

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

факультет клинической психологии

Оценочные материалы по дисциплине

Психосоматика и соматопсихология с практикумом

(приложение к рабочей программе дисциплины)

Специальность 37.05.01 Клиническая психология

**Ростов-на-Дону
2025**

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)*

общепрофессиональных (ОПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ОПК-5. Способен разрабатывать и использовать научно обоснованные программы психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера для решения конкретной проблемы отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лицам с ОВЗ	ИД 1 ОПК-5 Умеет разрабатывать и реализовывать научно обоснованные программы психологического вмешательства коррекционно-развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера при решении конкретной проблемы отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лицам с ОВЗ ИД 2 ОПК- 5 Умеет анализировать результаты психологического вмешательства, делать выводы и вносить коррективы в программы психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера

профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ПК-3 Способен оказывать психологическую помощь медицинским работникам, работникам организаций социальной сферы и сферы образования, представителям социально уязвимых слоев населения, а также социальным группам и отдельным лицам (клиентам), попавшим в трудную жизненную ситуацию	ИД 1 ПК-3 Способен к анализу особенностей психического развития, а также к сопоставлению этих особенностей с нормативными показателями данного возраста. ИД 2 ПК-3 Способен к подбору, анализу и использованию методов оказания психологической помощи с учетом нозологической, возрастной, социокультурной специфики клиента ИД 3 ПК-3 Оказывает (самостоятельно или совместно с другими специалистами) экстренную психологическую помощь при обращении пациентов в экстремальных и кризисных ситуациях ИД 4 ПК-3 Разрабатывает и реализовывает психообразовательные мероприятия и программы клинико-психологической помощи на всех этапах профилактического, лечебного или реабилитационного процесса, а также в кризисных и экстремальных ситуациях

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ОПК-5	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа	75 с эталонами ответов
ПК-3	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа	75 с эталонами ответов

ОПК-5

Задания закрытого типа

1. Состояние здоровья на соматическом уровне осознается как

- a) образ тела;
- b) схема тела;
- c) самочувствие;
- d) Я-концепция.

Эталон ответа: С. Самочувствия

2. Основой отражения состояния здоровья является

- a) экстероцептивные ощущения;
- b) интероцептивные ощущения;
- c) схема тела;
- d) образ тела.

Эталон ответа: В. Интероцептивные ощущения

3. Ситуативная репрезентация собственного тела это –

- a) самочувствие;
- b) схема тела;
- c) образ тела;
- d) Я-концепция.

Эталон ответа: С. Образ тела

4. Состояние здоровья не зависит от

- a) доболезненных личностных особенностей;
- b) возраста;
- c) перенесенных заболеваний;
- d) социального статуса

Эталон ответа: D. Социального статуса

5. К индивидуальным смыслам болезни не относится

- a) угроза;
- b) вызов;
- c) выигрыш;
- d) релаксация.

Эталон ответа: D. Релаксация

6. Жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям, называется:
- a) стрессом
 - b) психотравмой
 - c) стрессом
 - d) дистрессом
 - e) эустрессом.

Эталон ответа: В. Психотравмой

7. Количественная оценка патологических жизненных событий носит название шкалы:
- a) Холмса-Рея
 - b) Кандинского-Клерамбо
 - c) Мясищева-Карвасарского
 - d) Пезешкиана
 - e) Фрейда.

Эталон ответа: А. Холмса-Рея

8. В классической психосоматике выделяют три группы расстройств, кроме:
- a) конверсионных расстройств
 - b) «органных неврозов»
 - c) психосоматических заболеваний в узком смысле слова
 - d) вегетозов.

Эталон ответа: D. Вегетозов

9. Представителем антропологического направления в психосоматике является:
- a) Поллок
 - b) Стоквис
 - c) Виттковер
 - d) Вайцеккер.

Эталон ответа: D. Вайцеккер.

10. Термин «психосоматика» в медицину ввел:

- a) Гиппократ
- b) Райх
- c) Хайнрот
- d) Гроддек.

Эталон ответа: С, Хайнрот

11. Создателем кортико-висцеральной теории патологии, как одного из направлений психосоматики, является:

- a) Павлов
- b) Анохин
- c) Быков
- d) Симонов.

Эталон ответа: С. Быков

12. Особенности личности кожных больных не включают

- a) склонность к пассивной позиции в межличностных контактах;
- b) готовность к страху;
- c) доминантность;
- d) ранимость в любовных отношениях;
- e) высокий уровень неуверенности в поведении.

Эталон ответа: С. Доминантность

13. Классификация Гороховой В.Н. отражает степень дезорганизации поведения и личности больных.

- a) печеночных;
- b) кожных;
- c) сердечно-сосудистых;
- d) онкологических.

Эталон ответа: С. Сердечно-сосудистых

14. Эйфория реконвалесцентов наблюдается у больных при

- a) боевых ранениях;
- b) операциях на брюшной полости;
- c) аортокоронарном шунтировании;
- d) травматической болезни.

Эталон ответа: С. Аортокоронарном шунтировании

15. Ведущим психологическим фактором риска при онкозаболеваниях считается

- a) страхи;
- b) депрессия;
- c) лидерские черты;
- d) эмоциональная лабильность.

Эталон ответа: В. Депрессии

16. Добровольное безболезненное лишение жизни пациента, страдающего неизлечимой болезнью, с помощью медиков называется

- a) евгеника;
- b) эвтаназия;
- c) эмпатия;
- d) эйдети́зм.

Эталон ответа: В. Эвтаназия

17. Коммуникативная компетентность врача повышается с развитием такого качества, как

- a) ригидность;
- b) тревожность;
- c) способность к эмпатии;
- d) лидерство.

Эталон ответа: С. Способность к эмпатии

18. Коммуникативная компетентность врача снижается под воздействием следующего свойства

- a) эмпатия;
- b) повышенная тревожность;
- c) самоуверенность;
- d) сенситивность.

Эталон ответа: В. Повышенная тревожность

19. Коммуникативный барьер во взаимоотношениях может быть связан с высоким уровнем

- a) сенситивности к отвержению;
- b) восприятия социальной поддержки;
- c) агрессивности;
- d) депрессивности.

Эталон ответа: А. Сенситивности к отвержению

20. Синдром профессионального выгорания – следствие
- a) неуверенности в себе и повышенной ответственности;
 - b) чрезмерной впечатлительности;
 - c) профессиональной некомпетентности;
 - d) критики со стороны старших.

Эталон ответа: А. Неуверенности в себе и повышенной ответственности

21. Профессиональная адаптация заключается в
- a) отработке практических навыков;
 - b) сокращение психологической дистанции с больным допустимо
 - c) при длительном общении с пациентом;
 - d) во взаимоотношениях с агрессивным пациентом;
 - e) в ситуациях угрозы жизни больного;
 - f) при наличии взаимной симпатии между врачом и больным.

Эталон ответа: Е. В ситуациях угрозы жизни больного

22. В патогенезе психосоматических заболеваний участвуют

- a) черепно-мозговая травма
- b) хроническая психотравма
- c) факторы биологического предрасположения

Эталон ответа: В. Хроническая психотравма С. Факторы биологического предрасположения

23. Выделите признаки, которые включают в понятие алекситимии

- a) затрудненность контактов с окружающими
- b) трудность в вербализации чувств
- c) трудность разграничения соматических ощущений и эмоций

Эталон ответа: В. Трудность в вербализации чувств

24. Выделите факторы предрасположения к гипертонической болезни

- a) систолическая лабильность артериального давления
- b) Д-клеточная недостаточность
- c) дисбаланс эстрогенов и прогестерона

Эталон ответа: А. Систолическая лабильность артериального давления

25. Какой тип внутриличностного конфликта наиболее характерен для психосоматических заболеваний

- a) между желаниями и долгом
- b) между возможностями личности и ее завышенными требованиями к себе
- c) между эмоционально значимыми отношениями и агрессивными тенденциями

Эталон ответа: С. Между эмоционально значимыми отношениями и агрессивными тенденциями

Задания открытого типа

1. Что понимает под здоровьем Всемирная организация здравоохранения.

Эталон ответа:

Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней.

2. Назовите основные механизмы, обеспечивающие здоровье, которые выделяют Н.Н.

Лакосина и Г.К. Ушаков

Эталон ответа:

1. Структурная и функциональная сохранность органов и систем человека.
2. Высокая индивидуальная приспособляемость организма к физической и социальной среде.
3. Сохранность привычного для человека самочувствия, которое всегда является наиболее чутким барометром социального и душевного комфорта

3. Как осознается состояние здоровья на субъективном уровне

Эталон ответа:

Состояние здоровья на субъективном уровне осознается как самочувствие. Самочувствие находит свое отражение в настроении человека. Настроение является постоянным спутником процессов, совершающихся во всех главных анатомических системах.

4. Что понимает под мышечным панцирем В. Райх.

