: Смена места жительства

-: Смена меры ответственности на работе

I:

S: Риск внезапной смерти при остром инфаркте миокарда связан с чертой типа А поведения:

-: Потребностью в контроле окружающих

-: Неумением отдыхать

+: Высокой тревожностью

I:

S: Риск внезапной смерти при остром инфаркте миокарда связан с чертой типа А поведения:

+: Враждебностью

-: Работоголизмом

-: Длительной борьбой за достижение цели

I:

S: Высокий уровень эмпатии в сочетании с глубоким проживанием чувств и отсутствием их внешнего выражения, характерен для:

-: Типа поведения А

-: Типа поведения В

-: Типа поведения С

+: Типа поведения D

I:

S: Для лиц с типом поведения D характерно, что они:

-: Склонны к выражению агрессии

+: Погибают в первые месяцы после острого инфаркта миокарда

-: Склонны к соперничеству

I:

S: Ранняя тревога характерна для:

-: Догоспитальной фазы

- + : Госпитальной фазы
- : Постгоспитальной фазы
- : Фазы кризиса

I:

S: Постинфарктная депрессия развивается:

- + : Через 2-3 месяца после ОИМ
- : Через 4-5 месяцев после ОИМ
- : Через 6-7 месяцев после ОИМ

I:

S: Основной психологической реакцией госпитальной фазы при остром инфаркте миокарда является

- + : ранняя тревога
- : поздняя тревога
- : ночная тревога

I:

S: Сокращение сроков постинфарктной депрессии происходит при:

- : Адекватной социальной поддержке
- + : Выходе пациента на работу
- : Низком уровне тревоги у пациента

I:

S: Заподозрить постинфарктную депрессию возможно при наличии у пациента:

- : Утомляемости
- + : Ангедонии
- : Снижении веса

I:

S: Психологические проблемы при инсульте возникают:

- : У больного
- : У родственников больного
- + : У больного и его родственников

I:

S: Депрессия у лиц, перенесших инсульт, встречается в:

- : 5% случаев
- : 20% случаев
- + : 60% случаев
- : 80% случаев

I:

S: Депрессия у лиц, перенесших инсульт:

- + : Влияет на течение заболевания
- : Не влияет на течение заболевания

I:

S: Снижение тревожности после инсульта у пациента может быть достигнуто:

- : Предоставлением больному информации о природе заболевания
- + : Предоставлением больному информации о природе заболевания и проведением родственниками времени с больным

I:

S: Положение, в котором больной должен безотлагательно согласиться на операцию протезирования клапанов, либо отказаться от нее, называется кардиохирургическая ###

+: ситуация

+: с*т**ц**

+: с*т**ц#\$#

I:

S: Адекватная реакция на наличие функционирующего протеза клапана наблюдается в:

-: 10% случаев

-: 30% случаев

-: 50% случаев

+: 70% случаев

-: 100% случаев

I:

S: При адекватной психологической реакции на наличие функционирующего протеза в сердце, пациент начинает слышать «музыку клапана»:

-: На 2-3 сутки после операции

+: На 4-7 сутки после операции

-: На 8-12 сутки после операции

I:

S: Сосредоточение чрезмерного внимания на работе протеза, навязчивые опасения по поводу поломки клапана, избегание малейшей физической нагрузки и нарушения сна, представляют собой:

-: Тревожный вариант реакции на заболевание

-: Сенесто-ипохондрический синдром

+: Кардиопротезный психопатологический синдром

I:

S: Наигранный оптимизм в отношении предстоящей операции АКШ, ожидание только положительного исхода операции и недопущение мыслей о других вариантах течения заболевания, представляет собой психологическую реакцию:

+: Прекрасное равнодушие

-: Невроз ожидания

-: Отрицание болезни

V3: Психосоматические аспекты гастроэнтерологии

I:

S: Наиболее частым вариантом течения синдрома раздраженной толстой кишки является:

-: Вариант с преобладанием болей в животе и метеоризмом

+: Вариант с преобладанием диареи

-: Вариант с преобладанием запоров

I:

S: Функциональное заболевание кишечника, при котором у больного отмечаются боли или дискомфорт в животе, проходящие после дефекации и сопровождающиеся

изменением частоты стула или консистенции стула, называется синдром ### толстой кишки

- + : раздраженной
- + : р*здр*ж*нн*й

I:

- S: Психоэмоциональные расстройства у пациентов при тяжелом течении СРТК:
- + : Характерны
 - : Не характерны

I:

- S: Связь со стрессом характерна для ... течения СРТК
- + : Легкого
 - : Средней тяжести
 - : Тяжелого

I:

- S: Психоэмоциональные расстройства характерны для ... течения СРТК
- : Легкого
 - : Средней тяжести
 - + : Тяжелого

I:

- S: Согласно представлениям Александера, такие соматические заболевания как колиты, язвенная болезнь вызываются подавлением ...
- : страха
 - + : инфантильной зависимости
 - : тревожности
 - : агрессии

I:

- S: Постоянное стремление в опеке, заботе от другого человека, при долженствовании быть сильным и самостоятельным характерно для
- : нейродермита
 - : гипотиреоза
 - : истерического невроза
 - + : язвенной болезни

V3: Психосоматические аспекты в пульмонологии

I:

- S: тип реакции на заболевание туберкулезом при котором больной подсознательно старается извлечь из болезни выгоду, требуют от врача и окружающих повышенного внимания к себе называется
- : экономический
 - + : истерический
 - : ипохондрический

I:

S: По Бройтигаму «при астматической одышке одновременно с воздухом могут задерживаться и эмоции»

-: стыда

-: вины

+: гнева

-: радости

-: тревоги

I:

S: По Александру, соматическому заболеванию ... предшествует формирование внутриличностного конфликта между «желанием нежности» и «страхом нежности»

-: язвенной болезни

-: язвенном колите

-: эссенциальной гипертонии

+: бронхиальной астме

-: ревматоидном артрите

I:

S: Возникновение бронхиальной астмы у детей было описано С. Минухиным в концепции

-: борьбы за свое тело

-: базисного дефекта

+: психосоматогенной семьи

-: соматизации-ресоматизации

I:

S: Символическим выражением крика младенца по Ф.Александру является симптом:

-: комок в горле

-: плаксивость при неврастении

-: хронический ринит

+: приступ удушья

I:

S: Устранение из поля внимания неприемлемого для больного мотива, отказ от самостоятельного решения трудностей, уклонение от реальной оценки собственной роли в конфликтной ситуации характерно для варианта развития бронхиальной астмы

-: шунтового

-: неврастеноподобного

+: истероподобного

I:

S: Шунтовой механизм психогенной провокации приступов бронхиальной астмы с характерен для разрешения конфликтов

-: матери

-: ребенка

+: всей семьи

I:

S: Для коррекции психогенного синдрома гипервентиляции легких возможно назначение

-: препаратов, расширяющих бронхи

-: сосудистых препаратов

+: плацебо-терапии

I:

S: Обучение пациентов с бронхиальной астмой в «Астма-школах» является вариантом:

- : психодинамической терапии
- : когнитивной терапии
- +: поведенческой терапии
- : гипноусуггестивной терапии

I:

S: Причиной развития бронхиальной астмы может быть фиксация пациента на ... фазе развития по Г.Хорну

- : нарциссической
- +: депрессивной
- : анально-навязчивой
- : эдипальной
- : латентной

V3: Психосоматические аспекты эндокринологии

I:

S: К психосоматическим состояниям в эндокринологии относят все, кроме:

- : сахарный диабет 1 типа
- : Сахарный диабет 2 типа
- +: Панкреатогенный сахарный диабет
- : Тиреотоксикоз

I:

S: Невозможность транспорта сахара из крови в клетки организма при сахарном диабете 1 типа («голод среди изобилия») является символическим отражением ...

- : Неврогенной анорексии
- : Периодов голодания
- +: «Голода по любви»
- : Частого переедания

I:

Q: Правильная последовательность стадий принятия сахарного диабета

- 1: Отрицание
- 2: Бунт
- 3: Торговля
- 4: Самоанализ
- 5: Принятие

I:

S: Стадия принятия сахарного диабета, характеризующаяся отвержением заболевания, отказом от лечения называется стадией ...

- +: Отрицания
- : Бунта
- : Торговли
- : Самоанализа
- : Принятия

I:

S: Стадия принятия сахарного диабета, характеризующаяся первым осознанием болезни, согласием на лечение, но оспариванием рекомендаций врача называется стадией ###
торговли
т*рг*вли
торговл##\$#

I:
S: Стадия принятия сахарного диабета, характеризующаяся гневом, вопросами «За что мне это», «Почему именно я?» называется стадией ###
+: бунта
+: б*нт*
+: б*нт##\$#

I:
S: Методика саморегуляции уровня сахара крови, основанная на зрительном представлении красного круга называется ...
-: Визуально-кинестетическая диссоциация
-: Мотив «Саморегуляция»
+: Метод Матюшина
-: Метод «якорения»

I:
S: Для эндокринного психосиндрома характерно всё, кроме:
-: снижение психической активности
-: Изменение влечений, инстинктов, настроения
-: разнонаправленные изменения настроения
+: улучшение концентрации внимания

I:
S: В основе лечения сахарного диабета эндокринологи используют методы поведенческой терапии в рамках проведения ...
-: групповых тренингов
-: тренингов уверенности в себе
-: аутотренинга
+: школы для больных

I:
S: Заболевание, при котором повышается уровень сахара крови на фоне ожирения (чаще у пожилых), называется ...
-: сахарный диабет 1 типа
+: сахарный диабет 2 типа
-: панкреатогенный диабет
-: диабет беременных

I:
S: Заболевание, при котором повышается уровень сахара крови на фоне гибели β -клеток поджелудочной железы (чаще у молодых) и требующее обязательного проведения инсулинотерапии называется – сахарный диабет ### типа
+: 1
+: 1-го
+: первого

- + : п*рв*го
- + : п*рв*г\$#\$

I:

S: Для гипотиреоза характерно

- : нарастание агрессивности
- + : снижение когнитивных процессов
- : наличие внутриличностного конфликта
- : распад ядра личности

V3: Психосоматические аспекты онкологии

I:

S: Психоонкология – это:

- : Раздел клинической психологии, занимающийся психологическими аспектами лечения и реабилитации онкологических больных.
- + : Раздел онкологии, использующий психологические знания для помощи онкологическим больным.
- : Раздел частной психосоматики, изучающий поведение больных онкологическими заболеваниями.

I:

S: Целью психоонкологии является:

- : Изучение поведения больных для обучения их эффективным стратегиям совладания со стрессом, вызванным болезнью.
- : Реабилитация и восстановление трудоспособности онкологических больных.
- + : Изучение психологических, социальных и поведенческих факторов, объясняющих появление рака и излечение от него.

I:

S: Первый этап развития психоонкологии характеризуется всем, кроме:

- + : Широких возможностей лучевой, химио- и радиотерапии.
- : Сохранение информации в тайне от пациента.
- : Возможностью излечения только на ранних этапах выявления заболевания.

I:

S: Второй этап развития психоонкологии характеризуется всем, кроме:

- + : Информирования пациента о диагнозе.
- : Появления групп психологической помощи пациентами пациентов
- : Снятие запрета на обсуждение переживаний в период умирания.

I:

S: Третий этап развития психоонкологии характеризуется всем, кроме:

- : Возросших возможностей химио и лучевой терапии.
- : Полной информированности пациента о диагнозе.
- + : Выхода трудов Элизабет Кублер-Росс «о смерти и умирании»/

I:

S: Наиболее травматичной в психологическом плане для онкобольных является фаза:

- : Депрессии.
- : Послеоперационной астении.
- + : Шока.

-: Выхода.

I:

S: Наиболее угрожаемой по ранним суицидам для онкобольных является:

-: Фаза депрессии.

-: Фаза послеоперационной астении.

-: Фаза выхода.

+: Фаза шока.

I:

S: Укажите порядок развертывания фаз психологических реакций при онкологическом заболевании:

-: Депрессия, послеоперационная астения, шок, выход.

-: Послеоперационная астения, шок, депрессия, выход.

+: Шок, послеоперационная астения, депрессия, выход.

I:

S: Причинами отказа от лечения на фазе шока являются все, кроме:

+: Наличия в семье родственников, погибших от рака.

-: Общего хорошего самочувствия.

-: Сомнения в результатах лечения.

-: Отсутствия информации о возможностях лечения.

I:

S: Основная задача клинического психолога в фазе шока:

-: Обеспечить социальную поддержку.

+: Сформировать мотивацию на лечение.

-: Провести профилактику формирования паразитической позиции больного.

-: Работа с депрессией.

I:

S: Средняя продолжительность фазы послеоперационной астении при больших полостных операциях:

-: 1-2 мес.

-: 4-6 мес.

+: 9-11 мес.

-: 15-18 мес.

I:

S: Основная задача клинического психолога в фазе послеоперационной астении:

+: Обеспечение социальной поддержки.

-: Работа с угрозой суицида.

-: Работа с депрессией.

I:

S: Особенности клинического течения депрессии при онкологических заболеваниях:

-: Требуется применения антидепрессантов.

-: Продолжается 6-8 месяцев.

+: Носит «мерцающий» характер.

I:

S: При равных условиях более выраженная психологическая травматизация у мужчин наблюдается при:

+: Раке мочевого пузыря.

-: Раке легких.

-: Раке желудка.

I:

S: Основная мотивация больного перед оперативным лечением:

-: Формирование нового образа себя.

+: Сохранение жизни.

-: Социальная адаптация.

I:

S: Ядром психологической защиты при онкологических заболеваниях является:

-: Отрицание.

-: Репрессия.

+: Неопределенность.

I:

S: Быстрое прохождение фаз обеспечивается следующими мероприятиями, кроме:

+: Небольшим объемом оперативного вмешательства.

-: Необходимостью содержать в одиночку несовершеннолетнего ребенка.

-: Социальной поддержкой семьи.

I:

S: Состав семьи выздоровевшего от онкологического заболевания подростка: подросток, отец, мать, сиблинг. В психологической реабилитации нуждаются:

-: Сам выживший подросток.

-: Сам выживший ребенок и сиблинг.

-: Сам выздоровевший, отец, мать.

+: Все члены семьи.

I:

S: Самооценка выздоровевшего от онкологического заболевания подростка:

+: Заниженная.

-: Завышенная.

-: Адекватная.

I:

S: Тип «С» поведения включает все, кроме:

-: Выраженного альтруизма.

-: Стремления оправдать ожидания других.

+: Открытого выражения агрессии.

I:

S: Тип «С» описан:

+: Томешеком.

-: Фридманом и Ройзенманом.

-: Сифнессом и Нейманом.

I:

S: Риск суицидального поведения при онкологических заболеваниях возрастает при:

- : Длительном течении заболевания.
- +: Плохом контроле боли.
- : Молодом возрасте пациента.

I:

S: Расположение психиатра непосредственно в онкологическом отделении отвечает принципам:

- : Неотложной психиатрической помощи.
- : Малой психиатрии.
- +: Консультативно-контактной психиатрии.