Эталон ответа:

Мышечный панцирь организуется в семь основных защитных сегментов, состоящих из мышц и органов. Эти сегменты образуют ряд из семи колец, которые располагаются в областях глаз, рта, шеи, груди, диафрагмы, живота и таза. Пусть к здоровью в распускании панциря в каждом сегменте.

5. Что понимают под схемой тела

Эталон ответа:

Понятие «схема тела» было введено в 1893 году Боньером и наиболее широко используется в работах Г. Хеда. Это понятие означает пластическую модель собственного тела, которую каждый строит исходя из соматических ощущений. Схема тела обеспечивает регулировку положений частей тела, контроль и коррекцию двигательного акта в зависимости от внешних условий, обеспечивает представление о локализации стимулов на поверхности тела.

6. Чем отличаются понятие «схема тела» и «образ тела»

Эталон ответа:

Схема тела описывает стабильное, постоянное знание о своем теле. Образ тела является ситуативной психической репрезентацией собственного тела. Схема тела определяется работой проприорецепции. Образ тела рассматривается как результат осознанного или неосознанного психического отражения.

7. Что понимают под болезнью с точки зрения медицины.

Эталон ответа:

Болезнь – это эволюционно сложившаяся форма приспособления целостного организма в изменившихся условиях жизнедеятельности. Болезнь представляет собой интегративное понятие, включающее не только непосредственный патологический процесс. Также деятельности системы приспособительных механизмов на био- и психосоциальном уровне.

8. Как понимают болезнь с психологической точки зрения

Эталон ответа:

С психологической точки зрения, существенным признаком больного является страдание. Больной человек – это страдающий человек, которого характеризуют: нарушение физического, душевного и социального благополучия; расстройство биосоциальной адаптации; ощущение зависимости от болезни; внутренняя стесненность, несвобода.

9. Каким может быть индивидуальный смысл болезни.

Эталон ответа:

Индивидуальным смысл болезни может быть различным.

1. Болезнь – угроза или вызов
2. Болезнь – утрата
3. Болезнь – выигрыш, избавление
4. Болезнь – наказание

10. Перечислите этапы формирования личностной реакции, которые выделяют в процессе соматического заболевания.

Эталон ответа:

В процессе соматического заболевания могут быть выделены три этапа формирования личностной реакции на соматическое заболевание.

1. Сенсологический
2. Оценочный
3. Сформированного отношения к болезни.

11. Опишите сенсологический этап личностной реакции на соматическое заболевание.

Эталон ответа:

Этот этап отражает реакцию на развившиеся явления дискомфорта, боль различной интенсивности и связанное с ними чувство собственной недостаточности.

12. Что понимают под дискомфортом

Эталон ответа:

Дискомфорт – субъективное ощущение дисгармонии, несогласованности физической и психической деятельности, снижение оптимального жизненного благополучия и функционирования. Дискомфорт может быть диффузным и локальным.

13. Как рассматривает боль Ю.П. Лиманский.

Эталон ответа:

Ю.П. Лиманский рассматривает боль как трехпрограммную реакцию организма.

Первая программа – формирование сравнительно простых защитных рефлексов, где боль выступает как сигнал безусловно-рефлекторных реакций.

Вторая программа – активация вегетативных функций и аффективно-мотивационных компонентов, активация механизмов заживления.

Третья программа – переход боли в хроническую, когда она трансформируется во вторичный поврежденный фактор, оказывающий травматическое воздействие на больного.

14. Перечислите индивидуальные особенности, которые понижают болевые пороги.

Эталон ответа:

- Ожидание боли.
- Усталость, бессонница;
- Слабый тип нервной системы.

15. Опишите оценочный этап личностной реакции на соматическое заболевание.

Эталон ответа:

Этот этап является результатом интрапсихической переработки болевых данных сенсологического этапа. Для обозначения этой субъективной стороны заболевания используются разные понятия: «сознание болезни»; «переживание болезни»; «аутопластическая картина болезни». В настоящее время наиболее общепризнанным является понятие «внутренняя картина болезни».

16. Что А.Р. Лурия понимал под внутренней картиной болезни

Эталон ответа:

А.Р. Лурия ввел термин «внутренняя картина болезни». Под внутренней картиной болезни он понимал все то, что испытывает, переживает больной, всю массу его ощущений...общее соматическое самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, ее причинах...весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятий и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм.

17. Как В.В. Николаева рассматривает внутреннюю картину болезни

Эталон ответа:

В.В. Николаева рассматривает внутреннюю картину болезни как сложное, структурированное образование, включающее 4 уровня психического отражения болезни.

- 1.Чувственный, уровень ощущений.
- 2.Эмоциональный
- 3.Интеллектуальный.
- 4.Мотивационный.

18. Опишите 4 уровня во внутренней картине болезни, которые выделяет В.В. Николаева.

Эталон ответа:

- 1.Чувственный, уровень ощущений
- 2.Эмоциональный – различные виды реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия.
- 3.Интеллектуальный, связанный с представлением, знанием больного о своем заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях.
- 4.Мотивационный – определенное отношение больного к своему заболеванию, изменение поведения и образа жизни в условиях болезни и актуализация деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

19. Как рассматривают внутреннюю картину болезни Г.А. Арина и А.Ш. Тхостов.

Эталон ответа:

Авторы предлагают рассматривать процесс формирования внутренней картины болезни как особую форму познавательной деятельности – соматоперцепции, «обладающей собственным содержанием и специфичностью, но подчиняющейся общепсихологическим закономерностям формирования, развития и функционирования. Внутренняя картина болезни является сложным многоуровневым образованием, включающим чувственную ткань, первичное и вторичное означение и личностный смысл. Тесная взаимосвязь и взаимопереходы этих уровней внутренней картины болезни обеспечивают ее динамичность и гибкость.

20. Какие компоненты личностного реагирования на соматическое заболевание выделяет Г.К. Ушаков.

Эталон ответа:

- Витальный – биологический уровень
- Профессионально-трудовой – социальной-психологический уровень;
- Этический, эстетический, интимный – индивидуально-психологический уровень.

21. Перечислите типы реакций больных на заболевание по Р. Конечному и М. Боухалу.

Эталон ответа:

- Нормальная – соответствует объективному состоянию больного;
- Пренебрежительная – недооценка тяжести болезни;
- Отрицающая – игнорирование факта болезни;

- Нозофобная – имеет место понимание того, что опасения преувеличены, но преодолеть своих опасений больной не может;
- Ипохондрическая – погружение в болезнь;
- Нозофильная – больной получает удовлетворение от того, что болезнь освобождает от обязанностей;
- Утилитарная – получение известной выгоды от болезни, моральной или материальной.

22. Какие типы реагирования на болезнь выделяют А.Р. Квасенко и Ю.Г. Зубарев

Эталон ответа:

Выделяют 2 основных типа личностного реагирования на болезнь: адекватный и патологический.

В рамках адекватного типа выделяются 4 подтипа: нормосоматогнозия; гиперсоматогнозия; гипо- и диссоматогнозия.

Патологический тип включает 5 подтипов: депрессивный, фобический, истерический, ипохондрический, анозогнозический.

23. Перечислите психосоциальные реакции на болезнь, выделенные З.Липовски

Эталон ответа:

- 1.Реакции на информацию о заболевании.
- 2.Эмоциональные реакции на болезнь: тревога, горе, депрессия, стыд, чувство вины.
- 3.Реакции преодоления болезни, которые дифференцируются по преобладанию в них когнитивного или поведенческого компонента.

24. Что характерно для гармоничного типа отношения к болезни, выделенный А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым.

Эталон ответа:

Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

25. Что характерно для тревожного типа отношения к болезни, выделенный А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым.

Эталон ответа:

Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жада дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях. Настроение прежде всего тревожное, угнетенность вследствие этой трагедии.

26. Что характерно для ипохондрического типа отношения к болезни, выделенный А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым.

Эталон ответа:

Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий.

27. Что характерно для меланхолического типа отношения к болезни, выделенный А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым.

Эталон ответа:

Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

28. Что характерно для апатического типа отношения к болезни, выделенный А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым.

Эталон ответа:

Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что раньше волновало.

29. Что характерно для неврастенического типа отношения к болезни, выделенный А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым.

Эталон ответа:

Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, неприятных ощущениях, неудачах лечения, неблагоприятных данных обследований. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и слезами.

30. Что характерно для обсессивно-фобического типа отношения к болезни, выделенный А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым.

Эталон ответа:

Тревожная мнительность прежде всего касается не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой тревоги становятся приметы и ритуалы.

31. Что характерно для сенситивного типа отношения к болезни, выделенный А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым.

Эталон ответа:

Чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни.

32. Что характерно для эгоцентрического типа отношения к болезни, выделенный А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым.

Эталон ответа:

«Уход в болезнь». Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя».

33. Что характерно для эйфорического типа отношения к болезни, выделенный А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым.

Эталон ответа:

Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание получить от жизни все, несмотря на болезнь.

34. Что характерно для анозогностического типа отношения к болезни, выделенный А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым.

Эталон ответа:

Активное отбрасывание мысли о болезни, о ее возможных последствиях. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайных обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения.

35. Что характерно для эргопатического типа отношения к болезни, выделенный А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым.

Эталон ответа:

«Уход от болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях больные стараются во что бы то ни стало работу продолжать. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни.

36. Что характерно для паранойяльного типа отношения к болезни, выделенный А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым.

Эталон ответа:

Уверенность, что болезнь – результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злumu умыслу врачей и персонала.

37. Назовите, что выступает стрессором применительно к соматическим заболеваниям.

Эталон ответа:

- Рассогласование психосоциального и физиологического аспектов деятельности;
- Необходимость обращения к врачу;
- Возможность стационарирования;
- Предположения и подозрения о наличии заболевания, угрожающего жизни или имеющего эстетические и этические последствия.

38. Опишите стадию разгара болезни.

Эталон ответа:

На стадии разгара болезни присоединяются качественные характеристики заболевания – боль, лихорадка, температура. Интенсивность субъективных ощущений достигает своего максимума, затем больной приспосабливается к факту болезни. На этой стадии на смену тревоги, страху и растерянности приходят ожидание и надежда на выздоровление. Происходит активная адаптация на новом уровне.

39. Что называют защитными механизмами.

Эталон ответа:

Защитные механизмы – это адаптивные механизмы, направленные на редукцию патогенного эмоционального напряжения, предохраняя от болезненных чувств и воспоминаний. Психологические защиты в основном бессознательны. Также искажают, отрицают или фальсифицируют действительность.

40. Что понимают под копинг-стратегиями

Эталон ответа:

Актуальные ответы личности на воспринимаемую угрозу как способ управления стрессом. Они, как правило, осознанны. Относительно стабильные личностные и социальные характеристик людей, обеспечивающие развитие копинг-стратегий, рассматриваются в качестве копинг-ресурсов.

41. Опишите стадию исхода болезни.

Эталон ответа:

Наиболее частым исходом соматического заболевания является выздоровление – компенсация патологических расстройств и восстановление нарушенных функций. Выздоровление – феномен не только биологический, но и психологический. Период «освобождения» от болезни может быть очень длительным.

42. Что понимают под госпитализмом.

Эталон ответа:

Госпитализм – привыкание к существованию в больничных условиях. Особенно подвержены этому синдрому больные дети и пожилые люди. Снижается психический и биологический тонус, сужает круг интересов, возможны явления регрессивно-инфантильного поведения, нарастает эгоцентризм, внимание фиксируется на физическом неблагополучии.

43. Что понимают под диссимуляцией.

Эталон ответа:

Отдавая себе отчет в том, что он болен, пациент сознательно скрывает симптомы болезни, продолжает выполнять в прежнем объеме свои профессиональные, семейные, социальные обязанности. Во врачебной практике диссимуляция часто встречается в тех случаях, когда болезнь угрожает потерей социального или материального статуса. Часто в таких случаях больные начинают использовать копинг-стратегию отвлечения или ухода в деятельность.

44. Что понимают под аггравацией.

Эталон ответа:

Преувеличение симптомов и тяжести состояния, демонстрируемое больным, называется аггравация. Поведения аггравации характерно для пожилых пациентов, испытывающих страх одиночества, стремящихся привлечь внимание врачей, продлить срок пребывания в стационаре.

45. Что понимают под анозогнозией.

Эталон ответа:

Анозогнозия – неосознавание болезни пациентами. Как бы ни были очевидны признаки болезни для других людей, больной утверждает, что здоров и отказывается обращаться к врачам. Реакция анозогнозии может наблюдаться у врачей при наличии у них тяжелого соматического заболевания.

46. В чем заключается реакция «ухода в болезнь».

Эталон ответа:

Реакция «ухода в болезнь» заключается в том, что пациент ставит в болезнь в центр собственных интересов и отношений. Такая погруженность в болезнь, захваченность всей личности происходящими в организме изменениями обычно сопровождается неудачами в жизни, конфликтами, проблемами. Болезнь избавляет от необходимости решать сложные жизненные ситуации, служит оправданием профессиональной и личной несостоятельности.

47. Опишите следующую реакцию больного на возможную в недалеком будущем физическую смерть от заболевания: цепляние за жизнь.

Эталон ответа:

Цепляние за жизнь – используются любые средства для того, чтобы остаться в живых. Болезнь и борьба с ней становятся главным смыслом жизни. Болезнь лишает всех радостей в жизни, кроме одной – борьбы и побед над болезнью.

48. Опишите следующую реакцию больного на возможную в недалеком будущем физическую смерть от заболевания: принятие смерти как вероятной.

Эталон ответа:

Люди начинают «жить на всю катушку», стараются обогатить себя духовно, не дать болезни взять над собой верх. Болезнь становится чем-то второстепенным, но постоянным фоном жизни. Но не направляет жизнь.

49. Опишите следующую реакцию больного на возможную в недалеком будущем физическую смерть от заболевания: принятие ситуации смерти как неизбежной и ее ожидание.

Эталон ответа:

Такая реакция влечет за собой апатию, уход в болезнь, тяжелые переживания любых ее проявлений. Болезнь определяет все жизненные выборы, становится центральной направляющей поведения. Это отравляет жизнь не только больного, но и его родственников.

50. В каких направлениях можно рассмотреть страх смерти.

Эталон ответа:

Страх смерти можно рассмотреть в двух направлениях.

-Проекция ситуации на себя – воспринимая смерть близкого человека как неизбежность, человек начинает задумываться о своей; возможно переживание умирание другого человека как своего собственного.

-Восприятие смерти близкого как внешнего фактора – здесь могут возникать чувство вины, угрызения совести, тревога за свое будущее.

51. Какие психологические проблемы выступают на первый план у терминальных больных по мнению А.В. Гнездилова.

Эталон ответа:

Среди психологических проблем терминальных больных на первый план выступает приближающаяся смерть, весь комплекс мыслей и чувств больного вращается вокруг нее. Проблема смерти отягощается проблемами лжи. Больные чувствуют ложь скорее, чем кто-либо другой, ибо в период умирания обостряются все чувства.

52. Опишите стадии в процессе умирания по Э. Клюблер-Росс.

Эталон ответа:

-Отрицания – самая распространенная и нормальная реакция человека на известие – «нет, этого не может быть со мной».

-Гнева – «почему это произошло именно со мной?».

-Торга – больной торгуется с врачом, с Богом.

-Депрессии.

-Принятия смерти – примирение с неизбежным, смиренное ожидание конца.

53. Перечислите стадии в процессе умирания, которые выделил Р. Пэттисон.

Эталон ответа:

-Социальная смерть – изоляция от общества, все большее удаление от людей.

-Психическая смерть – осознание человеком близкого конца, психическое угасание.

-Смерть мозга – прекращение деятельности головного мозга.

-Физиологическая смерть – угасание жизненных функций организма.

54. Что понимают под астеническим синдромом.

Эталон ответа:

Астенический синдром является одной из наиболее распространенных форм неспецифического реагирования ЦНС на внутренние факторы. При тяжелом течении ряда соматических заболеваний имеет место явления интоксикации и гипоксии, что и служит причиной развития астенического синдрома.

55. Опишите гиперстенический синдром.

Эталон ответа:

Больные обычно деятельно даже более, чем это им было свойственно до болезни, однако эта деятельность носит малоуправляемый, плохо организованный характер. Больные

отличаются повышенной отвлекаемостью, испытывают трудности сосредоточения. Неудачи и затруднения в работе легко выбивают больного из колеи. Характерно чувство усталости.

56. Опишите синдром раздражительной слабости.

Эталон ответа:

У больных вслед за бурным началом деятельности следует быстрое ее падение; за быстро вспыхнувшим интересом – вялость и апатия. Больные с этой формой астении хотят работать, начинают с интересом, но быстро устав, допускают ошибки, возбуждаются, напряженно пытаются все начать снова, бросают, с огорчением или даже отчаянием отмечая свою несостоятельность.

57. Опишите гипостенический синдром.

Эталон ответа:

Даже привычная деятельность требует от больного большого напряжения. Уже к середине дня он чувствует себя неспособным к работе. Новые задания кажутся непреодолимо трудными, часты ошибки, описки, пропуски букв, слов. Воспроизведение ранее усвоенного требует напряжения.

58. Перечислите основные клинические симптомы астенических состояний.

Эталон ответа:

- Повышенная физическая и психическая утомляемость.
- Постоянное чувство усталости.
- Ухудшение внимания, рассеянность.
- Раздражительная слабость.
- Эмоциональная лабильность.
- «Усталость, не ищущая покоя», нетерпеливость.
- Психическая и соматическая гиперестезия.
- Падение инициативы.
- Метеозависимость.
- Борьба мотивов, невозможность принятия быстрого решения.
- Склонность к перепроверке собственных действий.

59. Опишите психологическую характеристику астенических состояний.

Эталон ответа:

Ведущим психологическим симптомом астении является повышенная истощаемость психических процессов. О наличии истощаемости можно судить при сравнении результатов в начале и в конце исследования. Особенно чутко обнаруживается истощаемость при исследовании работоспособности и активного внимания.