I:

S: Суицидальные попытки при онкозаболеваниях характеризуются:

- +: Истинным желанием умереть.
- : Амбивалентным отношением к смерти.
- : Прекращением попыток при появлении посторонних или родственников

I:

S: Возникновение онкологических заболеваний с точки зрения символики «утраты веры в будущее» предлагается в модели

- : Куттера:
- +: Энгеля и Шмале
- : Селье
- : Александра

V3: Психологические аспекты в онкогематологии

I:

S: Основной причиной редкого обращения онкогематологических больных за психологической помощью является:

- : Считают, что психологическая помощь не эффективна
- : Страх перед психологом или психотерапевтом
- +: Физическое страдание находится на первом месте
- : Отсутствие информации о психотерапии

I:

S: Наиболее важным фактором, влияющим на получение согласия на лечение у онкогематологических больных является:

- : Анозогностический тип отношения к болезни
- +: Доверие к врачу
- : Повышенный фон настроения
- : Отрицание как ведущий механизм психологической защиты личности

I:

S: К факторам, положительно влияющим на психологическую адаптацию к онкогематологическим заболеваниям относятся:

- : Высокая степень тревожности
- : Высокий уровень профессионализма врача
- +: Опыт преодоления стрессов у больного
- : Высокий уровень активности больного

V3: Психосоматические аспекты в акушерстве и гинекологии

I:

S: В подавляющем большинстве случаев развитие у роженицы послеродового психоза является манифестацией ###

+: шизофрении

+: ш*з*фр*н#\$#

+: эндогенного заболевания

+: энд*г*нн#\$# з*б*л*в*н#\$#

I:

S: В подавляющем большинстве случаев развитие у роженицы послеродового психоза является манифестацией:

+: Шизофрении

-: МДП

-: ПТСР

I:

S: Для женщин с послеродовой депрессией характерно, что они:

-: Имеют высокую тревожность

+: Имеют в анамнезе депрессивные эпизоды

-: Имеют родственников первой степени родства, страдающих эпилепсией

I:

S: Для женщин с послеродовой депрессией наличие в анамнезе депрессивных эпизодов:

+: Характерно

-: Не характерно

I:

S: Ведущим переживанием женщин с послеродовой депрессией является:

-: Тревога за близких

-: Чувство дискомфорта в связи с изменениями в семье

+: Чувство вины за то, что не могут осуществлять полноценный уход за ребенком

I:

S: Для женщин с послеродовой депрессией характерно, что они:

+: Имели плохие отношения с матерью в младенческом возрасте

-: Имели плохие отношения с отцом

-: Воспитывались одним родителем

I:

S: Невротический «анальный» конфликт (страх утраты, внутреннее напряжение и замыкание на себе), ранняя сексуальная травматизация либо инцестуозные фантазии могут быть причиной

-: усиления репродуктивной функции

-: незапланированной беременности

+: дисменореи

-: климактерического синдрома

I:

S: Вариантом дисгармонично протекающего климакса является синдром (климактерический)

I:

S: Укажите соответствие типичного психологического состояния этапу нормальной беременности:

L1: I триместр

L2: II триместр

L3: III триместр

R1: часто неуверенность, чувство амбивалентности

R2: обычно благополучный, чувство спокойствия

R3: «погружение в ребенка», доминанта беременности; перед родами часто возрастает тревога

I:

S: Одной из причин психосоматической (функциональной) стерильности у женщин считают:

-: нарушение ранних отношений с отцом

-: нарушение отношений с матерью в эдипальном периоде

+: психологическую неготовность матери пациентки к беременности

V3: Психосоматические аспекты кожных заболеваний

I:

S: Раздел психосоматики, изучающий психосоматические аспекты кожных заболеваний, называется ###

+: психодерматология

+: пс*х*д*рм*т*л*т#\$#

I:

S: Взаимосвязь центральной нервной системы и кожи обусловлена тем, что они формируются из зародышевого листка:

-: Энтодермального

-: Мезодермального

+: Эктодермального

I:

S: К психосоматическим поражениям кожи относится следующее

+: Атопический дерматит

-: Грибковое поражение кожи

-: Стригущий лишай

-: Ветряная оспа

I:

S: Для возникновения психосоматических кожных заболеваний особенно важно развитие ребенка в ... фазу развития

+: Оральную

-: Анальную

-: Эдипальную

-: Латентную

I:

S: Причиной развития кожных поражений у ребенка с точки зрения психодинамического подхода может быть:

-: Эмоционально теплая мать

+: Отсутствие тактильного контакта с матерью

- : Жесткое приучение к опрятности
- : Непережитый эдипальный конфликт

I:

S: Психическое расстройство с доминированием идеи мнимого физического недостатка кожных покровов, часто носящее сверхценный характер называется

- : Деперсонализация
- : Невротические эксориации
- + : Дистимия
- : Синдром Аллопо

I:

S: Частота возникновения акне выше в возрасте:

- : 5-10 лет
- + : 12-24 года
- : 30-35 лет
- : 37-44 года
- : 50-60 лет

I:

S: Для больных псориазом не является характерным

- : Подавленность
- : Страх
- : Выраженная замкнутость
- + : Способность к эмпатии

V3: Психосоматические аспекты пищевого поведения

I:

S: Расстройство, при котором основными особенностями являются стойкий активный отказ от приема пищи и значительная потеря массы тела в результате дистимии называется

- : депрессивный эпизод
- : кахексия
- + невротическая анорексия

I:

S: Неадекватное воспитание пренебрегающей или склонной к гиперопеке матерью не учит ребенка адекватно реагировать на внутренние стимулы голода и насыщения, что может приводить к развитию в подростковом возрасте _____ (невротической анорексии, нервной анорексии)

I:

S: Укажите правильную последовательность этапов течения нервной анорексии (по М. В. Коркиной и соавт.):

- А) аноректический;
- Б) кахектический;
- В) первичный (инициальный);
- Г) редукция нервной анорексии.

(В, А, Б, Г)

I:

S: Для первичного (инициального) этапа нервной анорексии характерно:

- : прогрессирующее снижение веса
- +: мысли о недостатке внешности
- : дистрофия внутренних органов
- : аменорея

I:

S: Для кахектического этапа нервной анорексии характерно:

- : изнуряющие физические нагрузки
- +: соматозндокринные нарушения
- : борьба с чувством голода

I:

S: Наиболее высокий риск летального исхода наблюдается при следующей форме нервной анорексии:

- +: типичная форма
- : препубертатная форма
- : истерическая

I:

S: Синдром «ночной еды» относят к ... типу нарушений пищевого поведения

- : внешнеориентированное
- +: эмоциогенное
- : ограничительное

I:

S: Компульсивное пищевое поведение относят к ... типу нарушений пищевого поведения

- : внешнеориентированное
- +: эмоциогенное
- : ограничительное

I:

S: «Диетическая депрессия» характерна для ... типа нарушений пищевого поведения

- : внешнеориентированное
- : эмоциогенное
- +: ограничительное

V3: Психосоматические аспекты детского возраста

I:

S: Установите соответствие заболевания классу психосоматических расстройств у детей (I. Jochmus, G. M. Schmitt, 1986):

L1: Психосоматические функциональные нарушения

L2: Психосоматические болезни

L3: Хронические болезни, при которых возникают серьезные переживания

R1: нарушения у грудных детей и детей раннего возраста; нарушения сна; энурез; энкопрез; запор; конверсионные неврозы

R2: бронхиальная астма, нейродермит, язвенный колит

R3: муковисцидоз, сахарный диабет, злокачественные новообразования

I:

S: Срыгивание, остановка развития, атопический дерматит, спастический плач характерны для ... возраста у детей:

+: младенческого

-: дошкольного

-: школьного

I:

S: Запор, понос, анорексия, энкопрез, энурез характерны для ... возраста у детей:

-: младенческого

+: дошкольного

-: школьного

I:

S: Мигрень, обмороки, вегетососудистая дистония, бронхиальная астма, нервная анорексия характерны для ... возраста у детей:

-: младенческого

: дошкольного

+: школьного

I:

S: Типы отношения «психосоматической» матери к ребенку:

-: безусловное принятие и эмоциональная близость

-: потакаяющая гиперопека

+: симбиоз либо скрытое отвержение

I:

S: Понятие «психосоматической матери» введено:

-: Ф.Александром

-: Г. Хорном

+: М. Малер

-: С. Минухиным

I:

S: Для диагностики риска психосоматических расстройств у детей при анализе семейных отношений может быть использована методика:

-: «Фруктовое дерево»

-: «Дерево»

+: «Три дерева»

-: «Фруктовое дерево»

I:

S: Реакция ребенка на отрыв от семьи, матери, обусловленная эмоциональной депривацией при помещении его в больницу называется реакцией ____ (госпитализма)

Критерии оценивания тестовых заданий: 0-69% - неудовлетворительно; 70-79% - удовлетворительно, 80-89% - хорошо, 90-100% - отлично;

3.2. Фонд ситуационных задач по дисциплине «Психосоматика»

Тема «Внутренняя картина болезни. Нозогении»

Задача 1. Пациент И., 45 лет, на 9-12 сутки после острого инфаркта миокарда стал жаловаться на тревожные опасения по поводу сердца; страх перед тем, что могут возникнуть непредвиденные и смертельные осложнения; возник страх перед физическими нагрузками (ходьбой по коридору). Несколько раз в день подходит с вопросами по поводу своего состояния к врачам и медсестрам, интересуется результатами анализов, уточняя, «Все ли в порядке?». Внимательно читает все инструкции к лекарствам. Несколько раз отказывался от приема лекарств, объясняя это страхом перед побочными действиями препаратов.

Определите тип реакции на болезнь. Ваши рекомендации.

Ответ: Тревожный тип. Беседа с пациентом разъясняющего характера. Релаксационная терапия. Школа для больных.

Задача 2.

Пациент Л., 21 год, пришел на беседу к заведующему терапевтическим отделением с просьбой выписать его домой. Со слов Л., он совершенно не понимает необходимости находиться в отделении, принимать лекарства и процедуры. Кашель, беспокоивший больного и температура, уже прошли. Пациент связывает эти симптомы с тем, что выпил очень холодную воду (из холодильника).

Накануне пациент отказался от проведения повторного рентгенологического исследования грудной клетки (Диагноз пневмония), объяснив врачу, что «зачем зря облучаться, все равно у меня никакой болезни нет». Нарушает больничный режим: самовольно уходит из отделения, пропускает процедуры.

Определите тип реакции на болезнь. Ваши рекомендации.

Ответ: Анозогнозический тип. Консультация психолога. Работа с осознанием и реагированием чувств (чувство страха).

Задача 3.

Пациентка Р., 78 лет. Находится в радиологическом отделении, где проходит лечение по поводу опухоли молочной железы. С большим трудом, по настоянию родственников, прошла 3 сеанса лучевой терапии, после чего категорически отказалась от лечения. Считает, что «сама по себе заболеть не могла, так как до этого была всегда очень здорова, а такими болезнями никто в родне не болел». В проводимое лечение не верит. Сообщает, что по ее мнению, причиной болезни могут быть злые люди, в частности, соседка по дому в который ее семья недавно переехала. Соседка специально кидала на ее коврик перед дверью разноцветные нитки, которые и могли послужить причиной заболевания. К лекарствам подозрительна, от приема большинства назначенных лекарств отказывается.

Определите тип реакции на болезнь.

Ответ: Параноидный тип. Установление доверительных отношений. Рациональная психотерапия. При неэффективности возможна консультация психотерапевта уточнения диагноза и подбора медикаментозной коррекции.

Задача 4.

Пациент Д., 38 лет, находится в отделении по поводу обострения хронического холецистита. Несколько дней назад вступил в конфликт с лечащим врачом,

так как, по мнению больного, «врач не понимал тяжести его состояния» и «не доверял его жалобам». Пациент был переведен в другую палату. К новому врачу и соседям по палате расположен положительно. Долго и детально на обходе рассказывал о своем состоянии, объясняя это «страхом упустить что-либо» и опасениями, что «не будет поставлен правильный диагноз». Убежден в исключительной тяжести своего заболевания, настаивает на самом лучшем лечении, и в то же время высказывает опасения в побочном действии лекарств.

Определите тип реакции на болезнь.

Ответ: Эгоцентрический тип отношения к болезни.

Задача 5. Пациент Ф., 57 лет, по профессии инженер, руководит небольшим конструкторским бюро. В отделении находится по поводу острого инфаркта миокарда. Тяжесть своего состояния недооценивает, не может смириться с необходимостью обследования и лечения. Просит врача сократить количество уколов и процедур, объясняя, что «очень занят». В больнице продолжает трудиться: прямо в палате на тумбочке разложены чертежи, над которыми больной просиживает часами. Несколько раз просил врача отпустить его на работу на несколько часов, мотивируя это производственной необходимостью. После получения отказа, самовольно покинул отделение на целый день.

Определите тип реакции на болезнь. Ваши рекомендации.

Ответ: Эргопатический тип отношения к болезни. Рациональная терапия и школа для больных. Работа с осознанием и отреагированием чувств (тревога). Релаксация.

Задача 6. Пациентка Н., 40 лет. Находится в инфекционной больнице с диагнозом вирусный гепатит А. Мало общается с соседями по палате, на выходные отказывается уходить домой, хотя ее состояние позволяет это сделать. За 2 недели пребывания в больнице, пациентку никто не навещал. Оказывается, она никому не сообщала, что оказалась в больнице из-за страха, что сведения об инфекционном заболевании нарушат ее отношения с окружающими, «станут относиться не как прежде», «будут сторониться», и пр.

Определите тип реакции на болезнь. Ваши рекомендации.

Ответ: Сенситивный тип отношения к болезни. Рациональная терапия и школа для больных. Работа с осознанием и отреагированием чувств (страх оценки), принятием себя, повышением самооценки.

Тема 5. Психосоматические аспекты в кардиологии

Задача №1

Больной С., 42 года, инженер. Однажды в связи с неприятностями на работе почувствовал себя плохо, появилась одышка, боли в сердце. Врач «Скорой помощи» поставил диагноз инфаркта миокарда, тем не менее в дальнейшем он не подтвердился. С этого времени больного стала преследовать мысль, что он может упасть в любой момент и умереть. Эти тревожные мысли усиливались в душном помещении, в толпе народа. Он перестал ездить в автобусе – как только закрывались двери, возникал страх смерти. Долго он пытался от всех скрывать свое состояние, объясняя это тем, что боялся насмешек, ведь необоснованность страхов была для него очевидна. Позднее появились другие страхи –

авария по его вине на работе, приходилось срочно бежать туда, чтобы удостовериться, что все в порядке. Десятки раз проверял исправность механизмов, выполнение техники безопасности. Обратился к врачу, т.к. в связи с этим не стало времени на основную деятельность.

Определить диагноз. Составить рекомендации по диагностике и психокоррекции.

Ответ: Агарофобия. Обсессивно-компульсивное расстройство.

В диагностике: исследование личности (проективные методики: рисунок человека, тест Люшера, ТАТ или другие) для диагностики внутриличностного конфликта, механизма формирования симптомов.

В коррекции: сочетание глубинно-ориентированных и бихевиоральных подходов в работе с фобией, исследование и проработка экзистенциальных переживаний.

Тема 7. Психосоматические аспекты в гастроэнтерологии

Задача 1.

Пациентка 48 лет.

Язва желудка возникла после развода с мужем, с которым она прожила 24 года. Ее тетка по линии матери остаток жизни провела в психиатрической больнице в связи с инволюционным параноидом. Мать пациентки — религиозная фанатичка, пуританка: приходя к ней в гости, требовала выключать телевизор, чтобы случайно не увидеть там любовную сцену. Отец — трудоголик, гипертоник, перенес инсульт с гемипарезом и афазией. Сама больная — младшая из трех сестер. Средняя из них истеричная, страдает гипертонической болезнью, после инсульта с гемипарезом и афазией стала депрессивной, страдает нарушениями интеллекта, в результате переехала жить к старшей сестре. Старшая сестра больна псориазом; в 30 лет она родила сына от женатого мужчины, с которым рассталась по настоянию матери.

Больная была любимицей у отца, из-за чего испытывала чувство вины перед сестрами. Когда старшая сестра, которая по-матерински заботилась о ней, заболела псориазом, она взмолилась, чтобы болезнь перешла к ней. У нее действительно появился псориаз на открытых частях тела, но затем по ее новой мольбе «спрятался» в волосистой части головы. Подражая старшей сестре, она трижды пыталась поступить в институт, который та закончила с отличием.