60. Что понимают под психоорганическим синдромом.

Эталон ответа:

Этот синдром также является неспецифическим и встречается при резидуальных органических поражениях головного мозга травматического, инфекционного, интоксикационного и соматогенного происхождения. Психоорганическим синдромом, как правило, имеет стационарное течение, реже – регрессирующее. Выделяют 4 формы этого синдрома, которые при прогрессирующем течении могут выступать в качестве последовательных этапов его развития: астеническая, эксплозивная, эйфорическая, апатическая.

61. Какими нарушениями характеризуется психоорганический синдром.

Эталон ответа:

- Нарушения внимания и работоспособности – истощаемость, отвлекаемость.

- Нарушение памяти – снижение способности к запоминанию текущих событий.
- Нарушение интеллекта – обстоятельность и вязкость мышления.
- Эмоционально-личностные нарушения – усиление эмоциональной лабильности, слабодушие; раздражительность.

62. Что понимают под синдромом хронической усталости.

Эталон ответа:

Синдром хронической усталости трактуется как астения переутомления. Возникает в результате длительного волевого усилия, умственного напряжения, необходимости продолжения работы в состоянии утомления, негативного отношения к выполняемой работе. Больные с таким диагнозом в основном жалуются на раздражительность, общую слабость, повышенную утомляемость, быструю истощаемость.

63. Как возникают вегетативные неврозы по мнению Ф. Александера.

Эталон ответа:

По мнению Ф. Александера вегетативные неврозы возникают на основе неосознанного конфликта в процессе патологического невротического развития. Эмоциональное напряжение не может подавляться, так как сохраняются сопровождающие его вегетативные изменения. В дальнейшем могут произойти изменения тканей и развиться необратимое органическое заболевание.

64. Что понимают под алекситимией.

Эталон ответа:

Понятие алекситимии ввел П. Сифнеос, который обратил внимание, что многие психосоматические больные ведут себя иначе, чем здоровые люди и больные неврозом. Их характеризует бедность фантазии, конкретность мышления; они банальны, пустословны, не способны развивать свои мысли. Во время контакта больные заменяют речевые обороты или представления жестами. Больные не способны рефлексировать свое эмоциональное состояние и проявлять эмпатию по отношению к другим людям.

65. В чем суть теории «мышечной брони» В. Райха.

Эталон ответа:

Теория «мышечной брони» В. Райха исходит из представления о том, что в разных телесных состояниях кодируются потребности, чувства, желания человека. Тело человека Райх делит на 7 мышечных кругов, между которыми свободно циркулирует биологическая энергия. Если возникают неразрешимые конфликты, то в виде защиты возникает «броня характера» - напряжение мышц в определенном круге, что нарушает свободную циркуляцию энергии.

66. Опишите первую перинатальную матрицу по С. Грофу.

Эталон ответа:

Первая биологическая перинатальная матрица – это опыт исходного симбиотического единства плода с материнским организмом во время внутриутробного существования. Воспоминания о пребывании в матке проявляются в конкретной биологической форме: переживание комфорта, блаженства, безопасности, единения с миром.

67. Опишите вторую перинатальную матрицу по С. Грофу.

Эталон ответа:

Вторая перинатальная матрица – это «катапультирование» из эмбрионального рая в другой мир. Эта матрица притягивает воспоминания, в которых пассивная и беспомощная личность попадает во власть могучей разрушительной силы и становится жертвой без шансов на спасение.

68. Опишите третью перинатальную матрицу по С. Грофу.

Эталон ответа:

Третья перинатальная матрица отражает продвижение плода по родовым путям – это отчаянная борьба за выживание. Механическое сдавливание, удушье, контакт с кровью, слизью, околоплодной жидкостью. По мнению Грофа, именно эта перинатальная матрица фиксирует соматические проявления и связанные с ними эмоции.

69. Опишите четвертую перинатальную матрицу по С. Грофу.

Эталон ответа:

Четвертая перинатальная матрица – появление на свет. Пик боли и напряжения, сексуальное возбуждение с последующим расслаблением и чувством облегчения. Это спасение и освобождения.

70. Перечислите три этапа развития стресса по Г. Селье.

Эталон ответа:

Селье выделяет три этапа развития стресса: тревога, адаптация и истощение. Стрессовые ситуации представляют собой селективные нагрузки самого разного рода и длительности. Они угрожают субъекту или побуждают организм что-то делать, чтобы их преодолеть, овладеть ими или отстраниться от них.

71. Перечислите 4 группы больных в зависимости от степени дезорганизации и поведения и личности, которые выделила В.Н. Горохова.

Эталон ответа:

1. Больные с адекватным поведением, кратковременным снижением настроения и реакциями дезадаптации в форме временной псевдоаутизации, стремлением к обществу себе подобных на время рецидива дерматоза.
2. Больные с кратковременной невротической реакцией в виде эмоциональной дезорганизованности, астенических и соматовегетативных проявлений, тенденцией к усложнению патопсихологической картины болезни.
3. Больные с затянувшейся невротической реакцией.
4. Больные с патологическим развитием личности; выраженными патохарактерологическими чертами аффективно-возбудимого, истероидного и обсессивно-ипохондрического типа.

72. Опишите следующую группу больных в зависимости от степени дезорганизации и поведения и личности, которые выделила В.Н. Горохова: больные с адекватным поведением, кратковременным снижением настроения и реакциями дезадаптации в форме временной псевдоаутизации, стремлением к обществу себе подобных на время рецидива дерматоза.

Эталон ответа:

В анамнезе – отсутствие длительных психотравм и тяжелых стрессовых ситуаций. Высыпания на коже имеют ограниченный характер. Рецидивы быстро купируются под воздействием проводимой терапии.

73. Опишите следующую группу больных в зависимости от степени дезорганизации и поведения и личности, которые выделила В.Н. Горохова: больные с кратковременной невротической реакцией в виде эмоциональной дезорганизованности, астенических и соматовегетативных проявлений, тенденцией к усложнению патопсихологической картины болезни.

Эталон ответа:

Более многочисленные жалобы. Болезненная психологическая переработка осознания косметического дефекта. В анамнезе – длительные психотравмирующие ситуации, отягченность соматическими заболеваниями. Дерматоз развился в детском или подростковом возрасте; часты рецидивы; выражена сезонность; четкая зависимость течения процесса от нервно-психического и соматического состояния.

74. Опишите следующую группу больных в зависимости от степени дезорганизации и поведения и личности, которые выделила В.Н. Горохова: больные с затянувшейся невротической реакцией.

Эталон ответа:

Полиморфная невротическая симптоматика и общее снижение психической активности. Ипохондрическая фиксированность на соматических жалобах. В преморбиде – невротизация, подверженность инфекционным и обменным заболеваниям. Тяжелое течение дерматоза, склонность к распространению с преобладанием обострений в зимне-весенний период.

75. Опишите следующую группу больных в зависимости от степени дезорганизации и поведения и личности, которые выделила В.Н. Горохова: Больные с патологическим развитием личности; выраженными патохарактерологическими чертами аффективно-возбудимого, истероидного и обсессивно-ипохондрического типа.

Эталон ответа:

Раннее начало. Психологически трудные условия детства. Признаки задержки психического развития: парциальный психический инфантилизм. Биологически неполноценная наследственность. Упорное течение дерматоза.

ПК-3

Задания закрытого типа

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

- a) псевдонезависимый
- b) тип «А»
- c) неврастенический

Эталон ответа: А. Псевдонезависимый

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

- d) псевдонезависимый
- e) тип «А»
- f) неврастенический

Эталон ответа: В. Тип «А»

3. Выберите общие признаки психосоматических заболеваний

- a) острое
- b) хроническое
- c) относительная взаимосвязь с полом
- d) чаще манифестируют в пожилом возрасте

Эталон ответа: 2. Хроническое. 3. Относительная взаимосвязь с полом

4. Коронарный тип личности (Ф. Донбар) обнаруживает

- a) скрытность, способность сдерживаться
- b) синтонность
- c) гипоманиакальность
- d) неспособность контролировать свои эмоции

Эталон ответа: А. Скрытность, способность сдерживаться

5. У больного, страдающего атомоической бронхиальной астмой, участились приступы астмы, несмотря на медикаментозную терапию. Какой механизм может в этом участвовать?
- a) психотический
 - b) условно-рефлекторный
 - c) связь с возрастом
- Эталон ответа: В. Условно-рефлекторный
6. Алекситимия рассматривается как психологический фактор риска возникновения
- a) заикания
 - b) нервной анорексии
 - c) психосоматических расстройств
 - d) расстройства речи
- Эталон ответа: С. Психосоматических расстройств
7. Оптимальным при обнаружении у больного онкологической патологии будет
- a) не сообщать диагноз
 - b) сообщить диагноз родственникам
 - c) привлечь для работы с больным психотерапевта
 - d) назначить антидепрессанты
- Эталон ответа: С. Привлечь для работы с больным психотерапевта
8. Отказ онкологического больного признать факт заболевания скорее будет следствием
- a) бредовых идей
 - b) реакции личности на заболевание
 - c) низкого интеллекта
 - d) депрессии
- Эталон ответа: В. Реакции личности на заболевание
9. Ипохондрические расстройства сопровождаются обычно
- a) тревогой
 - b) апатией
 - c) манией
- Эталон ответа: А. Тревогой
10. Отказ больного, несмотря на квалифицированное неоднократное разубеждение, признать отсутствие у него тяжелого соматического заболевания, вытекающие из этого настойчивые просьбы помочь ему, вылечить, спасти жизнь свидетельствует о наличии у него
- a) ипохондрического бреда
 - b) ипохондрического отношения к болезни
 - c) рентных установок
 - d) низкого интеллекта
- Эталон ответа: А. Ипохондрического бреда
11. К возникновению делириозного синдрома у соматически больного не будет predisposing
- a) интоксикация
 - b) наличие алкогольных психозов в анамнезе
 - c) возраст
 - d) психотравмирующая ситуация
- Эталон ответа: D. Психотравмирующая ситуация

12. Возникновении эйфории у тяжелого соматического больного

- a) улучшением состояния
- b) ухудшением состояния
- c) полом
- d) возрастом

Эталон ответа: В. Ухудшением состояния

13. Дезориентировка в месте и времени с истинными слуховыми и зрительными галлюцинациями характерна для

- a) галлюцинаторно-бредового синдрома
- b) делириозного синдрома
- c) онейроидного синдрома
- d) Корсаковского синдрома

Эталон ответа: В. Делириозного синдрома

14. Что такое боль

- a) неприятный чувственный опыт, ассоциируемый с реальным или потенциальным повреждением
- b) патологические сенсации от разрушенного органа
- c) сомато-вегетативные реакции

Эталон ответа: А. Неприятный чувственный опыт, ассоциируемый с реальным или потенциальным повреждением

15. Степень астении по мере нарастания тяжести состояния соматического больного

- a) нарастает
- b) снижается
- c) сначала нарастает, затем снижается
- d) не зависит от тяжести состояния

Эталон ответа: А. Нарастает

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

- a) синдром Иценко-Кушинга
- b) гипонатриемией
- c) гипернатриемией
- d) гипотиреозом

Эталон ответа: А. Синдром Иценко-Кушинга

17. Какие из перечисленных вариантов развития характерны для психосоматических заболеваний

- a) ситуационный
- b) невротический
- c) церебральный

Эталон ответа: А. Ситуационный. С. Церебральный

18. К направлениями в исследовании психосоматической медицины относятся все, кроме

- a) психодинамического
- b) интегративного
- c) гуманистического
- d) психофизиологического

Эталон ответа: С. Гуманистического

19. Убежденность в наличии у себя воображаемого физического недостатка или уродства квалифицируются как

- a) дисморфофобию
- b) дисморфоманию
- c) ипохондрию

Эталон ответа: В. Дисморфоманию

20. Аутоагрессивные действия более характерны для больных

- a) с дисморфофобией
- b) с дисморфоманией
- c) с аранхофобией

Эталон ответа: В. С дисморфоманией

21. Постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к еде в большей степени характерны для

- a) больных с депрессией
- b) больных с обсессивно-фобическим расстройством
- c) больных с нервной булимией

Эталон ответа: С. Больных с нервной булимией

22. В основе нервной булимии и нервной анорексии могут лежать

- a) кататонические расстройства
- b) дисморфоманические расстройства
- c) фокальные припадки в форме абдоминальных болей

Эталон ответа: В. Дисморфоманические расстройства

23. Отсутствие аппетита психогенной этиологии

- a) психогенная булимия
- b) болезнь Крона
- c) нервная анорексия
- d) гипертиреоз

Эталон ответа: С. Нервная анорексия

24. Нервная анорексия чаще возникает

- a) у пожилых людей
- b) у девушек и молодых женщин
- c) у юношей и молодых мужчин
- d) у лиц обоего пола после 30 лет

Эталон ответа: В. У девушек и молодых женщин

25. Возникновение внутриличностного конфликта в большей степени обусловлено

- a) наследственной предрасположенностью
- b) стилем воспитания
- c) психотравмирующими ситуациями

Эталон ответа: В. Стилем воспитания

Задания открытого типа

1. Перечислите основные принципы реабилитации, сформулированные М.М. Кабановым

Эталон ответа:

1. Принцип партнерства – активное включение больного в лечебно-реабилитационный

процесс, привлечение его к участию в восстановлении нарушенных болезнью функций и социальных связей.

2. Принцип разносторонности усилий, направленных на разные сферы больного.

3. Принцип единства биологических и психосоциальных воздействий.

4. Принцип ступенчатости проводимых воздействий.

2. Какие мероприятия включают в себя психологические аспекты реабилитации.

Эталон ответа:

1. Изучение личности больного, структуры нарушений и механизмов компенсации; социальных позиций и ролевых поведений больного в различных группах; динамическая коррекция их с учетом задач и результатов реабилитации.

2. Социально-психологическое исследование общения больных, взаимоотношений в семьях и лечебных группах и их динамика в процессе психокоррекционной и психотерапевтической работы.

3. Исследование терапевтического коллектива, взаимоотношений больных и медицинских работников; разработка рекомендаций по оптимизации терапевтической среды.

4. Оценка психологических факторов внутерапевтического социального окружения.

3. Что относят к органическим проявлениям хронических соматических заболеваний у детей.

Эталон ответа:

-Синдром дефицита внимания

-Неактивированность психических процессов.

-Задержки психического развития.

-Пограничная интеллектуальная недостаточность.

-Гипердинамический синдром.

4. Что относят к нарушениям невротического уровня хронических соматических заболеваний у детей.

Эталон ответа:

-Заикание. -Навязчивые страхи и движения. -Яктация – ритмические покачивания телом, ребенок «укачивает» себя. -Регресс до более младшего возраста. -Энурез, энкопрез.

-Мутизм – отказ разговаривать. -Истерические расстройства (аггравация, псевдология – утрированные и выдуманные жалобы с целью привлечения внимания).

5. Перечислите задачи психолога в педиатрическом стационаре.

Эталон ответа:

-Психодиагностика – выявление структуры имеющихся нарушений.

-Выявление групп риска дезадаптации.

-Изучение внутренней картины болезни.

-Прогнозирование обучаемости.

-Консультирование родителей.

-Организация содержательного общения.

-Разработка индивидуальных и групповых игр.

-Психотерапевтические и психокоррекционные занятия.

-Профориентация.

6. Перечислите психические изменения в старческом и пожилом возрасте в области моторики.

Эталон ответа:

-Снижение сухожильных рефлексов. -Уменьшение моторной силы. -Расстройство координации. – Брадикинез. – Нарастающая мышечная ригидность. -Бедность мимики,

жестов и содружественных движений. -Изменение походки (мелкие шажки). – Тремор.

7. Перечислите психические изменения в старческом и пожилом возрасте в области сенсорных функций.

Эталон ответа:

- Снижение зрения, слуха, различных видов чувствительности.
- Повышение порогов чувствительности.

8. Перечислите психические изменения в старческом и пожилом возрасте в области памяти.

Эталон ответа:

Страдает память на текущие события, оперативная и селективная репродукция. Качественные сдвиги в структуре памяти – преобладание логического и систематического усвоения над механическим запоминанием.

9. Перечислите психические изменения в старческом и пожилом возрасте в области внимания и работоспособности.

Эталон ответа:

Общая тенденция к ухудшению в связи со снижением работоспособности нейронов. Высокий уровень оперирования накопленными знаниями. Инертность. Неравномерный прерывистый характер деятельности. Падение мотивации деятельности.

10. Перечислите психические изменения в старческом и пожилом возрасте в области эмоций.

Эталон ответа:

Преобладание депрессивно-тревожного фона настроения в связи с потерей близких, друзей, уходом от активной жизни, падением социальной самооценки, угрозой беспомощности и зависимости от окружающих. Ухудшение нейрхимии, ухудшение мозгового кровообращения приводит к сдвигу в сторону отрицательно-эмоционального полюса. Состояние зависит от итогов жизни.

11. Перечислите психические изменения в старческом и пожилом возрасте в сфере личности.

Эталон ответа:

Самооценка зависит от состояния здоровья, наличия смыслов, социальных условий жизни. Усиления и заострение прежних свойств личности. Проявление замаскированных до этого конституциональных форм реагирования. Развитие возрастных, нивелирующих индивидуальность черт. Может наблюдаться поляриность черт.

12. Перечислите факторы, смягчающие и задерживающие психическое старение.

Эталон ответа:

- Высокий уровень интеллектуального развития вследствие одаренности, образования, высоких профессиональных умений и навыков.
- Тренировка умственной деятельности.
- Высокая активность и экстравертированность.

13. Перечислите три модели взаимодействий врач-больной, которые выделяет Б.Д. Карвасарский.