Замуж пациентка вышла в 23 года девственницей, от мужа ожидала отеческого отношения. Была трудоголиком, фригидной, тревожной. Из-за работы мало внимания уделяла первому сыну, второго родила через 12 лет. Младший сын рос болезненным, она изнеживала его. Муж много средств и сил вложил в строительство дачи, на которой поселились сестры больной. Затем между ними возник конфликт, в котором пациентка заняла сторону сестер. Интимные отношения с мужем, и без того редкие, практически прекратились. Узнав о том, что у мужа есть любовница, она прогнала его. Вскоре начала настаивать на его возвращении, жаловалась на депрессию, материальные трудности, хотя муж оставил ей все. В течение года просила не оформлять развод, а затем еще год не являлась в суд, чтобы развод не состоялся.

После развода пациентка объявила мужа «врагом номер один», препятствовала его встречам с детьми. Одновременно она переживала, что младший сын оставил учебу в 8-м классе, вылавливала его по чердакам и подвалам, где он проводил время в компании наркоманов. Ссорясь с сыном, называла его отцовским отродьем, проклинала. Безуспешно занималась его трудоустройством, а когда подошло время призыва в армию, поместила его в больницу, чтобы добиться освобождения от службы. Пациентка настаивала на различных диагностических процедурах в поисках язвенной болезни у сына, однако этот диагноз не был установлен. В то же время у сына с детства был выраженный дерматит,

который был официально диагностирован. По настоянию бывшего мужа она обратилась к председателю медицинской комиссии военкомата, которая пообещала оформить освобождение от военной службы за две тысячи долларов. Пациентка взяла эти деньги у отца ребенка, но отдала лишь в последний день перед уходом председателя на пенсию (и то под давлением бывшего мужа). В результате сын все-таки был освобожден от службы. На фоне этих событий пациентка тяжело переживала отъезд из России своей начальницы, которая относилась к ней по-матерински. Та вскоре тяжело заболела, вызвала пациентку к себе для ухода, безуспешно пыталась выдать ее замуж за иностранца. Пациентка полгода жила с просроченной визой, скрывалась от полиции, опасаясь депортации. Договорилась с дочерью бывшей начальницы о работе у нее, но они поссорились, и пациентка уехала, гордо отказавшись от денег, которые по договоренности заработала, ухаживая за больной. Приехав домой, она обнаружила, что сын не удерживался ни на одной работе. Ей приходилось контролировать каждый его шаг, искать спрятанные наркотики. Она много работала, чтобы вернуть деньги, которые заняла перед отъездом. Питалась плохо, нерегулярно. Чувствовала себя несправедливо обиженной жизнью, обвиняла в своих страданиях бывшего мужа, переживала чувство «потери кормильца», предательства. Через некоторое время появились симптомы язвенной болезни, которая быстро прогрессировала.

Вопросы для контроля

Проанализируйте историю жизни и болезни пациентки. Какие особенности ранних объектных отношений можно выделить?

Какие точки фиксации на каких этапах развития можно предполагать?

Определите тип личности пациентки. Какие ведущие конфликты можно описать?

Каковы механизмы формирования психосоматических симптомов у пациентки?

Каковы Ваши предложения относительно стратегии психотерапии данной пациентки?

Пациентке удалили 3/4 желудка (то есть произошло отделение от символического «кормильца» посредством его уничтожения), после чего ее психическое состояние нормализовалось.

Ответ: недостаток любви со стороны матери, отец и сестра выполняли замещающие функции.

Фиксация на оральной стадии в связи с недостатком любви матери, фиксация на эдипальной стадии в связи с высокой привязанностью к отцу.

Тип личности: смешанный орально-эдипальный. Ведущие конфликты: нежелание взрослеть и принимать ответственность на себя (проявление инфантильной зависимости), страх перед близостью с мужчинами при ее желании.

Механизмы конверсии и соматизации тревоги.

Психоаналитически ориентированная терапия.

Тема «Психосоматические аспекты в дерматологии»

Пациентка, 41 год.

Жалобы на выраженный зуд, покраснение, повреждение кожных покровов, преимущественно на руках.

Родилась пациентка в сельской местности. Отец военнослужащий, мать - рабочая. Пациентка – второй ребенок в семье. В декретный отпуск мать не уходила, с работы периодически прибегала проверить детей. Вероятно, в это время помогала бабушка со стороны матери, приехавшая из города. По словам пациентки, отец обладал очень тяжелым характером, был вспыльчивым, агрессивным, регулярно злоупотреблял

алкоголем. Часто при неприятностях на работе, конфликтах в семье избивал мать, срывая на ней злость. Предъявлял высокие требования к дочери, пациентка очень его боялась.

Мать пациентки с мягким, депрессивным характером. Отцу перечить не могла, постоянно находилась в депрессивном или апатичном состоянии, часто плакала. У нее были проблемы общения с другими людьми. Дочери внимания уделяла мало, т.к. очень рано и надолго уходила на работу, перекладывая на дочь все обязанности по дому.

В ясли и детский сад не ходила. С 7 лет на ней фактически лежало хозяйство в доме. Помнит, что очень боялась, что отец будет ругать, и поэтому все старалась сделать идеально: чтобы в доме была чистота, прополоты все грядки. Однако даже если все было выполнено, но отец возвращался в плохом настроении, старалась спрятаться где-то и переждать, т.к. он во всем искал недостатки. Похвалы от членов семьи не помнит.

При поступлении в школу очень волновалась. Контакты со сверстниками были ограниченные: одна-две подруги, остальных стеснялась. Сложно было первой начать разговор, отвечать на уроках, т.к. боялась что-нибудь «сделать неправильно». Училась на среднем уровне, особо любимых предметов не выделяла, хотя нравилось рисовать. Была очень ответственна в выполнении общественных поручений.

Физическое развитие протекало в соответствии с возрастными нормами. Отношений с мальчиками не было, «все считали ее серой мышью, тихоней, некрасивой», казалось, что она не может быть ни для кого интересной.

Когда пациентке исполнилось 17 лет, родители решили отправить ее в город, для самостоятельной жизни. Она очень боялась уезжать, но родители были непреклонны. Начала работать няней в детском саду и получила комнату в общежитии. Работа нравилась, но очень боялась участия в мероприятиях, когда нужно выступать перед детьми и родителями. В это же время впервые появились соматические проблемы: зуд кистей рук. Несмотря на то, что обращалась к врачам, диагноз не был поставлен. Постепенно кожный зуд распространился на другие участки тела: локти, кожу кистей рук, появились участки покраснения. При более тщательном обследовании установлен диагноз нейродермита, получала лечение, эффект достигался только при применении гормональных мазей.

В дальнейшем отмечает эпизоды обострения заболевания, связывает с ситуациями конфликтов (несправедливо обвинила заведующую в невыполнении обязанностей, разрыв с любимым человеком и др.). Личная жизнь у пациентки не сложилась, замуж не вышла, детей нет.

Настоящее обращение связано с ухудшением состояния кожи после неудачной попытки поменять работу.

1. Проанализируйте историю жизни и болезни пациентки. Какие особенности ранних объектных отношений можно выделить?
2. Какие точки фиксации на каких этапах развития можно предполагать?
3. Определите тип личности пациентки. Какие ведущие конфликты можно описать?
4. Каковы механизмы формирования психосоматических симптомов у пациентки?
5. Каковы Ваши предложения относительно стратегии психотерапии данной пациентки?

Тема «Психосоматические аспекты в акушерстве и гинекологии. Сексуальные дисфункции».

Пациентка 37 лет Жалобы на частые боли в малом тазу, усиливающиеся в момент менструаций. Менструации носят длительный, обильный характер. Также отмечает выраженный дискомфорт и болевые ощущения в моменты полового акта, снижение либидо, отсутствие чувства удовольствия от сексуальной жизни с мужем. Также пациентка

жаловалась на чувство дискомфорта и тревоги в ситуациях, когда на нее смотрел мужчина, явно испытывающий к ней интерес.

Из анамнеза. Отец – учитель в школе, мать – библиотекарь. По словам пациентки, отец был очень требовательным, агрессивным, при недовольстве дочерью использовал «разные воспитательные меры» от нотаций до длительного методичного избиения ремнем. Мать очень мягкая по характеру, во всем соглашалась с отцом и боялась его. Ярким воспоминанием детства были приезды дяди со стороны матери, который был очень ласков с девочкой, играл с ней.

Физическое развитие протекало в соответствии с возрастными нормами. Проблемы полового созревания, отношений с мужчинами с матерью никогда не обсуждались. Менструации установились с 14 лет, к этому была готова, т.к. слышала от подруг. Отношений с мальчиками не было, «считала себя серой мышкой, некрасивой», казалось, что она не может быть ни для кого интересной.

В 16 лет возникла первая сильная влюбленность, но не знала, как обратить внимание одноклассника на себя. В это же время впервые появились соматические проблемы: зуд в области половых органов. Несмотря на то, что обращалась к врачам, диагноз не был поставлен.

Закончила училище. В 20 лет устроилась на работу технологом. Нравился начальник, но о развитии каких-либо отношений «даже и мысли не было». Когда пациентке было 23 года, скоропостижно умер отец от инфаркта миокарда. Помнит, что сильно переживала, но когда на похороны приехал любимый дядя, она так радовалась, что дядя был даже удивлен.

В 25 лет впервые стала встречаться с мужчиной, с которым познакомили подруги. В течение двух лет они вместе гуляли, ходили в кино. В 27 лет впервые возникли сексуальные отношения с мужчиной, но «роман» продолжался недолго (около 3-х недель) – не нравился характер мужчины, слишком резкий, сама не могла ни на чем настоять, решить. Начались проблемы с гинекологией – при обследовании выявлена урогенитальная инфекция, что явилось большой психологической травмой для пациентки. Она быстро разорвала отношения, тем более, что мужчина особенно и не нравился – «просто хотелось не быть одной». В этот же период вновь возникло усиление зуда в аногенитальной области. Она долго и активно лечилась, после чего стала бояться и даже избегать знакомств с мужчинами.

В 35 лет через подругу познакомилась с мужчиной, стремящимся к созданию супружеских отношений. Мужчина не понравился, но быть одной еще тяжелее, и через 2 месяца знакомства пациентка вышла замуж. Практически сразу после начала совместной жизни возникли проблемы в сфере гинекологии (боли, дискомфорт). Беременность за 2 года совместной жизни не наступила.

1. Проанализируйте историю жизни и болезни пациентки. Какие особенности ранних объектных отношений можно выделить?
2. Какие точки фиксации на каких этапах развития можно предполагать?
3. Определите тип личности пациентки. Какие ведущие конфликты можно описать?
4. Каковы механизмы формирования психосоматических симптомов у пациентки?
5. Каковы Ваши предложения относительно стратегии психотерапии данной пациентки?

Критерии оценки решения ситуационных задач:

- 1) верно выделены причины формирования психосоматического расстройства
- 2) верно выделены ведущие симптомы, синдромы, предполагаемый диагноз
- 3) верно установлены механизмы формирования психосоматических симптомов
- 4) адекватно даны рекомендации и определена стратегия психотерапии

Критерии: 4-5 баллов – «отлично»
 3 балла – «хорошо»
 2 балла – «удовлетворительно»
 0-1 балл – «неудовлетворительно»

3.3. Перечень практических навыков по дисциплине «Психосоматика»

В области психодиагностики

Практический навык	Алгоритм	Критерии оценки
Тема 1. Психосоматика как наука. Методы исследования в психосоматике		
Клиническое интервью и сбор анамнеза	1. Навыки установления контакта 1 балл 2. Формулирование проблемы/запроса/сбор жалоб – 1 балл 3. Сбор анамнеза - 1 балл 4. Формулировка гипотезы относительно личности и характера психосоматического процесса – 1 балл 5. Составление программы психодиагностического исследования/программы психокоррекции	5 баллов – «отлично» 4 балла – «хорошо» 3 балла – «удовлетворительно» 0-2 балла – «неудовлетворительно»
Оценка соматических показателей (шкалы боли, вегетативных расстройств по Вейну, Гиссенский опросник психосоматических симптомов)	1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией 2. Подсчитать количество баллов по ключу 3. Интерпретировать результат	1. Количественная обработка данных/ Качественный анализ 2. Знание инструкций к психодиагностическим методикам 3. Составление протокола исследования 4. Верная интерпретация полученных данных 5. Составление заключения и рекомендаций по итогам исследования 5 баллов – «отлично» 4 балла – «хорошо» 3 балла – «удовлетворительно» 0-2 балла – «неудовлетворительно»
Уровень субъективного контроля	1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией 2. Подсчитать количество баллов по ключу 3. Интерпретировать результат	1. Количественная обработка данных/ Качественный анализ 2. Знание инструкций к психодиагностическим методикам 3. Составление протокола исследования

		<p>4. Верная интерпретация полученных данных</p> <p>5. Составление заключения и рекомендаций по итогам исследования</p> <p>5 баллов – «отлично»</p> <p>4 балла – «хорошо»</p> <p>3 балла – «удовлетворительно»</p> <p>0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>
Личностные опросники (особенности по СМЛ, Гиссенский личностный опросник)	<p>1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией</p> <p>2. Подсчитать количество баллов по ключу</p> <p>3. Интерпретировать результат</p>	<p>1. Количественная обработка данных/ Качественный анализ</p> <p>2. Знание инструкций к психодиагностическим методикам</p> <p>3. Составление протокола исследования</p> <p>4. Верная интерпретация полученных данных</p> <p>5. Составление заключения и рекомендаций по итогам исследования</p> <p>5 баллов – «отлично»</p> <p>4 балла – «хорошо»</p> <p>3 балла – «удовлетворительно»</p> <p>0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>
Проективные методики (Рисунок человека, тест Люшера)	<p>1. Проведение методики в соответствии с инструкцией.</p> <p>2. Наблюдение за испытуемым в процессе выполнения</p> <p>3. Анализ отдельных признаков</p> <p>4. Целостная оценка результата, интерпретация</p>	<p>1. Количественная обработка данных/ Качественный анализ</p> <p>2. Знание инструкций к психодиагностическим методикам</p> <p>3. Составление протокола исследования</p> <p>4. Верная интерпретация полученных данных</p> <p>5. Составление заключения и рекомендаций по итогам исследования</p> <p>5 баллов – «отлично»</p> <p>4 балла – «хорошо»</p> <p>3 балла – «удовлетворительно»</p> <p>0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>
Оценка отношения к здоровью	<p>1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией</p> <p>2. Подсчитать количество баллов по ключу</p> <p>3. Интерпретировать результат</p>	<p>1. Количественная обработка данных/ Качественный анализ</p> <p>2. Знание инструкций к психодиагностическим</p>

		<p>методикам</p> <p>3. Составление протокола исследования</p> <p>4. Верная интерпретация полученных данных</p> <p>5. Составление заключения и рекомендаций по итогам исследования</p> <p>5 баллов – «отлично» 4 балла – «хорошо» 3 балла – «удовлетворительно» 0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>
Оценка комплаентности (шкала Мориски-Грина)	<p>1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией</p> <p>2. Подсчитать количество баллов по ключу</p> <p>3. Интерпретировать результат</p>	<p>1. Количественная обработка данных/ Качественный анализ</p> <p>2. Знание инструкций к психодиагностическим методикам</p> <p>3. Составление протокола исследования</p> <p>4. Верная интерпретация полученных данных</p> <p>5. Составление заключения и рекомендаций по итогам исследования</p> <p>5 баллов – «отлично» 4 балла – «хорошо» 3 балла – «удовлетворительно» 0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>
Оценка качества жизни (Ноттингемский профиль здоровья, SF-36)	<p>1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией</p> <p>2. Подсчитать количество баллов по ключу</p> <p>3. Интерпретировать результат</p>	<p>1. Количественная обработка данных/ Качественный анализ</p> <p>2. Знание инструкций к психодиагностическим методикам</p> <p>3. Составление протокола исследования</p> <p>4. Верная интерпретация полученных данных</p> <p>5. Составление заключения и рекомендаций по итогам исследования</p> <p>5 баллов – «отлично» 4 балла – «хорошо» 3 балла – «удовлетворительно» 0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>