Эталон ответа:

- Руководство.
- Партнерство.
- Контракт.

14. Опишите следующую модель взаимодействий врач-больной, которую выделяет Б.Д. Карвасарский: руководство.

Эталон ответа:

Авторитарная модель с жесткой структурой при ведущей роли врача. Врач доминирует в этих взаимоотношениях, занимает активную лидерскую позицию, определяет стратегию и тактику лечения. Все решения по ключевым вопросам лечебно-диагностического процесса он принимает самостоятельно и берет на себя всю полноту ответственности. Больной здесь остается подчиненным, зависимым, пассивным объектом терапии.

15. Опишите следующую модель взаимодействий врач-больной, которую выделяет Б.Д. Карвасарский: партнерство.

Эталон ответа:

Эта модель неавторитарного сотрудничества, которая предполагает активное участие пациента в терапевтическом процессе. Определенная часть ответственности здесь ложится на больного, он участвует в принятии решений. В основе взаимоотношений лежит эмпатия

16. Опишите следующую модель взаимодействий врач-больной, которую выделяет Б.Д. Карвасарский: контракт.

Эталон ответа:

Эта модель позволяет структурировать и контролировать лечебный процесс обоим участникам. Врач и больной приступают к лечению на основании соглашения относительно общего понимания болезни, ее причин, прогноза и стратегии лечения. Юридическую ответственность за результаты лечения несет врач. Но психологическая ответственность в определенной степени лежит и на больном. Оплачивая медицинские услуги, пациент имеет право выбирать врача, гарантируя себе право на более квалифицированную помощь, право на прерывание курса и смену врача.

17. Перечислите психодинамические механизмы взаимоотношений врача и пациента, которые выделил З. Фрейд.

Эталон ответа:

- Перенос – перенесение на терапевта бессознательных инфантильных чувств любви или ненависти.
- Идентификация – врач становится объектом, с которым больной стремится себя отождествить.
- Соппротивление – бессознательное сопротивление попыткам восстановления вытесненных комплексов.
- Контрперенос – перенесение врачом своих чувств и конфликтов на больного.

18. Чем определяется оптимальность контакта врач-больной.

Эталон ответа:

- Степенью принятия больным эмоционального-ролевого взаимодействия в соответствии с имеющимся у него эталоном врача.
- Степенью принятия больным лечебных задач и процедур в соответствии с его лечебной мотивацией.
- Степенью активности больного в лечебном процессе.

19. Что понимают под коммуникативной компетентностью врача.

Эталон ответа:

Коммуникативная компетентность – профессиональное значимое качество для врача, так как общение является необходимым компонентом его деятельности. Коммуникативная компетентность обеспечивает хороший психологический контакт с пациентом, помогает

точнее собрать анамнез. Коммуникативная компетентность предполагает не только наличие определенных психологических знаний, но и специальные навыки – умение строить беседу, «читать» невербальные сигналы.

20. Что понимают под коммуникативной толерантностью.

Эталон ответа:

Коммуникативная толерантность – терпимость, снисходительность в общении с больными. Даже если пациенты проявляют отрицательные качества, чуждые стили поведения и стереотипы мышления. Врач должен оставаться в рамках профессиональной роли.

21. Назовите психологические черты, которые обеспечивают коммуникативную компетентность врача.

Эталон ответа:

-Аффилиация – потребность в других людях, стремление к взаимодействию с ними. В деятельности врача эта черта помогает сохранить живой интерес к больным и защищает от профессиональных деформаций и равнодушия.

-Эмоциональная стабильность, уравновешенность при отсутствии импульсивности. Эти качества помогают врачу избежать «психологических срывов» и конфликтов.

-Эмпатия – способность к сочувствию, состраданию, сопереживанию, психологическая «включенность» в мир переживаний больного.

-Сенситивность к отвержению – способность воспринимать негативное отношение окружающих, обеспечивающая «обратную связь» с пациентом.

22. Перечислите психологические особенности, снижающие коммуникативную компетентность врача.

Эталон ответа:

Повышенная тревожность, депрессивность, интровертированность. Тревога врача «передается» больному и дополнительно дезорганизует его. Врач, имеющий склонность к депрессивным реакциям, не вызывает доверия больного. Интровертированный врач не может обеспечить эмоциональной поддержки больного.

23. Что является важным компонентом профессионального общения врача.

Эталон ответа:

Важным компонентом профессионального общения является профессиональный имидж врача. При самых неожиданных и опасных ситуациях врач не может показать, что он растерян, напуган, шокирован. Уверенный стиль поведения врача формирует у больного иллюзию абсолютной компетентности врача, что усиливает веру больного в выздоровление.

24. Что понимают под ятрогенией и ятропатией.

Эталон ответа:

Под ятрогениями понимается широкий диапазон неблагоприятных последствий для больного, причиненных словом врача. Вред, принесенный пациенту действиями врача, определяется как ятропатия.

25. Какие две стороны необходимо усматривать в происхождении ятрогений по мнению В.Н. Мясичева.

Эталон ответа:

-Поведение и слова врача.

-Особенности личности больного (мнительность, тревожность, ипохондричность, повышенную эмоциональность).

26. Какие качества пациенты вкладывают в образ «идеального врача» по мнению В.А. Ташлыкова и какие 4 типа врача он выделяет.

Эталон ответа:

Ум, увлеченность работой, внимательность, чувство долга, терпеливость, чуткость, интуиция, серьезность, доброта, чувство юмора. Автор описывает четыре типа врача: сопереживающий недирективный, сопереживающий директивный, эмоционально-нейтральный недирективный, эмоционально-нейтральный директивный.

27. Перечислите основные этические принципы работы с пациентами и клиентами, которые распространены в современной медицине.

Эталон ответа:

- Уважение к автономии пациента.
- Не вредить.
- Оказание помощи.
- Справедливость.

28. Опишите психологические особенности больных с кожными заболеваниями.

Эталон ответа:

У больных кожными заболеваниями на первое место выступает реакция на обезображенный внешний вид. Страдает эстетический компонент внутренней болезни. Кожные заболевания относятся к категории психосоматических расстройств.

29. Опишите психологические особенности больных с хирургической патологией.

Эталон ответа:

При оценки психологических особенностей хирургических больных следует учитывать, какой период лечения имеется в виду. Предоперационный период определяется воздействием стрессоров, формами совладающего поведения, степенью необходимости операции. Послеоперационный период можно разделить на два этапа: ближайший (реакции носят адаптационный характер и отражают особенности течения заболевания); отдаленный этап зависит от результатов операции. Психологические особенности также зависят от типа хирургической патологии.

30. Опишите психологические особенности онкологических больных.

Эталон ответа:

В качестве «психологических канцерогенов» описаны различные травмирующие жизненные события, трудности, связанные с утратой объекта, алекситимия, неумение выйти из конфликта, длительно существующее состояние безнадежности, подавленности, отчаяния.

31. Перечислите стрессогенные переживания, которые влияют на беременную женщину по мнению психологов.

Эталон ответа:

- Опасения за исход беременности.
- Обезображенная внешность.
- Ожидание токсикоза.
- Угроза недонашивания.
- Страх перед родовыми муками.
- Опасения, выживет ли ребенок, будет ли молоко и т.п.

32. Опишите психологические особенности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Эталон ответа:

Ф. Александер относил эту группу заболеваний к классическим психосоматозам и включил

в так называемую «святую семерку». К психосоматическим заболеваниями сердечно-сосудистой системы относятся: ишемическая болезнь сердца; нарушения сердечного ритма; эссенциальная артериальная гипертония; кардионевроз. Душевная живость и возбуждение, выраженные внешне или подавленные чувства связаны с различными состояниями системы кровообращения

33. Опишите психологические особенности больных при нарушении сердечного ритма.

Эталон ответа:

Функциональные нарушения сердечного ритма рассматриваются как психогенные. При этом отмечается тревожное возбуждение и чувство напряженности. Чаще всего приступы бывают спровоцированы ситуационными факторами и конфликтами, внутреннем напряжением и кумуляцией аффекта. Среди личностных особенностей на первый план выступает склонность контролировать свои чувства, подавлять их, рассматривать их проявление как слабость. Пациенты упорно защищают свой эмоциональный мир; избегают противостояния, борьбы, споров и склонны к рационализации.

34. Опишите психологические особенности больных с эссенциальной гипертонией.

Эталон ответа:

По данным Ф. Александера, центральным пунктом психодинамики пациентов с эссенциальной гипертонией является постоянная борьба с нарастающей враждебностью и агрессивностью. Они испытывают трудности самоутверждения, страх потерять благосклонность других людей. Характерна постоянная раздражительность при столкновении с сопротивлением. Ситуация, провоцирующая заболевание, представляет собой жизненные конфликты, мобилизующие враждебность и стремление к самоутверждению. Ф. Александер так описывает специфические динамический паттерн при эссенциальной гипертонии: враждебные конкурентные тенденции – боязнь возмездия и поражения – усиление стремлений к зависимости – чувство неполноценности – реакция враждебного соперничества – тревога и сдерживание агрессивных враждебных импульсов – артериальная гипертония.

35. Опишите психологические особенности больных с синдромом гиперактивности.

Эталон ответа:

Честолюбивая и трудолюбивая личность рассматривается как предрасположенность коронарных заболеваний различными авторами. Эти люди с психофизиологической стороны характеризуются симпатико-тонической регуляторной доминантой. Им достаточно небольшого внешнего раздражителя, чтобы достичь оптимального уровня стимуляции. Трудные ситуации переживаются ими как испытание их способности к решению проблем. Они рассматривают свое окружение как неполноценное, препятствующее нормальному ходу работы.

36. Опишите психологические особенности больных с синдромом крушения.

Эталон ответа:

Синдром крушения означает не столько острое клиническое состояние, сколько характерные, часто труднообратимые последствия «надлома жизненной линии», которые могут приводить к страданию личности. Агрессивное, эгоистическое поведение продолжается, но оно становится только фасадом. Такие люди реагируют на превышение способности приспособления механизмами защитной компенсации, но теряют при этом внутриспсихический механизм контроля над вызванными стрессом функциональными процессами. Гиперактивность и враждебность – компоненты, которым придается основное значение.

37. Что понимают под анорексией.

Эталон ответа:

Термином анорексия определяют возникающее в пубертатный период болезненное состояние, связанное с желанием похудеть, стать изящной. При хроническом течении фобия перед нормальной едой и увеличением массы тела до нормальных показателей. В основе нарушения лежит подростковый конфликт развития без осознания последнего. Имеется сверхценная идея похудеть, которая реализуется разными путями. В поведении больных обращает на себя внимание моторная и психическая гиперактивность.

38. Что понимают под булимией.

Эталон ответа:

Булимией называется психосоматический синдром, при котором у больных возникает «волчий аппетит». При психогенной булимии голод не является возросшей потребности организма в пище; еда становится эрзац-удовлетворением фрустрированных эмоций. Страстное желание обладать или поглощать образует бессознательную основу патологически повышенного аппетита. Ситуации и настроения, провоцирующие булимию, - это чувство внутренней пустоты и скуки, которые ведут к чувству напряжения, находящего разрядку в булимических действиях.

39. Опишите психологические особенности больных с гипертертиозом.

Эталон ответа:

Ф. Александер относил гипертертиоз к классическим психосоматозам. Наиболее общей чертой является постоянное стремление к самодостаточности, потребность чересчур рано стать независимым. Специфический динамический паттерн при тиретоксикозе, по Александеру: фрустрация стремлений к зависимости и постоянная угроза безопасности в ранний период жизни – безуспешные преждевременные попытки идентифицироваться с объектом зависимых стремлений – длительное стремление к преждевременной самостоятельности и оказанию помощи другим людям – фрустрация этих стремлений – тиретоксикоз.

40. Перечислите три особенности характера, которые встречаются с достаточным постоянством при ревматоидном артрите.

Эталон ответа:

- Стойкие проявления сверхсовестливости, обязательности и внешней уступчивости, сочетающиеся со склонностью к подавлению всех агрессивных и враждебных импульсов.
- Мазохистски-депрессивные проявления с сильной потребностью в самопожертвовании и чрезмерным стремлением к оказанию помощи, к сверхнравственному поведению.
- Выраженная потребность к физической активности до развития заболевания.

41. Назовите, что выступает стрессором применительно к соматическим заболеваниям.

Эталон ответа:

- Рассогласование психосоциального и физиологического аспектов деятельности;
- Необходимость обращения к врачу;
- Возможность стационарирования;
- Предположения и подозрения о наличии заболевания, угрожающего жизни или имеющего эстетические и этические последствия.

42. Опишите стадию разгара болезни.

Эталон ответа:

На стадии разгара болезни присоединяются качественные характеристики заболевания – боль, лихорадка, температура. Интенсивность субъективных ощущений достигает своего максимума, затем больной приспосабливается к факту болезни. На этой стадии на смену

тревоги, страху и растерянности приходят ожидание и надежда на выздоровление. Происходит активная адаптация на новом уровне.

43. Опишите стадию исхода болезни.

Эталон ответа:

Наиболее частым исходом соматического заболевания является выздоровление – компенсация патологических расстройств и восстановление нарушенных функций. Выздоровление – феномен не только биологический, но и психологический. Период «освобождения» от болезни может быть очень длительным.

44. Что понимают под госпитализмом.

Эталон ответа:

Госпитализм – привыкание к существованию в больничных условиях. Особенно подвержены этому синдрому больные дети и пожилые люди. Снижается психический и биологический тонус, сужает круг интересов, возможны явления регрессивно-инфантильного поведения, нарастает эгоцентризм, внимание фиксируется на физическом неблагополучии.

45. Какие два момента предусматривает реабилитация больных.

Эталон ответа:

- Возвращение больных к общественно-полезному труду.
- Создание оптимальных условий для активного участия больных в жизни общества.

46. Какие мероприятия включают в себя психологические аспекты реабилитации.

Эталон ответа:

- 1.Изучение личности больного, структуры нарушений и механизмов компенсации; социальных позиций и ролевого поведения больного в различных группах; динамическая коррекция их с учетом задач и результатов реабилитации.
- 2.Социально-психологическое исследование общения больных, взаимоотношений в семьях и в лечебных группах и их динамика в процессе коррекционной и психотерапевтической работы.
- 3.Исследование терапевтического коллектива, взаимоотношений больных и медицинских работников; разработка рекомендаций по оптимизации терапевтической среды.
- 4.Оценка психологических факторов внутерапевтического социального окружения.

47. Что называют защитными механизмами.

Эталон ответа:

Защитные механизмы – это адаптивные механизмы, направленные на редукцию патогенного эмоционального напряжения, предохраняя от болезненных чувств и воспоминаний. Психологические защиты в основном бессознательны. Также искажают, отрицают или фальсифицируют действительность.

48. Что понимают под копинг-стратегиями

Эталон ответа:

Актуальные ответы личности на воспринимаемую угрозу как способ управления стрессом. Они, как правило, осознанны. Относительно стабильные личностные и социальные характеристик людей, обеспечивающие развитие копинг-стратегий, рассматриваются в качестве копинг-ресурсов.

49. Опишите психологическую характеристику астенических состояний.

Эталон ответа:

Ведущим психологическим симптомом астении является повышенная истощаемость психических процессов. О наличии истощаемости можно судить при сравнении результатов в начале и в конце исследования. Особенно чутко обнаруживается истощаемость при исследовании работоспособности и активного внимания.

50. Что понимают под психоорганическим синдромом.

Эталон ответа:

Этот синдром также является неспецифическим и встречается при резидуальных органических поражениях головного мозга травматического, инфекционного, интоксикационного и соматогенного происхождения. Психоорганическим синдромом, как правило, имеет стационарное течение, реже – регрессирующее. Выделяют 4 формы этого синдрома, которые при прогрессирующем течении могут выступать в качестве последовательных этапов его развития: астеническая, эксплозивная, эйфорическая, апатическая.

51. Какими нарушениями характеризуется психоорганический синдром.

Эталон ответа:

- Нарушения внимания и работоспособности – истощаемость, отвлекаемость.
- Нарушение памяти – снижение способности к запоминанию текущих событий.
- Нарушение интеллекта – обстоятельность и вязкость мышления.
- Эмоционально-личностные нарушения – усиление эмоциональной лабильности, слабодушие; раздражительность.

52. Что понимают под синдромом хронической усталости.

Эталон ответа:

Синдром хронической усталости трактуется как астения переутомления. Возникает в результате длительного волевого усилия, умственного напряжения, необходимости продолжения работы в состоянии утомления, негативного отношения к выполняемой работе. Больные с таким диагнозом в основном жалуются на раздражительность, общую слабость, повышенную утомляемость, быструю истощаемость.

53. В чем суть теории «мышечной брони» В. Райха.

Эталон ответа:

Теория «мышечной брони» В. Райха исходит из представления о том, что в разных телесных состояниях кодируются потребности, чувства, желания человека. Тело человека Райх делит на 7 мышечных кругов, между которыми свободно циркулирует биологическая энергия. Если возникают неразрешимые конфликты, то в виде защиты возникает «броня характера» - напряжение мышц в определенном круге, что нарушает свободную циркуляцию энергии.

54. Опишите первую перинатальную матрицу по С. Грофу.

Эталон ответа:

Первая биологическая перинатальная матрица – это опыт исходного симбиотического единства плода с материнским организмом во время внутриутробного существования. Воспоминания о пребывании в матке проявляются в конкретной биологической форме: переживание комфорта, блаженства, безопасности, единения с миром.

55. Опишите вторую перинатальную матрицу по С. Грофу.

Эталон ответа:

Вторая перинатальная матрица – это «катапультирование» из эмбрионального рая в другой мир. Эта матрица притягивает воспоминания, в которых пассивная и беспомощная

личность попадает во власть могучей разрушительной силы и становится жертвой без шансов на спасение.