Тема 2. Психосоматические теории		
Оценка напряженности психологических защит (шкала Келлермана-Плутчика-Конте)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией 2. Подсчитать количество баллов по ключу 3. Интерпретировать результат 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Количественная обработка данных/ Качественный анализ 2. Знание инструкций к психодиагностическим методикам 3. Составление протокола исследования 4. Верная интерпретация полученных данных 5. Составление заключения и рекомендаций по итогам исследования <p>5 баллов – «отлично» 4 балла – «хорошо» 3 балла – «удовлетворительно» 0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>
Торонтская шкала алекситимии	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией 2. Подсчитать количество баллов по ключу 3. Интерпретировать результат 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Количественная обработка данных/ Качественный анализ 2. Знание инструкций к психодиагностическим методикам 3. Составление протокола исследования 4. Верная интерпретация полученных данных 5. Составление заключения и рекомендаций по итогам исследования <p>5 баллов – «отлично» 4 балла – «хорошо» 3 балла – «удовлетворительно» 0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>
Оценка агрессивности (шкала Басса-Дарки)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией 2. Подсчитать количество баллов по ключу 3. Интерпретировать результат 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Количественная обработка данных/ Качественный анализ 2. Знание инструкций к психодиагностическим методикам 3. Составление протокола исследования 4. Верная интерпретация полученных данных 5. Составление заключения и рекомендаций по итогам исследования <p>5 баллов – «отлично» 4 балла – «хорошо» 3 балла – «удовлетворительно» 0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>

		«удовлетворительно» 0-2 балла – «неудовлетворительно»
Оценка уровня стресса (шкала психосоциальной адаптации Холмса-Рейя, оценка тяжести стресса у детей и взрослых (Каплан, Сэдок)	1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией 2. Подсчитать количество баллов по ключу 3. Интерпретировать результат	1. Количественная обработка данных/ Качественный анализ 2. Знание инструкций к психодиагностическим методикам 3. Составление протокола исследования 4. Верная интерпретация полученных данных 5. Составление заключения и рекомендаций по итогам исследования 5 баллов – «отлично» 4 балла – «хорошо» 3 балла – «удовлетворительно» 0-2 балла – «неудовлетворительно»
Оценка копинг-стратегий (по Лазарусу, Хайму, Амирхану, рисунок человека под дождем)	1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией 2. Подсчитать количество баллов по ключу 3. Интерпретировать результат	1. Количественная обработка данных/ Качественный анализ 2. Знание инструкций к психодиагностическим методикам 3. Составление протокола исследования 4. Верная интерпретация полученных данных 5. Составление заключения и рекомендаций по итогам исследования 5 баллов – «отлично» 4 балла – «хорошо» 3 балла – «удовлетворительно» 0-2 балла – «неудовлетворительно»
Тема 4. Внутренняя картина болезни. Нозогении		
Оценка уровня тревожности (шкала Спилбергера-Ханина, шкала Тейлора, HADS) Оценка уровня депрессии (шкала Бека, шкала Гамильтона, HADS).	1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией 2. Подсчитать количество баллов по ключу 3. Интерпретировать результат	1. Количественная обработка данных/ Качественный анализ 2. Знание инструкций к психодиагностическим методикам 3. Составление протокола исследования 4. Верная интерпретация полученных данных 5. Составление заключения и рекомендаций по итогам

		<p>исследования</p> <p>5 баллов – «отлично»</p> <p>4 балла – «хорошо»</p> <p>3 балла – «удовлетворительно»</p> <p>0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>
Оценка психологических реакций на заболевание (ТОБОЛ, рисунок болезни)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией 2. Подсчитать количество баллов по ключу 3. Интерпретировать результат 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Количественная обработка данных/ Качественный анализ 2. Знание инструкций к психодиагностическим методикам 3. Составление протокола исследования 4. Верная интерпретация полученных данных 5. Составление заключения и рекомендаций по итогам исследования <p>5 баллов – «отлично»</p> <p>4 балла – «хорошо»</p> <p>3 балла – «удовлетворительно»</p> <p>0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>
Тема 5. Психосоматические аспекты в кардиологии		
Оценка типа А поведения (опросник Дженкинса)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией 2. Подсчитать количество баллов по ключу 3. Интерпретировать результат 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Количественная обработка данных/ Качественный анализ 2. Знание инструкций к психодиагностическим методикам 3. Составление протокола исследования 4. Верная интерпретация полученных данных 5. Составление заключения и рекомендаций по итогам исследования <p>5 баллов – «отлично»</p> <p>4 балла – «хорошо»</p> <p>3 балла – «удовлетворительно»</p> <p>0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>
Оценка типа личности (DP-14)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией 2. Подсчитать количество баллов по ключу 3. Интерпретировать результат 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Количественная обработка данных/ Качественный анализ 2. Знание инструкций к психодиагностическим методикам 3. Составление протокола исследования

		<p>4. Верная интерпретация полученных данных</p> <p>5. Составление заключения и рекомендаций по итогам исследования</p> <p>5 баллов – «отлично»</p> <p>4 балла – «хорошо»</p> <p>3 балла – «удовлетворительно»</p> <p>0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>
Тема 10. Психосоматические аспекты нарушений пищевого поведения		
Оценка отношения к собственному телу (Опросник образа собственного тела)	<p>1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией</p> <p>2. Подсчитать количество баллов по ключу</p> <p>3. Интерпретировать результат</p>	<p>1. Количественная обработка данных/ Качественный анализ</p> <p>2. Знание инструкций к психодиагностическим методикам</p> <p>3. Составление протокола исследования</p> <p>4. Верная интерпретация полученных данных</p> <p>5. Составление заключения и рекомендаций по итогам исследования</p> <p>5 баллов – «отлично»</p> <p>4 балла – «хорошо»</p> <p>3 балла – «удовлетворительно»</p> <p>0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>
Опросник пищевого поведения (тест отношения к приему пищи, шкала оценки пищевого поведения)	<p>1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией</p> <p>2. Подсчитать количество баллов по ключу</p> <p>3. Интерпретировать результат</p>	<p>1. Количественная обработка данных/ Качественный анализ</p> <p>2. Знание инструкций к психодиагностическим методикам</p> <p>3. Составление протокола исследования</p> <p>4. Верная интерпретация полученных данных</p> <p>5. Составление заключения и рекомендаций по итогам исследования</p> <p>5 баллов – «отлично»</p> <p>4 балла – «хорошо»</p> <p>3 балла – «удовлетворительно»</p> <p>0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>
Тема 11. Психосоматические аспекты в акушерстве и гинекологии. Психосексуальные расстройства		
Оценка отношения	1. Проведение методики в	1.Количественная обработка

к беременности и будущему ребенку (рисунок «Я и мой ребенок»)	соответствии с инструкцией. 2. Наблюдение за испытуемым в процессе выполнения 3. Анализ отдельных признаков 4. Целостная оценка результата, интерпретация	данных/ Качественный анализ 2. Знание инструкций к психодиагностическим методикам 3. Составление протокола исследования 4. Верная интерпретация полученных данных 5. Составление заключения и рекомендаций по итогам исследования 5 баллов – «отлично» 4 балла – «хорошо» 3 балла – «удовлетворительно» 0-2 балла – «неудовлетворительно»
Тема 13. Введение в психосоматическую медицину детского возраста.		
Диагностика семейных отношений и признаков психосоматических семей (методика «Три дерева»)	1. Проведение методики в соответствии с инструкцией. 2. Наблюдение за испытуемым в процессе выполнения 3. Анализ отдельных признаков 4. Целостная оценка результата, интерпретация	1. Количественная обработка данных/ Качественный анализ 2. Знание инструкций к психодиагностическим методикам 3. Составление протокола исследования 4. Верная интерпретация полученных данных 5. Составление заключения и рекомендаций по итогам исследования 5 баллов – «отлично» 4 балла – «хорошо» 3 балла – «удовлетворительно» 0-2 балла – «неудовлетворительно»

В области психокоррекции

Практический навык	Алгоритм	Критерии оценки
Тема 1. Психосоматика как наука. Методы исследования в психосоматике		
Тема 2. Психосоматические теории		
Коррекция алекситимии (работа со списком чувств, изобразить «цветок чувств», нарисовать свое	1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией 2. Интерпретировать результат	Знание правил выполнения психотехники Знание показаний/противопоказаний к применению психотехники Знание структуры психотехники Умение дать инструкции для клиента

эмоциональное состояние в цвете)		<p>Техническое выполнение психотехники</p> <p>5 баллов – «отлично» 4 балла – «хорошо» 3 балла – «удовлетворительно» 0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>
Тема 3. Внутренняя картина болезни. Нозогении.		
Оформление буклета для формирования здорового образа жизни (тема на выбор студента)	<p><i>Требования</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Формулирование темы Подбор и изучение основных источников по теме •Обработка и систематизация информации. • Краткое изложение информации для больного • Оформление буклета <p><i>Примерная структура</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Титульный лист. • Введение (суть проблемы, ее актуальность •Основная часть (рекомендации) •Заключение (информация о контактах). <p><i>Оформление реферата</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Объем реферата может колебаться в пределах 2 печатных страниц (двусторонняя печать) • грамотность, соблюдение культуры изложения. •оформление в иллюстрациях должно быть привлекающим внимание, но не вычурным, соответствующем теме буклета . 	<p>Актуальность темы</p> <p>Соответствие содержания теме.</p> <p>четкость изложения.</p> <p>психолингвистические аспекты изложения текста, адекватность метасообщений.</p> <p>Соответствие оформления реферата стандартам.</p> <p>5 баллов – «отлично» 4 балла – «хорошо» 3 балла – «удовлетворительно» 0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>
Тема 4. Психотерапия психосоматических расстройств		
Осознание смысла симптома через идентификацию с ним	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией 2. Интерпретировать результат 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Знание правил выполнения психотехники 2. Знание показаний/противопоказаний к применению психотехники 3. Знание структуры психотехники 4. Умение дать инструкции для клиента 5. Техническое выполнение психотехники

		5 баллов – «отлично» 4 балла – «хорошо» 3 балла – «удовлетворительно» 0-2 балла – «неудовлетворительно»
Классический аутотренинг, техники основной ступени (Шульц)	1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией 2. Интерпретировать результат	1. Знание правил выполнения психотехники 2. Знание показаний/противопоказаний к применению психотехники 3. Знание структуры психотехники 4. Умение дать инструкции для клиента 5. Техническое выполнение психотехники 5 баллов – «отлично» 4 балла – «хорошо» 3 балла – «удовлетворительно» 0-2 балла – «неудовлетворительно»
Тема 5. Психосоматические нарушения в кардиологии		
Техники мышечной релаксации (Джекобсон)	Выполнить методику в соответствии с инструкцией Интерпретировать результат	1. Знание правил выполнения психотехники 2. Знание показаний/противопоказаний к применению психотехники 3. Знание структуры психотехники 4. Умение дать инструкции для клиента 5. Практическое выполнение психотехники 5 баллов – «отлично» 4 балла – «хорошо» 3 балла – «удовлетворительно» 0-2 балла – «неудовлетворительно»
Тема 7. Психосоматические аспекты онкологии		
Составление программы психологической реабилитации онкобольного	1. Сформулировать цель программы 2. Определить критерии подбора участников 3. Выделить планируемые этапы 4. Определить методы психокоррекции 5. Подобрать 2-3 упражнения для возможного использования в программе 6. Предложить критерии для оценки эффективности программы	1 балл – адекватность определения цели и участников группы 1 балл – адекватность выделения этапов 1 балл адекватность подбора упражнения 1 балл умение провести упражнения в группе 1 адекватность критериев оценки эффективности 5 баллов – «отлично» 4 балла – «хорошо» 3 балла – «удовлетворительно»

		0-2 балла – «неудовлетворительно»
Тема 8. Психосоматические аспекты эндокринологии		
Составление программы школы психофизической саморегуляции	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулировать цель программы 2. Определить критерии подбора участников 3. Выделить планируемые этапы 4. Определить методы психокоррекции 5. Подобрать 2-3 упражнения для возможного использования в программе 6. Предложить критерии для оценки эффективности программы 	<p>1 балл – адекватность определения цели и участников группы</p> <p>1 балл – адекватность выделения этапов</p> <p>1 балл адекватность подбора упражнения</p> <p>1 балл умение провести упражнения в группе</p> <p>1 адекватность критериев оценки эффективности</p> <p>5 баллов – «отлично»</p> <p>4 балла – «хорошо»</p> <p>3 балла – «удовлетворительно»</p> <p>0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>
Методы самоконтроля (дневниковый метод)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выполнить методику в соответствии с инструкцией 2. Интерпретировать результат 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Знание правил выполнения психотехники 2. Знание показаний/противопоказаний к применению психотехники 3. Знание структуры психотехники 4. Умение дать инструкции для клиента 5. Практическое выполнение психотехники <p>5 баллов – «отлично»</p> <p>4 балла – «хорошо»</p> <p>3 балла – «удовлетворительно»</p> <p>0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>
Тема 10. Психосоматические аспекты нарушений пищевого поведения		
Составление программы тренинга коррекции пищевого поведения	<ol style="list-style-type: none"> 7. Сформулировать цель программы 8. Определить критерии подбора участников 9. Выделить планируемые этапы 10. Определить методы психокоррекции 11. Подобрать 2-3 упражнения для возможного использования в программе 12. Предложить критерии для оценки эффективности программы 	<p>1 балл – адекватность определения цели и участников группы</p> <p>1 балл – адекватность выделения этапов</p> <p>1 балл адекватность подбора упражнения</p> <p>1 балл умение провести упражнения в группе</p> <p>1 адекватность критериев оценки эффективности</p> <p>5 баллов – «отлично»</p> <p>4 балла – «хорошо»</p> <p>3 балла – «удовлетворительно»</p> <p>0-2 балла – «неудовлетворительно»</p>

3.4. Фонд заданий для портфолио

Тема 2. Психосоматические теории.

Таблица – составление таблицы из разрезных карточек

Название теории	Автор	Пусковой фактор, причина	Механизм формирования заболевания
-----------------	-------	--------------------------	-----------------------------------

Психосоматические теории (эталон ответа)

Теория	Автор	Причина	Механизм
«Конверсии на орган»	З.Фрейд	Психологическая травма, неудовлетворенная потребность в детстве, внутриличностный конфликт	Превращение психической энергии в соматический симптом
«Специфического конфликта»	Ф. Александер	Наличие комплекса факторов: генетической предрасположенности, влияния среды, стиля жизни, внутриличностного конфликта	Подавление чувства гнева приводит к активации симпатки, чувства вины – к активации парасимпатки
«Ресоматизации»	М. Шур	В раннем возрасте аффект и реакции тела являются целостными	Возврат к ранним формам реагирования – эмоции сопровождаются реакцией тела
«Потеря веры в будущее»	Энгель и Шмале	Генетическая предрасположенность, переживание тяжелой утраты	Отсутствие смысла жизни приводит к сдвигам в системе иммунитета
«Борьба за свое тело»	П. Куттер	Нарушение «границ тела» ребенка вмешательством матери	Ребенок не может его любить свое тело или отвергает тело, т.к. оно ему «не принадлежит»
«Двухэшелонная линия защиты»	А. Митчерлих	Переживание фрустрирующей конфликтной ситуации	При недостаточности защит на психосоциальном и невротическом уровне, включаются

			защиты на соматическом уровне
Неспецифического стресса	Г. Селье	Наличие неспецифических адаптационных механизмов в ответ на воздействие стрессора	Активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы приводит к комплексу органических и метаболических сдвигов
Личностной конституции	К. Данбар	Наличие ряда личностных особенностей в сочетании с воздействием стресса	ИБС, повторные травмы, ревматоидный артрит, язвенная болезнь, гипертоническая болезнь
Тип поведения А	Розенман, Фридман	Неадаптивный паттерн поведения	Инфаркт миокарда
Алекситимии	Сифнес, Нейман	Отсутствие модели проявления эмоций в семье; наличие психотравмы; генетическая предрасположенность	Трудности выражения чувств, фантазирования, конкретный тип мышления
Психосоматической семьи	С. Минухин		Бронхиальная астма, неврогенная анорексия

Темы 5-12. Модуль Частные аспекты психосоматики

Таблица

Заболевание	Клиника	Роль стресса	Картина личности	Роль семьи	Психологическая помощь

Критерии оценки портфолио:

- наличие таблицы психосоматических теорий
 - наличие перечня психодиагностических методик, протоколов, заключений
 - наличие таблицы психосоматических расстройств по всем темам частной психосоматики
- При выполнении всех требований - зачтено

4. КОНТРОЛЬ ОСТАТОЧНЫХ ЗНАНИЙ

Критерии оценивания

- *критерии оценивания тестовых заданий*: 0-69% - неудовлетворительно;
70-79% - удовлетворительно, 80-89% - хорошо, 90-100% - отлично.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

I:

S: Термин «психосоматика» введен:

- + : Гейнротом
- : Фрейдом
- : Вайцзеккером
- : Данбар

I:

S: Термин «психосоматика» введен:

- : Александером
- : Сифнесом
- + : Гейнротом
- : Минухиным

I:

S: Основной целью психосоматики является:

- : Разработка методов психотерапии психосоматических больных
- + : Выявление связи между психологическими факторами и течением соматического заболевания
- : Изучение особенностей личности соматических больных

I:

S: Выявление связи между психологическими факторами и течением соматического заболевания является:

- + : Целью психосоматики
- : Задачей психосоматики
- : результатом психосоматики

I:

S: Основной целью психосоматики является:

- : Изучение становления психосоматических функций в онтогенезе
- : Изучение влияния ближайшего взрослого на развитие психосоматических расстройств у детей
- + : Выявление связи между психологическими факторами и течением соматического заболевания

I:

S: Вопрос о том, почему патологический процесс возник именно в том или ином органе, является:

- + : Основным вопросом психосоматики
- : Решается клиническим психологом в связи с конкретным психосоциальным стрессом
- : Может не рассматриваться при психотерапии

I:

S: Направление медицинской психологии, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение ряда соматических заболеваний называется
###

психосоматика
пс*х*с*м*т*ка
пс*х*с*м*т*к#\$#

I:

S: К основным психосоматическим заболеваниям не относится:

- : Гипертоническая болезнь
- : Язвенная болезнь желудка
- : Ревматоидный артрит
- +: Порок клапанов сердца
- : Нейродермит
- : Бронхиальная астма

I:

S: Язвенную болезнь можно отнести к классу

- функциональных психосоматических нарушений
- +: органических психосоматических расстройств
- нарушений поведения с соматическими последствиями

I:

S: Неврогенную анорексию можно отнести к классу

- функциональных психосоматических нарушений
- органических психосоматических расстройств
- +: нарушений поведения с соматическими последствиями

I:

S: Концепцию «конверсии на орган» разработал:

- +: Фрейд
- : Данбар
- : Александер
- : Сифнесс

I:

S: Концепция «конstellляции личностных черт» разработана ###

- +: Данбар
- +: Д*нб*р

I:

S: Концепция «конstellляции личностных черт» разработана:

- : Фрейдом
- +: Данбар
- : Александером

I:

S: «Личность, склонная к повреждениям», описана ###

- +: Данбар
- +: Д*нб*р

I:

S: «Коронарная личность» описана:

- + : Данбар
- : Томешеком
- : Фридманом
- : Сифнесом

I:

S: Трудности в планировании деятельности, стремление к немедленному удовлетворению возникающих желаний, характерно для:

- : Коронарной личности
- + : Личности, склонной к повреждению
- : Ревматической личности

I:

S: Стремление к оказанию помощи, сверхобязательность, сверхсовестливость и потребность в физическом труде, характерно для:

- : Коронарной личности
- : Личности, склонной к повреждениям
- + : Ревматической личности

I:

S: Проведение большого количества времени на работе, в ущерб общению с друзьями, семьей или увлечениям, характерно для:

- + : Коронарной личности
- : Личности, склонной к повреждению
- : Ревматической личности

I:

S: Неспособность распознать и выразить переживаемые чувства, называется ###

- + : алекситимия
- + : ал*кс*т*мия
- + : ал*кс*т*м#\$#

I:

S: Термин «алекситимия» означает:

- : Расстройство способности прочесть текст
- + : Неспособность распознать и выразить переживаемые чувства
- : Утрату эмоциональных реакций на окружающее

I:

S: Правильное соотношение симптомов тревоги:

L1: Психопатологические симптомы

L2: Психомоторные симптомы

L3: Вегетативные симптомы

R1: Мучительное витальное чувство стеснения

R2: Феномены мимической экспрессии

R3: Побледнение лица, сухость во рту

I:

S: Правильная последовательность симптомов тревожного ряда по нарастанию интенсивности:

- 1: Ощущение внутренней напряженности
- 2: Собственно тревога
- 3: Страх
- 4: Паника

I:

S: Первое упражнение классического аутотренинга по Шульцу направлено на:

- : «Ощущение тепла»
- +: «Ощущение тяжести»
- : регуляцию сердечной деятельности
- : регуляцию дыхания

I:

S: Понятие о внутренней картине болезни сформулировано:

- : Гейнротом
- : Бумке
- +: Лурия

I:

S: За 2.5-3 года до острого инфаркта миокарда в анамнезе больных выявляется:

- : Увеличение состава семьи
- +: Смерть близкого родственника
- : Смена места жительства
- : Смена работы

I:

S: За 2.5-3 года до острого инфаркта миокарда в анамнезе больных выявляется:

- +: Болезнь близких родственников
- : Увеличение состава семьи
- : Изменение меры ответственности на работе

I:

S: У лиц с острым инфарктом миокарда синдром истощения выявляется в:

- : 10% случаев
- +: 25% случаев
- : 50% случаев
- : 75% случаев

I:

S: К особым стрессовым ситуациям, связанным с острым инфарктом миокарда, относятся:

- : Развод
- : Конфликт с начальником
- +: Годовщинная реакция

I:

S: К особым стрессовым ситуациям, связанным с острым инфарктом миокарда, относятся:

- : Конфликтные отношения с супругом
- +: Достижение возраста умершего родителя
- : Смена места жительства

I:

S: К особым стрессовым ситуациям, связанным с острым инфарктом миокарда, относятся:

- + : Приближение времени выхода на пенсию
- : Смена места жительства
- : Смена меры ответственности на работе

I:

S: Риск внезапной смерти при остром инфаркте миокарда связан с чертой типа А поведения:

- : Потребностью в контроле окружающих
- : Неумением отдыхать
- + : Высокой тревожностью

I:

S: Риск внезапной смерти при остром инфаркте миокарда связан с чертой типа А поведения:

- + : Враждебностью
- : Работоголизмом
- : Длительной борьбой за достижение цели

I:

S: Высокий уровень эмпатии в сочетании с глубоким проживанием чувств и отсутствием их внешнего выражения, характерен для:

- : Типа поведения А
- : Типа поведения В
- : Типа поведения С
- + : Типа поведения D

I:

S: Для лиц с типом поведения D характерно, что они:

- : Склонны к выражению агрессии
- + : Погибают в первые месяцы после острого инфаркта миокарда
- : Склонны к соперничеству

I:

S: Ранняя тревога характерна для:

- : Догоспитальной фазы
- + : Госпитальной фазы
- : Постгоспитальной фазы
- : Фазы кризиса

I:

S: Постинфарктная депрессия развивается:

- + : Через 2-3 месяца после ОИМ
- : Через 4-5 месяцев после ОИМ
- : Через 6-7 месяцев после ОИМ

I:

S: Основной психологической реакцией госпитальной фазы при остром инфаркте миокарда является

- + : ранняя тревога
- : поздняя тревога
- : ночная тревога

I:

S: Сокращение сроков постинфарктной депрессии происходит при:

- : Адекватной социальной поддержке
- +: Выходе пациента на работу
- : Низком уровне тревоги у пациента

I:

S: Заподозрить постинфарктную депрессию возможно при наличии у пациента:

- : Утомляемости
- +: Ангедонии
- : Снижении веса

I:

S: Психологические проблемы при инсульте возникают:

- : У больного
- : У родственников больного
- +: У больного и его родственников

I:

S: Депрессия у лиц, перенесших инсульт, встречается в:

- : 5% случаев
- : 20% случаев
- +: 60% случаев
- : 80% случаев

I:

S: Депрессия у лиц, перенесших инсульт:

- +: Влияет на течение заболевания
- : Не влияет на течение заболевания

I:

S: Снижение тревожности после инсульта у пациента может быть достигнуто:

- : Предоставлением больному информации о природе заболевания
- +: Предоставлением больному информации о природе заболевания и проведением родственниками времени с больным

I:

S: Положение, в котором больной должен безотлагательно согласиться на операцию протезирования клапанов, либо отказаться от нее, называется кардиохирургическая ###

- +: ситуация
- +: с*т**ц**
- +: с*т**ц#\$#

I:

S: Адекватная реакция на наличие функционирующего протеза клапана наблюдается в:

- : 10% случаев
- : 30% случаев
- : 50% случаев
- +: 70% случаев
- : 100% случаев

I:

S: При адекватной психологической реакции на наличие функционирующего протеза в сердце, пациент начинает слышать «музыку клапана»:

- : На 2-3 сутки после операции
- +: На 4-7 сутки после операции
- : На 8-12 сутки после операции

I:

S: Сосредоточение чрезмерного внимания на работе протеза, навязчивые опасения по поводу поломки клапана, избегание малейшей физической нагрузки и нарушения сна, представляют собой:

- : Тревожный вариант реакции на заболевание
- : Сенесто-ипохондрический синдром
- +: Кардиопротезный психопатологический синдром

I:

S: Наигранный оптимизм в отношении предстоящей операции АКШ, ожидание только положительного исхода операции и недопущение мыслей о других вариантах течения заболевания, представляет собой психологическую реакцию:

- +: Прекрасное равнодушие
- : Невроз ожидания
- : Отрицание болезни

V3: Психосоматические аспекты гастроэнтерологии

I:

S: Наиболее частым вариантом течения синдрома раздраженной толстой кишки является:

- : Вариант с преобладанием болей в животе и метеоризмом
- +: Вариант с преобладанием диареи
- : Вариант с преобладанием запоров

I:

S: Функциональное заболевание кишечника, при котором у больного отмечаются боли или дискомфорт в животе, проходящие после дефекации и сопровождающиеся изменением частоты стула или консистенции стула, называется синдром ### толстой кишки

- +: раздраженной
- +: р*здр*ж*нн*й

I:

S: Психоэмоциональные расстройства у пациентов при тяжелом течении СРТК:

- +: Характерны
- : Не характерны

I:

S: Связь со стрессом характерна для ... течения СРТК

- +: Легкого
- : Средней тяжести
- : Тяжелого

I:

S: Психозомоциональные расстройства характерны для ... течения СРТК

-: Легкого

-: Средней тяжести

+: Тяжелого

I:

S: Согласно представлениям Александера, такие соматические заболевания как колиты, язвенная болезнь вызываются подавлением ...

-: страха

+: инфантильной зависимости

-: тревожности

-: агрессии

I:

S: Постоянное стремление в опеке, заботе от другого человека, при долженствовании быть сильным и самостоятельным характерно для

-: нейродермита

-: гипотиреоза

-: истерического невроза

+: язвенной болезни

V3: Психосоматические аспекты в пульмонологии

I:

S: тип реакции на заболевание туберкулезом при котором больной подсознательно старается извлечь из болезни выгоду, требуют от врача и окружающих повышенного внимания к себе называется

-: экономический

+: истерический

-: ипохондрический

I:

S: По Бройтигаму «при астматической одышке одновременно с воздухом могут задерживаться и эмоции»

-: стыда

-: вины

+: гнева

-: радости

-: тревоги

I:

S: По Александру, соматическому заболеванию ... предшествует формирование внутриличностного конфликта между «желанием нежности» и «страхом нежности»

-: язвенной болезни

-: язвенном колите

-: эссенциальной гипертонии

+: бронхиальной астме

-: ревматоидном артрите

I:

S: Возникновение бронхиальной астмы у детей было описано С. Минухиным в концепции

- : борьбы за свое тело
- : базисного дефекта
- +: психосоматогенной семьи
- : соматизации-ресоматизации

I:

S: Символическим выражением крика младенца по Ф.Александру является симптом:

- : комок в горле
- : плаксивость при неврастении
- : хронический ринит
- +: приступ удушья

**5. Контрольно-оценочные средства, используемые для оценивания
степени сформированности компетенций при изучении дисциплины
«Психосоматика»**

5.1. Фонд оценочных средств для промежуточной аттестации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования

«Новосибирский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)

Дисциплина Б1.В.ОД.5 «Психосоматика»
(наименование дисциплины)

БИЛЕТ № 1

1 Вопрос:

2 Вопрос:

Составитель _____
(подпись)

Заведующий кафедрой _____
(подпись)

«___» _____ 20__ г.

К комплекту экзаменационных билетов прилагаются разработанные преподавателем и утвержденные на заседании кафедры критерии оценки по дисциплине.

5.1.1. Перечень вопросов для подготовки к экзамену

1. Психосоматика как наука. Определение, цели, задачи. Основные вопросы психосоматики.
2. Исторические аспекты психосоматики. Основные этапы развития науки.
3. Классификация психосоматических заболеваний. Диагностические критерии психосоматических нарушений.
4. Понятие психосоматического подхода в медицине. Биопсихосоциальный взгляд на природу здоровья и болезни.
5. Психодинамические теории психосоматики (теория конверсии на орган, теория соматизации-ресоматизации, модель двухэтапной линии обороны).
6. Психодинамические теории психосоматики (модель борьбы за свое тело, модель потери веры в будущее, модель базисного дефекта).
7. Теория профиля личности Данбар. Тип А, В., С, Д.

8. Алекситимия. Определение. Виды. Психодинамический и бихевиоральный взгляды на возникновение алекситимии. Этнокультуральный взгляд. Методы диагностики и психокоррекции.
9. Теория психосоматической семьи.
10. Роль семьи в возникновении психосоматических расстройств. Типы отношений в семье, предрасполагающих к психосоматическим заболеваниям (связывание, отказ, делегирование).
11. Роль семьи в возникновении психосоматических расстройств. Трансформация взаимоотношений в семьях, где ребенок болен психосоматическим заболеванием (на примере бронхиальной астмы, атопического дерматита).
12. Теория стресса Г. Селье. Психофизиологические механизмы психосоматических расстройств.
13. Теория выученной беспомощности в контексте психосоматики.
14. Классификация стрессоров. Шкала Холмса-Рэя для количественной оценки стресса.
15. Интегративные подходы к возникновению психосоматических заболеваний.
16. Роль тревоги в возникновении психосоматических заболеваний.
17. Депрессия и психосоматические заболевания. Понятие маскированной депрессии.
18. Анамнез жизни и его значение в диагностике психосоматических расстройств.
19. Определение психотерапии. Классификация методов. Точки приложения психотерапии при лечении психосоматических заболеваний.
20. Психосоматические аспекты боли. Способы психологической помощи.
21. Определение психоонкологии. Цели. Задачи.
22. Этапы становления психоонкологии. Тип личности «С».
23. Психологические реакции на онкологическое заболевание (по В.Д. Менделевичу). Задачи психолога на разных этапах реакции на заболевание.
24. Психологические проблемы детей и подростков, выздоровевших от рака.
25. Принципы паллиативной помощи. Работа с умирающим больным.
26. Острый инфаркт миокарда. Физические и психологические факторы риска. Тип поведения «А», его роль в развитии и течении инфаркта.
27. Острый инфаркт миокарда. События прединфарктного периода. «Особые стрессоры».
28. Острый инфаркт миокарда. Клинические проявления и психологические реакции на инфаркт.
29. Психосоматические аспекты кардиохирургии: протезирование клапанов.
30. Психосоматические аспекты кардиохирургии: аорто-коронарное шунтирование.
31. Психосоматические аспекты гипертонической болезни.
32. Психосоматические аспекты острого нарушения мозгового кровообращения.
33. Общая характеристика психосоматических заболеваний в пульмонологии. Синдром гипервентиляции легких.
34. Психосоматические аспекты бронхиальной астмы.
35. Психосоматические механизмы формирования сахарного диабета (психогенные факторы, особенности личности).
36. Структура нервно-психических расстройств при сахарном диабете. Нарушения адаптации. Органические расстройства, психоэндокринный синдром.
37. Особенности психологической помощи при СД. Роль участия больного в поддержании стабильной компенсации СД. Школа самоконтроля. Психотерапия при СД.
38. Психосоматические аспекты кожных заболеваний. Общая характеристика.
39. Классификация психических нарушений в дерматологии.
40. Общая характеристика психосоматических аспектов в гастроэнтерологии. Психосоматические аспекты язвенной болезни.

41. Психосоматические аспекты в гастроэнтерологии. Неспецифический язвенный колит.
42. Психосоматические аспекты в гастроэнтерологии. Синдром раздраженной толстой кишки. Особенности личности больных. Роль тревоги и депрессии.
43. Формирование патологического развития личности при психосоматическом заболевании на примере гастропатологии.
44. Психосоматические аспекты в гастроэнтерологии. Цели, задачи и методы психотерапии в работе с больными с СРТК и ЯБ.
45. Психосоматические аспекты бронхиальной астмы. Клиника. Психофизиологические и психодинамические механизмы формирования симптомов.
46. Психосоматические аспекты бронхиальной астмы. Бронхиальная астма в контексте системной семейной терапии. Роль матери в возникновении симптомов.
47. Психосоматические аспекты бронхиальной астмы. Психокоррекционные подходы.
48. Неврогенная анорексия и булимия. Клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
49. Психосоматические аспекты ожирения. Питание как коммуникативный процесс. Особенности личности больных с ожирением. Нарушения пищевого поведения, Классификация и общая характеристика. Причины.
50. Общая характеристика нарушений пищевого поведения. Психокоррекционные аспекты нарушений пищевого поведения.
51. Психосоматика в акушерстве и гинекологии (бесплодие, послеродовая депрессия).
52. Психосоматика в акушерстве и гинекологии (психологические аспекты нормальной беременности).
53. Психосоматика в акушерстве и гинекологии. Психологическая специфика и этапы формирования женственности. Психофизиологические циклы женщины.
54. Психосоматика в акушерстве и гинекологии. Климактерический период. Патологический климакс: психологические причины и симптоматика.
55. Функциональные психовегетативные расстройства. Классификация. Клинические проявления
56. Классификация психосоматических расстройств в детском возрасте. Возрастные аспекты психосоматических симптомов
57. Факторы, предрасполагающие к появлению психосоматических расстройств у детей. Психосоматические теории (М. Малер, П.Куттер. С. Минухин).
58. Формирование ВКБ у детей. Факторы, участвующие в создании ВКБ у детей. Реакция личности ребенка на болезнь.
59. Формирование понятия смерти у детей в зависимости от возраста. Реакция детей на процесс умирания. Реакция семьи на умирание и смерть ребенка.
60. Отрыв детей от семьи при поступлении в больницу. Фазы и типы адаптации детей. Пути смягчения реакция ребенка на госпитализацию. Госпитализм.
61. Эффективная коммуникация с больным ребенком. Принципы. Техники.
62. Принципы терапии психосоматических расстройств у детей.
63. Психокоррекционные техники в работе с психосоматическими расстройствами у детей.
64. Первичная и вторичная психопрофилактика психосоматических расстройств у детей.

Промежуточная аттестация (ПрАТТ) по дисциплине проводится в форме экзамена, *сроки проведения 7 семестр, форма проведения (2 этапа - устное собеседование, тестирование АСТ)*

Критерии оценивания

- *критерии оценивания тестовых заданий*: 0-69% - неудовлетворительно; 70-79% - удовлетворительно, 80-89% - хорошо, 90-100% - отлично;

- *критерии оценки результатов опроса*:

- Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется студенту, глубоко и прочно усвоившему программный, в том числе лекционный, материал, последовательно, четко и самостоятельно (без наводящих вопросов) отвечающему на вопрос.
- Оценка «ХОРОШО» выставляется студенту, твердо знающему программный, в том числе лекционный, материал, грамотно и по существу отвечающему на вопрос и не допускающему при этом существенных неточностей (неточностей, которые не могут быть исправлены наводящими вопросами или не имеют важного практического значения). То же относится к освещению практически важных вопросов.
- Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется студенту, который обнаруживает знание основного материала, но не знает его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, излагает материал с нарушением последовательности, отвечает на практически важные вопросы с помощью или поправками преподавателя.
- Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется студенту, который не знает значительной части программного, в том числе лекционного, материала и/или допускает существенные ошибки в изложении материала.

5.1.2. Итоговый тестовый контроль

V1: ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ

V2: ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОСОМАТИКУ

V3: Психосоматика как наука

I:

S: Термин «психосоматика» введен ###

+: Гейнротом

+: Г*йнр*т*м

+: Г*йнр*#\$#

+: г*йнр*#\$#

I:

S: Термин «психосоматика» введен:

+: Гейнротом

-: Фрейдом

-: Вайцеккером

-: Данбар

I:

S: Термин «психосоматика» введен:

-: Александером

-: Сифнесом

+: Гейнротом

-: Минухиным

I:

S: Термин «психосоматика» введен в:

+: 1818 году

-: 1900 году

-: 1918 году

I:

S: Термин «психосоматика» введен в:

-: 1718 году

+: 1818 году

-: 1918 году

I:

S: Основной целью психосоматики является:

-: Разработка методов психотерапии психосоматических больных

+: Выявление связи между психологическими факторами и течением соматического заболевания

-: Изучение особенностей личности соматических больных

I:

S: Вопрос о том, почему патологический процесс возник именно в том или ином органе, является:

+: Основным вопросом психосоматики

-: Решается клиническим психологом в связи с конкретным психосоциальным стрессом

-: Может не рассматриваться при психотерапии

I:

S: Вопрос о выборе органа в психосоматике – это:

+: Вопрос о том, почему патологический процесс возник именно в том или ином органе

-: Вопрос об индивидуальной реактивности

-: Вопрос о ведущих защитных механизмах личности

I:

S: Вопрос о том, почему один и тот же сверхсильный раздражитель у одного человека вызывает ярко выраженную эмоциональную реакцию с комплексом специфических вегето-висцеральных сдвигов, а у других они отсутствуют, является:

-: Решается клиническим психологом

+: Основным вопросом психосоматики

-: Может не рассматриваться при психотерапии

I:

S: Вопрос об индивидуальной реактивности:

+: отвечает на вопрос о типе личности

-: отвечает на вопрос о выборе органа

-: отвечает на вопрос о пусковом механизме

I:

S: Вопрос о триггерном механизме патологического процесса в начальной стадии его развития:

-: отвечает на вопрос о типе личности

- : отвечает на вопрос о выборе органа
- +: отвечает на вопрос о пусковом механизме

I:

S: Направление медицинской психологии, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение ряда соматических заболеваний называется ###

- +: психосоматика
- +: пс*х*с*м*т*ка
- +: пс*х*с*м*т*к#\$#

I:

S: Расстройство функций органов и систем, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов принято называть ... заболеваниями.

- : психотическими
- : психопатическими
- +: психосоматическими
- : соматопсихическими

I:

S: К основным вопросам психосоматики не относится

- : Вопрос о пусковом механизме патологического процесса
- : Вопрос о выборе личности
- +: Вопрос о причинах психоза
- : Вопрос о выборе органа

I:

S: Риск соматического заболевания после действия стресса увеличивает такая индивидуально-личностная особенность человека как ...

- +: чувство беспомощности
- : активность
- : энергичность
- : предприимчивость

I:

S: К основным психосоматическим заболеваниям не относится:

- : Гипертоническая болезнь
- : Язвенная болезнь желудка
- : Ревматоидный артрит
- +: Порок клапанов сердца
- : Нейродермит
- : Бронхиальная астма

I:

S: Конверсионные невротические расстройства можно отнести к классу

- +: функциональных психосоматических нарушений
- органических психосоматических расстройств
- нарушений поведения с соматическими последствиями

I:

S: Язвенную болезнь можно отнести к классу

- функциональных психосоматических нарушений

+: органических психосоматических расстройств

- нарушений поведения с соматическими последствиями

I:

S: Неврогенную анорексию можно отнести к классу

- функциональных психосоматических нарушений

- органических психосоматических расстройств

+: нарушений поведения с соматическими последствиями

V2: ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОСОМАТИКИ

V3: Психосоматические теории и модели

I:

S: Концепцию «конверсии на орган» разработал ###

+: Фрейд

+: Фр*йд

I:

S: Концепцию «конверсии на орган» разработал:

+: Фрейд

-: Данбар

-: Александер

-: Сифнесс

I:

S: Концепция «констелляции личностных черт» разработана ###

+: Данбар

+: Д*нб*р

I:

S: Концепция «констелляции личностных черт» разработана:

-: Фрейдом

+: Данбар

-: Александером

I:

S: Концепция «констелляции личностных черт» разработана:

+: Данбар

-: Фридманом

-: Минухиным

I:

S: «Личность, склонная к повреждениям», описана ###

+: Данбар

+: Д*нб*р

I:

S: «Личность, склонная к повреждениям», описана:

-: Вайцзеккером

+: Данбар

-: Томешеком

I:

S: «Ревматическая личность» описана ###

+: Данбар

+: Д*нб*р

I:

S: «Ревматическая личность» описана:

-: Томешеком

-: Фридманом

-: Розенманом

+: Данбар

I:

S: «Коронарная личность» описана ###

+: Данбар

+: Д*нб*р

I:

S: «Коронарная личность» описана:

+: Данбар

-: Томешеком

-: Фридманом

-: Сифнесом

I:

S: Трудности в планировании деятельности, стремление к немедленному удовлетворению возникающих желаний, характерно для:

-: Коронарной личности

+: Личности, склонной к повреждению

-: Ревматической личности

I:

S: Стремление к оказанию помощи, сверхобязательность, сверхсовестливость и потребность в физическом труде, характерно для:

-: Коронарной личности

-: Личности, склонной к повреждениям

+: Ревматической личности

I:

S: Стремление к оказанию помощи, сверхобязательность, сверхсовестливость и потребность в физическом труде, характерно для ### личности

+: ревматической

+: р*вм*т*ч*ск*й

+: р*вм*т*ч*с#\$#

I:

S: Трудности в планировании деятельности, стремление к немедленному удовлетворению возникающих желаний, характерно для личности ###

- + : склонной к повреждениям
- + : скл*нной к п*вр*жд*ниям
- + : скл*нн#\$# к п*вр*жд*ниям

I:

S: Проведение большого количества времени на работе, в ущерб общению с друзьями, семьей или увлечениям, характерно для ### личности

- + : коронарной
- + : к*р*н*рной
- + : к*р*н*рн#\$#

I:

S: Проведение большого количества времени на работе, в ущерб общению с друзьями, семьей или увлечениям, характерно для:

- + : Коронарной личности
- : Личности, склонной к повреждению
- : Ревматической личности

I:

S: Неспособность к распознать и выразить переживаемые чувства, называется ###

- + : алекситимия
- + : ал*кс*т*мия
- + : ал*кс*т*м#\$#

I:

S: Термин «алекситимия» означает:

- : Расстройство способности прочитывать текст
- + : Неспособность к распознать и выразить переживаемые чувства
- : Утрату эмоциональных реакций на окружающее

I:

S: Стремление к конкурентной борьбе, работоголизм, склонность к контролю окружающих и высокий уровень тревожности характерен для типа личности:

- + : A
- : B
- : C
- : D

I:

S: Наличие у пациента типа поведения A:

- : Предрасполагает к развитию бронхиальной астмы
- : Предрасполагает к частым травмам
- + : Повышает риск повторного инфаркта и внезапной смерти
- : Предрасполагает к развитию рака

I:

S: Согласно представлениям Александера, такие психосоматические заболевания как колиты, язвенная болезнь, вызываются:

- : Подавлением страха
- + : Подавлением инфантильной зависимости

- : Подавлением тревоги
- : Подавлением агрессии

I:

S: Из всех черт типа А поведения, наиболее связаны с риском внезапной смерти:

- : Неумение отдыхать
- : Стремление контролировать других
- +: Враждебность

I:

S: Из всех черт типа А поведения, наиболее связаны с риском внезапной смерти:

- +: Тревожность
- : Работоголизм
- : Стремление к соперничеству

I:

S: Франц Александер объяснял возникновение психосоматических заболеваний:

- : Преморбидными особенностями личности больных
- : Кортико-висцеральными взаимосвязями
- +: Типичной конфликтной ситуацией

I:

S: Авторами концепции алекситимии были:

- +: Сифнес и Нейман
- : Фридман и Розенман
- : Минухин и Вайцеккер

I:

S: Тип поведения А описан:

- : Сифнесом и Нейманом
- +: Фридманом и Розенманом
- : Фрейдом и Вайцеккером

I:

S: Тип поведения С описал ###

- +: Томешек
- +: Т*м*ш*к

I:

S: Ограниченная способность к фантазии, неспособность пользоваться символами, тотальная идентификация с объектом и трудность в описании чувств характерны для ###

- +: алекситимии
- +: ал*кс*т*мии
- +: ал*кс*т*м#\$#

I:

S: К формированию алекситимии предрасполагают следующие психосоциальные факторы:

- : Воспитание в неполной семье
- : Ранняя смерть одного из родителей

- + : Низкий уровень образования
- : Высокий уровень социальной поддержки

I:

S: К формированию алекситимии предрасполагают следующие психосоциальные факторы:

- + : Низкий уровень социальной поддержки
- : Высокий уровень удовлетворенности жизнью
- : Воспитание в полной семье

I:

S: Наличие алекситимии у пациента:

- + : Влияет на риск внезапной смерти
- : Не влияет на риск внезапной смерти
- : напрямую связано с риском внезапной смерти

I:

S: Различие частоты алекситимии среди здоровых в пределах 8-15% может быть объяснено:

- : Высокой психологической травматизацией в детстве
- : Воспитанием в неполных семьях
- + : Этнокультуральными факторами

I:

S: Теорию психосоматической семьи разработал ###

- + : Минухин
- + : М*н*х*н

I:

S: Теорию психосоматической семьи разработал:

- : Фрейд
- : Данбар
- : Александер
- : Сифнес
- + : Минухин

I:

S: Психосоматическая семья по Минухину характеризуется тем, что:

- : Все члены семьи общаются между собой и умеют слушать друг друга
- : В семье учат уважать других людей, их различия во вкусах
- + : Имеется симбиотическая связь ребенка с одним из родителей

I:

S: Психосоматическая семья по Минухину характеризуется тем, что:

- : В семье имеется общая система ценностей
- : Все члены семьи знают свои права
- + : Все члены семьи избегают выражения несогласия и открытого обсуждения конфликта

I:

S: Симбиотическая связь с ребенком характерна для:

- : Гармоничной семьи
- +: Психосоматической семьи
- : Шизофреногенной семьи

I:

S: Для психосоматической семьи характерно, что:

- +: Ребенок и его болезнь играют роль буфера в семейных конфликтах
- : Уделяется внимание совместным развлечениям
- : Члены семьи не стесняются обращаться за помощью к специалистам в случае возникновения проблем

I:

S: Соответствие автора с предложенной им теоретической моделью психосоматической медицины:

L1: Фрейд З.

L2: Сифнес Р.

L3: Данбар К.

L4: Александер Ф.

R1: Модель «конверсии на орган»

R2: Модель алекситимии

R3: Модель «личностной констелляции»

R4: Модель «специфичности конфликта»

I:

S: Нарушения, сопровождающиеся соматическими симптомами при отсутствии изменений во внутренних органах называются ### расстройствами.

+: соматоформными

+: с*м*г*ф*рмными

+: соматоформн#\$#

I:

S: Укажите соответствие:

L1: Тревога

L2: Депрессия

L3: Ипохондрия

R1: Психомоторное возбуждение, вегетативные симптомы, мучительное чувство стеснения

R2: Ангедония, слабость, апатия, заторможенность, снижение аппетита

R3: Фиксация на своих ощущениях, стремление пройти больше обследований

I:

S: Фактор развития психосоматических расстройств, проявляющийся ощущением беспокойства, вегетативными симптомами, ажитацией называется - ###

+: тревога

+: тр*в*га

+: тр*в*г#\$#

I:

S: Теорию специфического для болезни конфликта создал

-: Данбар

-: Фрейд

+: Александер

-. Кэннон

I:

S: К физиологическим подходам к изучению психосоматических заболеваний НЕ относят

+: конверсионную модель

-. учение о стрессе

-. кортико-висцеральную теорию

-. учение Павлова об условных рефлексах

I:

S: Какое из заболеваний НЕ входит в “святую семерку” психосоматических заболеваний:

-. Бронхиальная астма.

+: Псевдопаралич.

-. Язвенный колит.

-. Ревматоидный артрит.

-. Язвенная болезнь 12 перстной кишки.

I:

S: Правильное соответствие состояний и разделов классификации психосоматических расстройств:

L1: Чувство кома в горле

L2: Истерический невроз

L3: Язвенная болезнь

L4: Алкогольная зависимость

R1: Острые психосоматические реакции

R2: Соматоформные расстройства

R3: Психосоматические заболевания

R4: Нарушения поведения с психосоматическими последствиями

I:

S: Состояние, проявляющееся преимущественно соматическими симптомами, нетипичным болевым синдромом, снижением веса, без жалоб на пониженное настроение, называется #### депрессией

+: соматизированной

+: с*м*т*з*р*в*нной

+: с*м*т*з*р*в*нн#\$#

+: маскированной

+: м*ск*р*в*нной

+: м*ск*р*в*нн#\$#

I:

S: Правильное соотношение симптомов тревоги:

L1: Психопатологические симптомы

L2: Психомоторные симптомы

L3: Вегетативные симптомы

R1: Мучительное витальное чувство стеснения

R2: Феномены мимической экспрессии

R3: Побледнение лица, сухость во рту

I:

Q: Правильная последовательность симптомов тревожного ряда по нарастанию интенсивности:

- 1: Ощущение внутренней напряженности
- 2: Собственно тревога
- 3: Страх
- 4: Паника

I:

S: Концепция, предполагающая, что происхождение психосоматических расстройств связано с дефицитом «любви» к своему телу, принадлежит:

-: Ф. Александеру

-: Г.Селье

+: П.Куттеру

-: М. Балинту

I:

S: Уровень разрешения конфликтов, связанный с включением психологической защиты «соматизация тревоги» по А. Митчерлиху называется:

-: уровень социальных отношений

-: уровень зрелых невротических защит

+: психосоматический уровень

-: психосоциальный уровень

V3: Методы исследования в психосоматике

I:

S: Оценка уровня тревоги у больных психосоматическими заболеваниями возможна при помощи опросника:

-: Бека

-: Цунга

+: Спилбергера-Ханина

-: Леонгарда

-: Шмишека

I:

S: Оценка уровня депрессии у больных психосоматическими заболеваниями возможна при помощи опросника:

+: Цунга

-: Тейлора

-: Спилбергера-Ханина

-: Леонгарда

-: Шмишека

I:

S: Оценка личностной и реактивной тревожности производится с помощью:

-: Госпитальной шкалы тревоги и депрессии

-: Шкалы Бека

+: Шкалы самооценки Спилбергера-Ханина

-: Шкалы Цунга

I:

S: Оценить наличие субклинического и клинического уровня тревоги и депрессии у психосоматических больных можно с помощью:

- : Опросника Бека
- : Опросника Цунга
- +: Госпитальной шкалы тревоги и депрессии

I:

S: Суть биографического метода состоит в:

- : Детальном изучении биографии пациента
- +: Сопоставлении событий в жизни пациента с течением заболевания
- : Детальной оценке психосоциальных стрессоров в жизни пациента

I:

S: Типы отношения к болезни диагностируются с помощью:

- : MMPI
- : HADS
- +: ЛОБИ

I:

S: С помощью опросника Дженкинса диагностируется:

- +: Тип поведения А
- : Тип поведения С
- : Тип поведения D

I:

S: Тип поведения А диагностируется с помощью опросника ###

- +: Дженкинса
- +: Дж*нк*нса
- +: Дж*нк*н#\$#

I:

S: Тип А поведения может быть диагностирован с помощью опросника:

- : TAS
- : Бека
- : Цунга
- +: Дженкинса

I:

S: Биографический метод в психосоматике позволяет выявить:

- +: Связь стресса и начала заболевания
- : Связь стресса и окончания заболевания
- : Риск генетической патологии
- : Инфекционную природу заболевания

I:

S: Для диагностики алекситимии используется тест:

- : MMPI
- +: TAS
- : TAT

I:

S: К проективным методам диагностики психосоматики относятся:

- : MMPI
- : TAS

+: ТАТ

I:

S: Оценка суммарного психосоциального стресса в психосоматике производится с помощью:

-: Шкалы Цунга

-: Госпитальной шкалы тревоги и депрессии

+: Шкалы Холмса-Рэя

I:

S: Риск развития психосоматического заболевания можно оценить как высокий при общей сумме баллов по шкале Холмса-Рэя:

-: 50-100 баллов

+: 100-200 баллов

-: 20-300 баллов

-: 30 и более баллов

V3: Психотерапия психосоматических больных

I:

S: Для коррекции неадекватного поведения в болезни используется метод психотерапии:

-: Гипноз

+: Школы больных

-: Психоанализ

-: Арт-терапия

I:

S: Длительность психотерапии при истинных психосоматических заболеваниях обычно составляет:

-: 2-3 дня

-: 1 месяц

-: 4 месяца

+: Более года

I:

S: Биологическую обратную связь относят к следующему классу методов психотерапии в психосоматике:

-: методы, ориентированные на причину болезни

+: методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения

-: невербальные и полувербальные методы воздействия

I:

S: Гештальт-подход относят к следующему классу методов психотерапии в психосоматике:

+: методы, ориентированные на причину болезни

-: методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения

-: невербальные и полувербальные методы воздействия

I:

S: Психоанализ относят к следующему классу методов психотерапии в психосоматике:

+: методы, ориентированные на причину болезни

-: методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения

-: невербальные и полувербальные методы воздействия

I:

S: Школы больных относят к следующему классу методов психотерапии в психосоматике:

-: методы, ориентированные на причину болезни

+: методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения

-: невербальные и полувербальные методы воздействия

I:

S: Аутотренинг относят к следующему классу методов психотерапии в психосоматике:

-: методы, ориентированные на причину болезни

+: методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения

-: невербальные и полувербальные методы воздействия

I:

S: Телесно-ориентированную психотерапию относят к следующему классу методов психотерапии в психосоматике:

-: методы, ориентированные на причину болезни

-: методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения

+: невербальные и полувербальные методы воздействия

I:

S: Первое упражнение классического аутотренинга по Шульцу направлено на:

-: «Ощущение тепла»

+: «Ощущение тяжести»

-: регуляцию сердечной деятельности

-: регуляцию дыхания

V2: ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ. НОЗОГЕНИИ

V3: Понятие внутренней картины болезни и здоровья. Виды психологических реакций на заболевание.

I:

S: Понятие внутренней картины болезни ввел:

+: Лурия

-: Рохлин

-: Гольдшейдер

I:

S: Понятие о внутренней картине болезни сформулировано:

-: Гейнротом

-: Бумке

+: Лурия

I:

S: Понятие о внутренней картине болезни введено ###

+: Лурия

+: Л*р*я

+: Л*р*#\$#

I:

S: Информационная составляющая внутренней картины болезни включает:
-: Боль, дискомфорт, напряжение и пр.
-: Признание факта болезни
+: Знания пациента о природе заболевания, мерах вторичной профилактики, диете

I:
S: Болевые ощущения, дискомфорт и пр. составляют ... сторону внутренней картины болезни
+: Сенситивную
-: Эмоциональную
-: Информационную
-: Мотивационную

I:
S: Тревога и страх составляют ... сторону внутренней картины болезни:
-: Сенситивную
+: Эмоциональную
-: Информационную
-: Мотивационную

I:
S: Желание пациента выздороветь и прикладываемые к этому усилия, составляют ... сторону внутренней картины болезни:
-: Сенситивную
-: Эмоциональную
-: Информационную
+: Мотивационную

I:
S: При анозогнозическом типе реакции на заболевание социальная адаптация:
-: Нарушается
+: Не нарушается

I:
S: При неврастеническом типе реакции на заболевание социальная адаптация пациента:
-: Не нарушается
+: Нарушается временно
-: Нарушается на длительный срок

I:
S: При эргопатическом типе реакции на заболевание социальная адаптация пациента:
-: Нарушается
+: Не нарушается

I:
S: Нарушение социальной адаптации происходит при ... типе реакции на болезнь:
-: Гармоническом
+: Неврастеническом
-: Эргопатическом

I:
S: Социальная адаптация пациента сохраняется при ... типе реакции на болезнь:

- + : Гармоническом
- : Сенситивном
- : Эгоцентрическом

I:

S: Социальная адаптация пациента сохраняется при ... типе реакции на болезнь:

- : Эгоцентрическом
- + : Анозогнозическом
- : Меланхолическом

V2: ЧАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОСОМАТИКИ

V3: Психосоматические аспекты в кардиологии

I:

S: За 2.5-3 года до острого инфаркта миокарда в анамнезе больных выявляется:

- : Увеличение состава семьи
- + : Смерть близкого родственника
- : Смена места жительства
- : Смена работы

I:

S: За 2.5-3 года до острого инфаркта миокарда в анамнезе больных выявляется:

- + : Болезнь близких родственников
- : Увеличение состава семьи
- : Изменение меры ответственности на работе

I:

S: У лиц с острым инфарктом миокарда синдром истощения выявляется в:

- : 10% случаев
- + : 25% случаев
- : 50% случаев
- : 75% случаев

I:

S: К особым стрессовым ситуациям, связанным с острым инфарктом миокарда, относятся:

- : Развод
- : Конфликт с начальником
- + : Годовщинная реакция

I:

S: К особым стрессовым ситуациям, связанным с острым инфарктом миокарда, относятся:

- : Конфликтные отношения с супругом
- + : Достижение возраста умершего родителя
- : Смена места жительства

I:

S: К особым стрессовым ситуациям, связанным с острым инфарктом миокарда, относятся:

- + : Приближение времени выхода на пенсию
- : Смена места жительства
- : Смена меры ответственности на работе

I:

S: Риск внезапной смерти при остром инфаркте миокарда связан с чертой типа А поведения:

- : Потребностью в контроле окружающих
- : Неумением отдыхать
- +: Высокой тревожностью

I:

S: Риск внезапной смерти при остром инфаркте миокарда связан с чертой типа А поведения:

- +: Враждебностью
- : Работоголизмом
- : Длительной борьбой за достижение цели

I:

S: Высокий уровень эмпатии в сочетании с глубоким проживанием чувств и отсутствием их внешнего выражения, характерен для:

- : Типа поведения А
- : Типа поведения В
- : Типа поведения С
- +: Типа поведения D

I:

S: Для лиц с типом поведения D характерно, что они:

- : Склонны к выражению агрессии
- +: Погибают в первые месяцы после острого инфаркта миокарда
- : Склонны к соперничеству

I:

S: Ранняя тревога характерна для:

- : Догоспитальной фазы
- +: Госпитальной фазы
- : Постгоспитальной фазы
- : Фазы кризиса

I:

S: Основной психологической реакцией госпитальной фазы при остром инфаркте миокарда является

- +: ранняя тревога
- : поздняя тревога
- : ночная тревога

I:

S: Сокращение сроков постинфарктной депрессии происходит при:

- : Адекватной социальной поддержке
- +: Выходе пациента на работу
- : Низком уровне тревоги у пациента

I:

S: Заподозрить постинфарктную депрессию возможно при наличии у пациента:

- : Утомляемости
- +: Ангедонии

-: Снижении веса

V3: Психосоматические аспекты гастроэнтерологии

I:

S: Наиболее частым вариантом течения синдрома раздраженной толстой кишки является:

- : Вариант с преобладанием изжоги
- +: Вариант с преобладанием диареи
- : Вариант с преобладанием тошноты

I:

S: Функциональное заболевание кишечника, при котором у больного отмечаются боли или дискомфорт в животе, проходящие после дефекации и сопровождающиеся изменением частоты стула или консистенции стула, называется синдром ### толстой кишки

- +: раздраженной
- +: р*здр*ж*нн*й

I:

S: Психоэмоциональные расстройства у пациентов при тяжелом течении СРТК:

- +: Характерны
- : Не характерны

I:

S: Согласно представлениям Александера, такие соматические заболевания как колиты, язвенная болезнь вызываются подавлением ...

- : страха
- +: инфантильной зависимости
- : тревожности
- : агрессии

I:

S: Постоянное стремление в опеке, заботе от другого человека, при долженствовании быть сильным и самостоятельным характерно для

- : нейродермита
- : гипотиреоза
- : истерического невроза
- +: язвенной болезни

V3: Психосоматические аспекты в пульмонологии

I:

S: тип реакции на заболевание туберкулезом при котором больной подсознательно старается извлечь из болезни выгоду, требуют от врача и окружающих повышенного внимания к себе называется

- : экономический
- +: истерический
- : ипохондрический

I:

S: По Бройтигаму «при астматической одышке одновременно с воздухом могут задерживаться и эмоции»

-: стыда

-: вины

+: гнева

-: радости

-: тревоги

I:

S: По Александру, соматическому заболеванию ... предшествует формирование внутриличностного конфликта между «желанием нежности» и «страхом нежности»

-: язвенной болезни

-: язвенном колите

-: эссенциальной гипертонии

+: бронхиальной астме

-: ревматоидном артрите

I:

S: Возникновение бронхиальной астмы у детей было описано С. Минухиным в концепции

-: борьбы за свое тело

-: базисного дефекта

+: психосоматогенной семьи

-: соматизации-ресоматизации

I:

S: Символическим выражением крика младенца по Ф.Александру является симптом:

-: комок в горле

-: плаксивость при неврастении

-: хронический ринит

+: приступ удушья

I:

S: Устранение из поля внимания неприемлемого для больного мотива, отказ от самостоятельного решения трудностей, уклонение от реальной оценки собственной роли в конфликтной ситуации характерно для варианта развития бронхиальной астмы

-: шунтового

-: неврастеноподобного

+: истероподобного

I:

S: Шунтовой механизм психогенной провокации приступов бронхиальной астмы с характерен для разрешения конфликтов

-: матери

-: ребенка

+: всей семьи

I:

S: Для коррекции психогенного синдрома гипервентиляции легких возможно назначение

-: препаратов, расширяющих бронхи

-: сосудистых препаратов

+: плацебо-терапии

I:

S: Обучение пациентов с бронхиальной астмой в «Астма-школах» является вариантом:

-: психодинамической терапии

-: когнитивной терапии

+: поведенческой терапии

-: гипносуггестивной терапии

I:

S: Причиной развития бронхиальной астмы может быть фиксация пациента на ... фазе развития по Г.Хорну

-: нарциссической

+: депрессивной

-: анально-навязчивой

-: эдипальной

-: латентной

V3: Психосоматические аспекты эндокринологии

I:

S: К психосоматическим состояниям в эндокринологии относят все, кроме:

-: сахарный диабет 1 типа

-: Сахарный диабет 2 типа

+: Панкреатогенный сахарный диабет

-: Тиреотоксикоз

I:

S: Невозможность транспорта сахара из крови в клетки организма при сахарном диабете 1 типа («голод среди изобилия») является символическим отражением ...

-: Неврогенной анорексии

-: Периодов голодания

+: «Голода по любви»

-: Частого переедания

I:

Q: Правильная последовательность стадий принятия сахарного диабета

1: Отрицание

2: Бунт

3: Торговля

4: Самоанализ

5: Принятие

I:

S: Стадия принятия сахарного диабета, характеризующаяся отвержением заболевания, отказом от лечения называется стадией ...

+: Отрицания

-: Бунта

-: Торговли

-: Самоанализа

-: Принятия

I:

S: Стадия принятия сахарного диабета, характеризующаяся первым осознанием болезни, согласием на лечение, но оспариванием рекомендаций врача называется стадией ###

+: торговли

+: т*рг*вли

+: торговл#\$#

I:

S: Стадия принятия сахарного диабета, характеризующаяся гневом, вопросами «За что мне это», «Почему именно я?» называется стадией ###

+: бунта

+: б*нт*

+: б*нт#\$#

I:

S: Методика саморегуляции уровня сахара крови, основанная на зрительном представлении красного круга называется ...

-: Визуально-кинестетическая диссоциация

-: Мотив «Саморегуляция»

+: Метод Матюшина

-: Метод «якорения»

I:

S: Для эндокринного психосиндрома характерно всё, кроме:

-: снижение психической активности

-: Изменение влечений, инстинктов, настроения

-: разнонаправленные изменения настроения

+: улучшение концентрации внимания

I:

S: В основе лечения сахарного диабета эндокринологи используют методы поведенческой терапии в рамках проведения ...

-: групповых тренингов

-: тренингов уверенности в себе

-: аутотренинга

+: школы для больных

I:

S: Заболевание, при котором повышается уровень сахара крови на фоне ожирения (чаще у пожилых), называется ...

-: сахарный диабет 1 типа

+: сахарный диабет 2 типа

-: панкреатогенный диабет

-: диабет беременных

I:

S: Заболевание, при котором повышается уровень сахара крови на фоне гибели β -клеток поджелудочной железы (чаще у молодых) и требующее обязательного проведения инсулинотерапии называется – сахарный диабет ### типа

+: 1

- +: 1-го
- +: первого
- +: п*рв*го
- +: п*рв*г\$#\$

I:

- S: Для гипотиреоза характерно
- : нарастание агрессивности
 - + : снижение когнитивных процессов
 - : наличие внутриличностного конфликта
 - : распад ядра личности

V3: Психосоматические аспекты онкологии

I:

S: Психоонкология – это:

- : Раздел клинической психологии, занимающийся психологическими аспектами лечения и реабилитации онкологических больных.
- + : Раздел онкологии, использующий психологические знания для помощи онкологическим больным.
- : Раздел частной психосоматики, изучающий поведение больных онкологическими заболеваниями.

I:

S: Целью психоонкологии является:

- : Изучение поведения больных для обучения их эффективным стратегиям совладания со стрессом, вызванным болезнью.
- : Реабилитация и восстановление трудоспособности онкологических больных.
- + : Изучение психологических, социальных и поведенческих факторов, объясняющих появление рака и излечение от него.

I:

S: Первый этап развития психоонкологии характеризуется всем, кроме:

- + : Широких возможностей лучевой, химио- и радиотерапии.
- : Сохранение информации в тайне от пациента.
- : Возможностью излечения только на ранних этапах выявления заболевания.

I:

S: Второй этап развития психоонкологии характеризуется всем, кроме:

- + : Информирования пациента о диагнозе.
- : Появления групп психологической помощи пациентами пациентов
- : Снятие запрета на обсуждение переживаний в период умирания.

I:

S: Третий этап развития психоонкологии характеризуется всем, кроме:

- : Возросших возможностей химио и лучевой терапии.
- : Полной информированности пациента о диагнозе.
- + : Выхода трудов Элизабет Кублер-Росс «о смерти и умирании»/

I:

S: Наиболее травматичной в психологическом плане для онкобольных является фаза:

- : Депрессии.

- : Послеоперационной астении.
- +: Шока.
- : Выхода.

I:

S: Наиболее угрожаемой по ранним суицидам для онкобольных является:

- : Фаза депрессии.
- : Фаза послеоперационной астении.
- : Фаза выхода.
- +: Фаза шока.

I:

S: Укажите порядок развертывания фаз психологических реакций при онкологическом заболевании:

- : Депрессия, послеоперационная астения, шок, выход.
- : Послеоперационная астения, шок, депрессия, выход.
- +: Шок, послеоперационная астения, депрессия, выход.

I:

S: Причинами отказа от лечения на фазе шока являются все, кроме:

- +: Наличия в семье родственников, погибших от рака.
- : Общего хорошего самочувствия.
- : Сомнения в результатах лечения.
- : Отсутствия информации о возможностях лечения.

I:

S: Основная задача клинического психолога в фазе шока:

- : Обеспечить социальную поддержку.
- +: Сформировать мотивацию на лечение.
- : Провести профилактику формирования паразитической позиции больного.
- : Работа с депрессией.

I:

S: Средняя продолжительность фазы послеоперационной астении при больших полостных операциях:

- : 1-2 мес.
- : 4-6 мес.
- +: 9-11 мес.
- : 15-18 мес.

I:

S: Основная задача клинического психолога в фазе послеоперационной астении:

- +: Обеспечение социальной поддержки.
- : Работа с угрозой суицида.
- : Работа с депрессией.

I:

S: Особенности клинического течения депрессии при онкологических заболеваниях:

- : Требуется применения антидепрессантов.
- : Продолжается 6-8 месяцев.
- +: Носит «мерцающий» характер.

I:

S: При равных условиях более выраженная психологическая травматизация у мужчин наблюдается при:

+: Раке мочевого пузыря.

-: Раке легких.

-: Раке желудка.

I:

S: Основная мотивация больного перед оперативным лечением:

-: Формирование нового образа себя.

+: Сохранение жизни.

-: Социальная адаптация.

I:

S: Ядром психологической защиты при онкологических заболеваниях является:

-: Отрицание.

-: Репрессия.

+: Неопределенность.

I:

S: Быстрое прохождение фаз обеспечивается следующими мероприятиями, кроме:

+: Небольшим объемом оперативного вмешательства.

-: Необходимостью содержать в одиночку несовершеннолетнего ребенка.

-: Социальной поддержкой семьи.

I:

S: Состав семьи выздоровевшего от онкологического заболевания подростка: подросток, отец, мать, сиблинг. В психологической реабилитации нуждаются:

-: Сам выживший подросток.

-: Сам выживший ребенок и сиблинг.

-: Сам выздоровевший, отец, мать.

+: Все члены семьи.

I:

S: Самооценка выздоровевшего от онкологического заболевания подростка:

+: Заниженная.

-: Завышенная.

-: Адекватная.

I:

S: Тип «С» поведения включает все, кроме:

-: Выраженного альтруизма.

-: Стремления оправдать ожидания других.

+: Открытого выражения агрессии.

I:

S: Тип «С» описан:

+: Томешеком.

-: Фридманом и Ройзенманом.

-: Сифнессом и Нейманом.

I:

S: Риск суицидального поведения при онкологических заболеваниях возрастает при:

-: Длительном течении заболевания.

+: Плохом контроле боли.

-: Молодом возрасте пациента.

I:

S: Расположение психиатра непосредственно в онкологическом отделении отвечает принципам:

-: Неотложной психиатрической помощи.

-: Малой психиатрии.

+: Консультативно-контактной психиатрии.

I:

S: Суицидальные попытки при онкозаболеваниях характеризуются:

+: Истинным желанием умереть.

-: Амбивалентным отношением к смерти.

-: Прекращением попыток при появлении посторонних или родственников

I:

S: Возникновение онкологических заболеваний с точки зрения символики «утраты веры в будущее» предлагается в модели

-: Куттера:

+: Энгеля и Шмале

-: Селье

-: Александра

V3: Психосоматические аспекты в акушерстве и гинекологии

I:

S: В подавляющем большинстве случаев развитие у роженицы послеродового психоза является манифестацией ###

+: шизофрении

+: ш*з*фр*н#\$#

+: эндогенного заболевания

+: энд*г*нн#\$# з*б*л*в*н#\$#

I:

S: В подавляющем большинстве случаев развитие у роженицы послеродового психоза является манифестацией:

+: Шизофрении

-: МДП

-: ПТСР

I:

S: Для женщин с послеродовой депрессией характерно, что они:

-: Имеют высокую тревожность

+: Имеют в анамнезе депрессивные эпизоды

-: Имеют родственников первой степени родства, страдающих эпилепсией

I:

S: Для женщин с послеродовой депрессией наличие в анамнезе депрессивных эпизодов:

+: Характерно

-: Не характерно

I:

S: Ведущим переживанием женщин с послеродовой депрессией является:

-: Тревога за близких

-: Чувство дискомфорта в связи с изменениями в семье

+: Чувство вины за то, что не могут осуществлять полноценный уход за ребенком

I:

S: Для женщин с послеродовой депрессией характерно, что они:

+: Имели плохие отношения с матерью в младенческом возрасте

-: Имели плохие отношения с отцом

-: Воспитывались одним родителем

I:

S: Невротический «анальный» конфликт (страх утраты, внутреннее напряжение и замыкание на себе), ранняя сексуальная травматизация либо инцестуозные фантазии могут быть причиной

-: усиления репродуктивной функции

-: незапланированной беременности

+: дисменореи

-: климактерического синдрома

I:

S: Вариантом дисгармонично протекающего климакса является синдром

+: климактерический

+: климактерическ#\$#

I:

S: Укажите соответствие типичного психологического состояния этапу нормальной беременности:

L1: I триместр

L2: II триместр

L3: III триместр

R1: часто неуверенность, чувство амбивалентности

R2: обычно благополучный, чувство спокойствия

R3: «погружение в ребенка», доминанта беременности; перед родами часто возрастает тревога

I:

S: Одной из причин психосоматической (функциональной) стерильности у женщин считают:

-: нарушение ранних отношений с отцом

-: нарушение отношений с матерью в эдипальном периоде

+: психологическую неготовность матери пациентки к беременности

V3: Психосоматические аспекты кожных заболеваний

I:

S: Раздел психосоматики, изучающий психосоматические аспекты кожных заболеваний, называется ###

+: психодерматология

+: пс*х*д*рм*т*л*г#\$#

I:

S: Взаимосвязь центральной нервной системы и кожи обусловлена тем, что они формируются из зародышевого листка:

- : Энтодермального
- : Мезодермального
- +: Эктодермального

I:

S: К психосоматическим поражениям кожи относится следующее

- +: Атопический дерматит
- : Грибковое поражение кожи
- : Стригучий лишай
- : Ветряная оспа

I:

S: Для возникновения психосоматических кожных заболеваний особенно важно развитие ребенка в ... фазу развития

- +: Оральную
- : Анальную
- : Эдипальную
- : Латентную

I:

S: Причиной развития кожных поражений у ребенка с точки зрения психодинамического подхода может быть:

- : Эмоционально теплая мать
- +: Отсутствие тактильного контакта с матерью
- : Жесткое приучение к опрятности
- : Непережитый эдипальный конфликт

I:

S: Психическое расстройство с доминированием идеи мнимого физического недостатка кожных покровов, часто носящее сверхценный характер называется

- : Деперсонализация
- : Невротические экскорации
- +: Дисморфофобия
- : Синдром Аллопо

I:

S: Частота возникновения акне выше в возрасте:

- : 5-10 лет
- +: 12-24 года
- : 30-35 лет
- : 37-44 года
- : 50-60 лет

I:

S: Для больных псориазом не является характерным

- : Подавленность
- : Страх
- : Выраженная замкнутость
- +: Способность к эмпатии

V3: Психосоматические аспекты пищевого поведения

I:

S: Расстройство, при котором основными особенностями являются стойкий активный отказ от приема пищи и значительная потеря массы тела в результате дисморфофобии называется

-: депрессивный эпизод

-: кахексия

+ неврогенная анорексия

I:

Q: Укажите правильную последовательность этапов течения нервной анорексии (по М. В. Коркиной и соавт.):

1: первичный (инициальный);

2: аноректический;

3: кахектический;

4: редукция нервной анорексии.

I:

S: Для первичного (инициального) этапа нервной анорексии характерно:

-: прогрессирующее снижение веса

+ мысли о недостатке внешности

-: дистрофия внутренних органов

-: аменорея

I:

S: Для кахектического этапа нервной анорексии характерно:

-: изнуряющие физические нагрузки физические нагрузки

+ соматоэндокринные нарушения

-: борьба с чувством голода

I:

S: Наиболее высокий риск летального исхода наблюдается при следующей форме нервной анорексии:

+ типичная форма

-: препубертатная форма

-: истерическая

I:

S: Синдром «ночной еды» относят к ... типу нарушений пищевого поведения

-: внешнеориентированное

+ эмоциогенное

-: ограничительное

I:

S: Компulsive пищевое поведение относят к ... типу нарушений пищевого поведения

-: внешнеориентированное

+ эмоциогенное

-: ограничительное

I:

S: «Диетическая депрессия» характерна для ... типа нарушений пищевого поведения
-: внешнеориентированное
-: эмоциогенное
+: ограничительное

V3: Психосоматические аспекты детского возраста

I:
S: Установите соответствие заболевания классу психосоматических расстройств у детей (I. Jochmus, G. M. Schmitt, 1986):
L1: Психосоматические функциональные нарушения
L2: Психосоматические болезни
L3: Хронические болезни, при которых возникают серьезные переживания
R1: нарушения у грудных детей и детей раннего возраста; нарушения сна; энурез; энкопрез; запор; конверсионные неврозы
R2: бронхиальная астма, нейродермит, язвенный колит
R3: муковисцидоз, сахарный диабет, злокачественные новообразования

I:
S: Срыгивание, остановка развития, атопический дерматит, спастический плач характерны для ... возраста у детей:
+: младенческого
-: дошкольного
-: школьного

I:
S: Запор, понос, анорексия, энкопрез, энурез характерны для ... возраста у детей:
-: младенческого
+: дошкольного
-: школьного

I:
S: Мигрень, обмороки, вегетососудистая дистония, бронхиальная астма, нервная анорексия характерны для ... возраста у детей:
-: младенческого
: дошкольного
+: школьного

I:
S: Типы отношения «психосоматической» матери к ребенку:
-: безусловное принятие и эмоциональная близость
-: потакаящая гиперопека
+: симбиоз либо скрытое отвержение

I:
S: Понятие «психосоматической матери» введено:
-: Ф.Александром
-: Г. Хорном
+: М. Малер
-: С. Минухиным

I:

S: Для диагностики риска психосоматических расстройств у детей при анализе семейных отношений может быть использована методика:

-: «Фруктовое дерево»

-: «Дерево»

+: «Три дерева»

-: «Фруктовое дерево»

I:

S: Реакция ребенка на отрыв от семьи, матери, обусловленная эмоциональной депривацией при помещении его в больницу называется реакцией ###

+: госпитализма

Критерии оценивания тестовых заданий: 0-69% - неудовлетворительно; 70-79% - удовлетворительно, 80-89% - хорошо, 90-100% - отлично;