56. Опишите третью перинатальную матрицу по С. Грофу.

Эталон ответа:

Третья перинатальная матрица отражает продвижение плода по родовым путям – это отчаянная борьба за выживание. Механическое сдавливание, удушье, контакт с кровью, слизью, околоплодной жидкостью. По мнению Грофа, именно эта перинатальная матрица фиксирует соматические проявления и связанные с ними эмоции.

57. Опишите четвертую перинатальную матрицу по С. Грофу.

Эталон ответа:

Четвертая перинатальная матрица – появление на свет. Пик боли и напряжения, сексуальное возбуждение с последующим расслаблением и чувством облегчения. Это спасение и освобождения.

58. Как возникают вегетативные неврозы по мнению Ф. Александера.

Эталон ответа:

По мнению Ф. Александера вегетативные неврозы возникают на основе неосознанного конфликта в процессе патологического невротического развития. Эмоциональное напряжение не может подавляться, так как сохраняются сопровождающие его вегетативные изменения. В дальнейшем могут произойти изменения тканей и развиваться необратимое органическое заболевание.

59. Что понимают под алекситимией.

Эталон ответа:

Понятие алекситимии ввел П. Сифнеос, который обратил внимание, что многие психосоматические больные ведут себя иначе, чем здоровые люди и больные неврозом. Их характеризует бедность фантазии, конкретность мышления; они банальны, пустословны, не способны развивать свои мысли. Во время контакта больные заменяют речевые обороты или представления жестами. Больные не способны рефлексировать свое эмоциональное состояние и проявлять эмпатию по отношению к другим людям.

60. Перечислите три этапа развития стресса по Г. Селье.

Эталон ответа:

Селье выделяет три этапа развития стресса: тревога, адаптация и истощение. Стрессовые ситуации представляют собой селективные нагрузки самого разного рода и длительности. Они угрожают субъекту или побуждают организм что-то делать, чтобы их преодолеть, овладеть ими или отстраниться от них.

61. Опишите такую модель общения врача и пациента как инженерная модель.

Эталон ответа:

При инженерной модели врач воспринимает пациента безлично, как сломавшийся механизм, нуждающийся в ремонте. Часто такой подход выбирают хирурги, у которых недостаточно времени для личного общения с больным. Инженерная модель не допускает обсуждения процесса лечения.

62. Опишите такую модель общения врача и пациента как патерналистская модель.

Эталон ответа:

Патерналистская модель подразумевает стиль общения, сходный с отношениями родителя и ребенка. Врач относится к пациенту с заботой и вниманием. Однако вместе с тем, может

проявлять настойчивость и в определенном смысле диктовать своему подопечному правила лечения.

63. Опишите такую модель общения врача и пациента как коллегиальная модель

Эталон ответа:

При коллегиальной модели между врачом и пациентом преобладает принцип равноправия. Доктор обязуется предоставить максимально полную, правдивую информацию о состоянии пациента и всех возможных методах диагностики и лечения. А пациент участвует в обсуждении этой информации и высказывает свои идеи по поводу оптимизации лечебного процесса.

64. Опишите такую модель общения врача и пациента как контрактная модель

Эталон ответа:

В настоящее время все большую распространенность приобретает контрактная модель. Она подразумевает отношения клиента и исполнителя. В соответствии с этим подходом, врач, как поставщик услуг, старается максимально удовлетворить запросы клиента, чтобы тот в будущем снова обратился в данное лечебное учреждение.

65. Как проводится краткое профилактическое консультирование.

Эталон ответа:

Краткое профилактическое консультирование проводится как обязательный компонент диспансеризации и профилактического медицинского осмотра медицинским работником. Проводится по структурированной схеме не более 10 минут. В рамках данного консультирования все пациенты должны получить информацию о здоровом образе жизни и, в зависимости от имеющихся факторов риска, краткие рекомендации по конкретным факторам риска.

66. Как проводится углубленное профилактическое консультирование.

Эталон ответа:

Проводится лицам с 2-й и 3-й группой здоровья по направлению участкового врача в кабинете медицинской профилактики, специально обученным медицинским работником. Продолжительность углубленного профилактического консультирования составляет 45 минут. При таком виде консультирования возможно его повторение для контроля и поддержания выполнения врачебных советов.

67. Перечислите способы работы с сопротивлением.

Эталон ответа:

Необходимо выяснить принципы и механизмы, лежащие в основе избегающего поведения. Если пациенты избегают консультирования вследствие того, что воспринимают его как наказание (или, по меньшей мере, как условие вознаграждения) специалисты должны очень ясно показать, что участие в терапевтическом процессе скорее вознаграждение, чем наказание, и что изменение может дать большее вознаграждение, чем сохранение статуса. Медицинские работники должны осознавать, что мотивация должна в большей степени затрагивать побуждения, нежели "мотивы", для которых сердца клиентов закрыты.

68. Опишите особенности профилактики сопротивления среди пациентов.

Эталон ответа:

Специалисту нужно быть реалистичным и гибким и помнить, что возможности медицинского работника не беспредельны. Выяснить в первую очередь, в чем его личные и профессиональные ограничения. Если ожидания роста, развития и изменения превосходят ожидания пациента, то консультативные отношения могут закончиться

противоборством. Желательно поощрять в пациенте ответственность за себя. Даже несмотря на то, что сопротивление пациента в какой-то мере естественно, в конечном счете, ответственность за то, чтобы справиться с ним, по-прежнему несет пациент. Необходимо обучить пациентов тому, как эффективно участвовать. В консультативном процессе, и демонстрировать им, как это может служить их собственным интересам.

69. Перечислите закономерности в проявлениях стрессовых состояний, характерных для врачей различных специализаций.

Эталон ответа:

-Неудовлетворительная автономия в исполнении трудовых задач, которая проявляется в чувстве отсутствия свободы выбора при разрешении задач в процессе профессиональной деятельности, невозможности осуществления творческого потенциала, не востребованности новаторства и невозможности выразить инициативу. -Ухудшение общего самочувствия (возникновение вялости, слабости, плохого настроения). -Стойкие проявления хронического стрессового состояния (высокая степень тревожных проявлений). -Развитие устойчивых комплексов поведенческих и личностных деформаций, формирование синдрома выгорания.

70. Какие системы подлежат анализу при изучении болезни.

Эталон ответа:

-От изучения отдельных органов к изучению систем организма и всего организма в целом. -От изучения организма к изучению психосоматических и соматопсихологических взаимоотношений. -От изучения взаимоотношений между телом и психикой к изучению влияния психосоматических особенностей человека на его поведение и социальную жизнь (а также обратные влияния социальной жизни на психику и тело).

71. Перечислите факторы, необходимые для создания и поддержания оптимального психологического климата в лечебном учреждении

Эталон ответа:

Важно знать личностные особенности коллег и свои собственные. Сделать это можно методом наблюдения за окружающими, самонаблюдения. В ряде случаев следует прибегнуть к экспериментально - психологическому тестированию - индивидуальному и анонимному. Главный смысл универсальных правил общения в том, чтобы создать здоровую психологическую среду, обеспечить каждому человеку комфорт в общении, тем самым создать условия для его развития и совершенствования.

72. Какие умения предполагает культура речи медработника?

Эталон ответа:

1. Точно формулировать мысль. 2. Грамматически правильно ее оформлять. 3. Излагать ее доступным для пациента языком. 4. Ориентироваться на реакцию пациента.

73. Опишите покровительственную модель построения взаимоотношений врача и больного.

Эталон ответа:

Объясняет пациенту, что необходимо сделать, чтобы помочь ему. Врач выполняет роль наставника. Больному сообщается лишь та информация, которая, по мнению врача, ему необходима.

74. Опишите интерпретативную модель построения взаимоотношений врача и больного.

Эталон ответа:

Врач консультирует больного и помогает ему принять решение. Выполняет роль советника. Предполагается, что больной нуждается лишь в уточнении с помощью врача того, что с ним происходит, а решение будет принимать сам.

75. В чем заключается необходимость формирования психологической компетентности медицинского персонала?

Эталон ответа:

- Признанием роли психологического фактора в возникновении и протекании болезни.
- Профессиональной установкой на «усредненного пациента», приводящей к игнорированию индивидуальности личности больного и серьезным медицинским ошибкам.
- Спецификой медицинской деятельности, заключающейся в том, что это деятельность в сфере общения, в сфере «человек - человек» и важной стороной успешности деятельности врача являются не только высокий уровень его специальной медицинской подготовки, общечеловеческой культуры, но и социально-психологические аспекты его личностного потенциала.
- Проблемами общения в диадах «врач-пациент», «коллега-коллега», «врач - медицинская сестра», «администратор-врач», «врач - родственники больного» и др.
- Напряженностью врачебного труда и необходимостью, в связи с этим, поддержания высокого уровня работоспособности в течение длительного времени и быстрого принятия решений в экстремальных ситуациях.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы;	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов.	удовлетворительная логичность и последовательность ответа

	знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	Допускается несколько ошибок в содержании ответа	
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа