

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
образования  
«Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

### **ПСИХОТЕРАПИЯ**

Специальность 31.08.20 Психиатрия  
*код, наименование*

Кафедра: психиатрии

Форма обучения очная

Нижний Новгород  
2023

### 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Психотерапия» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Психотерапия». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

### 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Психотерапия» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

### 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12	Текущий,	Раздел 1. Теоретические основы психотерапии	Ситуационные задачи
		Раздел 2. Психологические и социально-психологические аспекты психотерапии.	
		Раздел 3. Основные направления психотерапии.	
		Раздел 4. Психотерапия в клинике различных психических расстройств	
	Промежуточный	Разделы дисциплины	Тестовые задания

### 4. Содержание оценочных средств промежуточного, текущего контроля, экзамена

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мужчина, 24 года, работает проектировщиком.</p> <p>Анамнез: У психиатров ранее не наблюдался. Семейный анамнез не отягощен, но со слов пациента, отец злоупотреблял алкоголем. Рос в полной семье младшим среди троих детей. Мать суетливая, беспокойная, тревожная, добрая, заботливая. Отец строгий, вспыльчивый, будучи в алкогольном опьянении часто устраивал скандалы, поднимал руку на жену, был сторонником «использования ремня в целях воспитания детей», наказывал за плохие отметки в школе. Пациент был ответственным, тихим, застенчивым, испытывал страх перед отцом. Д/у с 3 лет, был послушным, молчаливым, играл с другими детьми. В школу пошел в 7 лет, долго адаптировался, первое время был замкнутым, тихим, но имел 2 друзей, к 5 классу стал активнее, учился на «хорошо» и «отлично», увлекался программированием, любил читать. Поступил в политехнический институт г. N, с программой справлялся, но часто переживал по поводу зачетов и экзаменов, тревожился перед их наступлением, был нервным раздражительным, в 19 лет начал курить. Домой к родителям приезжал редко, общался только с матерью и сестрами, отца старался избегать. В одну из таких поездок стал свидетелем ссоры родителей, увидел, как отец бьет мать по лицу, в этот момент почувствовал головокружение, участилось сердцебиение, появился озноб, дрожь, чувство нехватки воздуха, страх потерять контроль над собой, выраженный страх смерти. Состояние купировалось самостоятельно спустя 5 минут. В течении последующих 3 месяцев подобные приступы стали внезапно появляться на в общежитии, на занятиях, в общественном транспорте. С каждой неделей становились все чаще, по 3-4 раза, длительность их увеличилась до 10-20 минут. Сообщает, что долго не мог понять, что с ним происходит, «постоянно жил в ожидании нового приступа», по совету друга обратился за помощью к психиатру.</p> <p>При осмотре: жалуется на внезапно возникающие и повторяющиеся эпизоды неконтролируемой тревоги и страха, сопровождающиеся чувством утраты контроля, страхом смерти, сопровождающиеся ускоренным сердцебиением, потливостью, ознобом, дрожью, чувством нехватки воздуха, слабостью или головокружением, тошнотой.</p> <p>Высказывает опасения на счет повторного возникновения приступов. Сообщает, что помимо этого, вне приступов тревоги не испытывает.</p> <p>Внешне опрятен, собран. В высказываниях упорядочен, последователен, активно ищет помощи врача.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Паническое расстройство
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не оценена этиология заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	Диагноз поставлен на основании диагностических критериев МКБ-10: Наличие нескольких тяжелых атак вегетативной тревоги, возникших на

		<p>протяжении периода больше 1 месяца:</p> <p>а) при обстоятельствах, не связанных с объективной угрозой</p> <p>б) атаки не ограничены известными или предсказуемыми ситуациями</p> <p>в) между атаками состояние свободно от тревожных симптомов, но имеется тревога предвосхищения панической атаки</p> <p>У пациента имеются повторные непредсказуемые приступы тяжелой тревоги, сопровождающиеся учащенным сердцебиением, головокружением, потливостью, дрожью, чувством нехватки воздуха, ознобом, вторичным страхом смерти, потери самоконтроля.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не указана связь с тяжелым стрессом.
P0	-	Обоснование полностью не верно.
B	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
O	-	<p>Терапия ПР подразделяется на три этапа – купирующий (борьба с основными симптомами), продолженный (стабилизация состояния) и поддерживающий (профилактика рецидивов) и включает в себя применение медикаментозной и немедикаментозной терапии</p> <p>Антидепрессанты: СИОЗС (пароксетин, сертралин, флуоксетин, флувоксамин, циталапрам, эсциталопрам), венлафаксин и два препарата из группы ТЦА (кломипрамин, имипрамин).</p> <p>Эффективность терапии ПР доказана для нескольких бензодиазепинов: алпразолама, клоназепама, диазепама и лоразепама.</p> <p>Доказана так же эффективность ряда антиконвульсантов: вальпроата натрия, габапентина и тиагабина.</p> <p>Применение антипсихотиков 2 поколения, таких как оланзапин, арипипразол, респеридон целесообразно только в сочетании с антидепрессантами.</p> <p>Рекомендуемый срок поддерживающей терапии антидепрессантами составляет как минимум 6 мес, в некоторых источниках – до 12 и более.</p> <p>Проводить поддерживающую терапию следует в той же дозе, на которой был достигнут положительный эффект.</p> <p>Когнитивно-поведенческая (когнитивно-бихевиоральная) терапия согласно исследованиям и практическим рекомендациям является методом выбора при психотерапевтическом лечении панического расстройства в количестве 10-15 сеансов. КПТ направлена на психообразование (разъяснение природы симптомов, дестигматизацию и т.д.), коррекцию дисфункциональных убеждений (о катастрофичности таких телесных ощущений как учащенное сердцебиение, головокружение, убеждение в невозможности терпеть тревогу и т.п.) и научение справляться с симптомами самостоятельно. КПТ может проводиться как индивидуально, так и в группах, а также дистанционно путем видеозвонков с использованием сети интернет.</p>
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Ответ дан частично, не указана психотерапевтическая помощь.
P0	-	Ответ дан не верно.
B	4	Какой прогноз при данной патологии?
Э	-	При своевременно начатой терапии и высокой комплаентности прогноз благоприятный. При отсутствии лечения течение часто принимает

		хронический характер. Нередко развивается лекарственная и алкогольная зависимость (часто в качестве неудачных попыток самолечения).
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью.
P0	-	Ответ неверный полностью.
B	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Дифференциальную диагностику следует проводить с паническими атаками, возникающими как часть установленных фобических расстройств, генерализованного тревожного расстройства (которое может протекать с наличием панических атак), депрессивного расстройства (при наличии симптомов депрессии следует отдать предпочтение данному диагнозу, так как панические атаки будут лишь одним из симптомов данного заболевания), обсессивно-компульсивного расстройства (может сопровождаться случайными паническими атаками. Также следует проводить дифференциальный диагноз с посттравматическим стрессовым расстройством, последствиями употребления алкоголя, наркотиков или лекарственных препаратов, а также с соматическими заболеваниями (ИБС, нарушения мозгового кровоснабжения, гипертония, эпилепсия, астма, феохромоцитома, гипертиреоз, гипогликемические состояния и др.) при которых встречаются такие соматические симптомы, как головокружение, тошнота, чувство нехватки воздуха, озноб, потливость, учащение сердцебиения. Наличие патологических изменений при проведении основных лабораторных (ОАК, ОАМ, биохимия крови, гормоны надпочечников и щитовидной железы, глюкоза крови) и инструментальных обследований (УЗИ сосудов головного мозга, ЭХО-КГ, ЭКГ, ЭЭГ, КТ и МРТ головного мозга и др.) так же свидетельствуют против наличия панического расстройства.
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью: дифференциальный диагноз проведен не полностью или проведен только с одним заболеванием.
P0	-	Ответ неверный: дифференциальный диагноз не проведен.
H	-	002
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Женщина, 27 лет, экономист. Анамнез: Родилась в городе Нижний Новгород, в полной семье, младшей из двоих детей. Психиатрический анамнез не отягощен. Росла и развивалась соответственно возрасту. Посещала ДДУ, адаптировалась хорошо. В школу пошла с 7 лет, нравились гуманитарные науки. По окончании школы поступила в университет на экономический факультет, учиться нравится. Стала замечать в себе изменения: появилась тревога, стала по многу раз перепроверять, закрыла ли за собой дверь квартиры, ухудшился сон. Связывала это с переутомлением на учебе. Однажды, стоя на платформе станции метро, подловила себя на мысли, что может броситься под движущийся вагон.

		<p>Мыслей этих испугалась, однако быстро забыла. С тех пор подобные мысли преследуют кажды раз, стоя в метро. Обратилась к врачу по собственной инициативе.</p> <p>При осмотре: внешне опрятна. Ориентирована полностью. Взоровый контакт частичный. В беседе с врачом несколько скована, однако по истечении некоторого времени в переживаниях раскрывается полностью. Эмоционально лабильна. Фиксирована на навязчивых мыслях в метро, жалуется на невозможность выйти из квартиры без проверки закрытых дверей, частые просыпания ночью, чувство тревоги. Фон настроения несколько снижен. Мышление без грубых нарушений. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики нет. Агрессивных и аутоагрессивных тенденций не выявлено. Аппетит в норме, сон снижен. Критика полная.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Обсессивно-компульсивное расстройство
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не оценена этиология заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- данных анамнеза (связь с хроническим стрессом, переутомлением)</li> <li>- данных психического статуса (фиксирована на навязчивых мыслях в метро, жалуется на невозможность выйти из квартиры без проверки закрытых дверей, частые просыпания ночью, чувство тревоги. Фон настроения несколько снижен.).</li> </ul>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не указана связь со стрессом.
P0	-	Обоснование полностью не верно.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
О	-	<p>Лечение обсессивно-компульсивного расстройства включает в себя медикаментозные и немедикаментозные методы лечения.</p> <p>Для лечения депрессивной симптоматики используют антидепрессанты, чаще всего – трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, применяют также комбинации СИОЗС и мягких нейролептиков (хлорпрофитоксен, тиоридазин), при нарушении сна и выраженной тревоги – транквилизаторы бензодиазепинового ряда.</p> <p>Немедикаментозные методы включают в себя психотерапию: Релаксационные методы, когнитивно-поведенческая психотерапия, индивидуальная и групповая психотерапия.</p>

P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Ответ дан частично, не указана психотерапевтическая помощь.
P0	-	Ответ дан не верно.
B	4	Какой прогноз при данной патологии?
Э	-	ОКР является труднокурабельной патологией. При соответствующем лечении прогноз является благоприятным, однако некоторые симптомы могут сохраняться в течение всей жизни, затрудняя социализацию. В 30% случаев на фоне лечения не происходит улучшения психического состояния. 80% больных в течение жизни заболевают другими психическими расстройствами. При отсутствии лечения прогноз неблагоприятный, нарастает социальная изоляция, нарушения поведения, зачастую имеет место злоупотребление алкоголем и наркотическими препаратами.
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью.
P0	-	Ответ неверный полностью.
B	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Дифференциальную диагностику следует проводить с генерализованным тревожным расстройством, депрессивным расстройством, фобиями. Основным диагностическим критерием является взаимосвязь с психологической травмой и характерная симптоматика.
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью: дифференциальный диагноз проведен не полностью или проведен только с одним заболеванием.
P0	-	Ответ неверный: дифференциальный диагноз не проведен.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Девушка, 16 лет, школьница. Анамнез: Родилась в городе Нижний Новгород, в полной семье, единственным ребенком в семье. Родители имеют высшее образование. Мать по характеру властная, строгая, отец спокойный, доброжелательный. Психиатрический анамнез не отягощен. Росла и развивалась соответственно возрасту. Посещала ДДУ, была скромным, послушным ребенком. В школу пошла с 6 лет, отношения с одноклассниками не сложились, однако ответить на нападки не могла «не хватало смелости». В 9 классе услышала замечание одноклассника по поводу её лишнего веса. Попытки похудеть были тщетны «не хватало силы воли», «не видела результата», стала неконтролируемо заедать стрессы большим количеством еды, а потом искусственно вызывать рвоту, так как чувствовала вину «так хоть ничего на фигуре не отразится». Стала замечать выпадение волос, ухудшение качества кожи,

		<p>ногтей. Появилась тревога, раздражительность, снизилась память, внимание. По настоянию матери обратилась к психиатру.</p> <p>При осмотре: внешне опрятна, нормостенического склада.</p> <p>Ориентирована полностью. Взоровый контакт не поддерживает. В беседе с врачом несколько скована, в переживаниях раскрывается неохотно.</p> <p>Эмоционально лабильна. Жалуется на недовольство своей фигурой, чувство тревоги. Фон настроения несколько снижен. Мышление последовательное. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики нет.</p> <p>Агрессивных и аутоагрессивных тенденций не выявлено. Appetit повышен, сон снижен. Критика формальная.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Нервная булимия
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не оценена этиология заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- данных анамнеза (психологические особенности, микросоциальные условия жизни, стресс, общественные ценности)</li> <li>- данных психического статуса (Жалуется на недовольство своей фигурой, чувство тревоги. Фон настроения несколько снижен).</li> </ul>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не указана связь со стрессом.
P0	-	Обоснование полностью не верно.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
О	-	<p>Лечение нервной булимии включает в себя медикаментозные и немедикаментозные методы лечения.</p> <p>Лечение соматических осложнений, диетотерапия.</p> <p>Медикаментозные методы: из антидепрессантов для лечения булимии наиболее селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Отмечено, что препараты лития и антиконвульсанты (фенитоин) могут помочь некоторым группам пациентов, страдающим булимией, особенно тем, которые имеют отклонения на ЭЭГ. В литературе некоторыми исследователями отмечен позитивный эффект в отношении эпизодов переедания и компенсаторных форм поведения при булимии таких препаратов, как налтрексон (антагонист опиатов) и ондансетрон, последний препарат является антагонистом 5-НТЗ-рецепторов и способен сократить количество эпизодов переедания.</p> <p>Немедикаментозные методы: когнитивно-бихевиоральная терапия,</p>
P2	-	Ответ дан полностью верно.



P1	-	Ответ дан частично, не указана психотерапевтическая помощь.
P0	-	Ответ дан не верно.
B	4	Какой прогноз при данной патологии?
Э	-	Прогноз определяется видом расстройства, своевременностью терапии. Благоприятный исход наиболее вероятен при отсутствии других психических заболеваний (шизофрении, депрессии, психопатии), сохранности критических способностей пациента, мотивации к выздоровлению.
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью.
P0	-	Ответ неверный полностью.
B	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Дифференциальную диагностику следует проводить с соматическими заболеваниями (ЖКТ, опухоли различной локализации, болезни крови и тд), атипичной депрессией
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью: дифференциальный диагноз проведен не полностью или проведен только с одним заболеванием.
P0	-	Ответ неверный: дифференциальный диагноз не проведен.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мужчина, 47лет, врач терапевт.</p> <p>Анамнез: Родился в городе Горький, в полной семье, старшим из двоих детей. Психиатрический анамнез неотягощен. Рос и развивался соответственно возрасту. Посещал ДДУ, адаптировался хорошо. В школу пошел с 7 лет, нравились естественные науки. Был любознательным, несколько тревожным ребенком. По окончании школы поступил в медицинский институт, учиться нравилось. В период сессий на фоне психоэмоционального напряжения становился раздражительным, мучила бессонница, чувство тревоги. Женится после института, имеет дочь. Жена пациента характеризует его как человека трудолюбивого и скупуплезного, считающего своим долгом помогать людям. В связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в мире профессиональная нагрузка возросла. Пациент много времени проводил на работе, переживал за своих родных и пациентов. Появились жалобы на кошмарные сновидения профессионального характера, долгое засыпание и частые ночные просыпания, периодические эпизоды паники, раздражительность, снижение настроения, неизбежность «катастрофы», стал молчалив и задумчив. Самостоятельно обратился за помощью.</p> <p>При осмотре: внешне опрятен. Ориентирован полностью. Взоровый контакт частичный. В беседе с врачом делится переживаниями, ищет</p>

		помощи. Эмоционально сглажен. Жалуется на кошмарные сновидения профессионального характера, долгое засыпание и частые ночные просыпания, периодические эпизоды паники, раздражительность, снижение настроения. Фон настроения несколько снижен. Мышление без грубых нарушений. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики нет. Агрессивных и аутоагрессивных тенденций не выявлено. Аппетит в норме, сон снижен. Критика полная.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Неврастения
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью: не оценена этиология заболевания.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	Диагноз поставлен на основании: - данных анамнеза (связь с хроническим стрессом, переутомлением) - данных психического статуса (жалобы на кошмарные сновидения профессионального характера, долгое засыпание и частые ночные просыпания, периодические эпизоды паники, раздражительность, снижение настроения, неизбежность «катастрофы»).
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью: не указана связь со стрессом.
Р0	-	Обоснование полностью не верно.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
О	-	Лечение неврастении включает в себя преимущественно немедикаментозные методы лечения, в тяжелых случаях подключается фармакотерапия. Необходимо уменьшить психическую и физическую нагрузку на пациента, ввести строгий режим труда и отдыха. Важно соблюдение правильного распорядка дня, отход ко сну и пробуждение в одни и те же часы. Больным неврастенией полезны пешие прогулки перед сном, свежий воздух, витаминизированное питание, перемена обстановки. Им рекомендована рациональная <a href="#">психотерапия</a> и <a href="#">аутогенные тренировки</a> . При гиперстенической форме неврастении показаны транквилизаторы: хлордиазепоксид, нитразепам; при нарушениях сна — снотворные средства: зопиклон, золпидем. При лечении гипостенической формы неврастении применяют малые дозы диазепама, пиритинол, элеутерококк, фонтурацетам. Рекомендуют кофе, крепкий чай, препараты с тонизирующим эффектом: женьшень, китайский лимонник, корень аралии маньчжурской, пантокрин. При всех формах неврастении возможно назначение тиоридазина. В малых

		дозах он действует как антидепрессант и оказывает стимулирующее воздействие на нервную систему, поэтому применяется при гипостенической форме. В больших дозах у него проявляется седативный эффект, что позволяет использовать его в лечении гиперстенической формы. Также рекомендуется физиотерапия.
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Ответ дан частично, не указана психотерапевтическая помощь.
P0	-	Ответ дан не верно.
B	4	Какой прогноз при данной патологии?
Э	-	Прогноз благоприятный, однако возможна хронизация.
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью.
P0	-	Ответ неверный полностью.
B	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Хронические инфекции, эндокринные заболевания, ЧМТ, опухоли различного генеза, хроническая лучевая болезнь. Депрессивная фаза циклотимии, астеническая форма психопатии, начало шизофрении, шизотипическое расстройство.
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью: дифференциальный диагноз проведен не полностью или проведен только с одним заболеванием.
P0	-	Ответ неверный: дифференциальный диагноз не проведен.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больная Н, 35 лет. С детства была тревожной. Замужем, имеет 2 детей. Окончила техникум. Работает в продуктовом магазине. В феврале 2020 года на фоне заражения людей в мире коронавирусной инфекцией снизилось настроение, стала невнимательной, хуже справлялась с работой. Через месяц были эпизоды раздражительности, кричала на детей по незначительным поводам, не справлялась с бытовыми делами. Часто смотрела телевизор и интернет, узнавала количество заболевших в России. Узнав о смертельных случаях, появилось ощущение внутреннего напряжения, беспокойство. Высказывала мысли, что не сможем справиться с болезнью и умрем. Иногда удавалось отвлечься от этих мыслей, но ненадолго. С трудом заканчивала смену на работе, постоянно чувствовала упадок сил, начальник пригрозил увольнением. В конце марта на фоне введения карантина в стране, продолжала работу, однако стала растерянной, кричала на посетителей без масок и перчаток, не пускала их в магазин. Переживала, что может заболеть и заразить детей, мужа. Появилась плаксивость, снизился аппетит, снились кошмары. В апреле

		<p>стала много времени проводить в интернете, узнавая подробности о коронавирусе и его распространенности. Стала опасаться выходить на улицу, не ухаживала за собой и детьми, неделю не ходила на работу. В сопровождении мужа обратилась к психиатру.</p> <p>Психический статус: Ориентирована в полном объеме. Доступна контакту, в беседу вступает охотно. Выглядит неопрятно, волосы грязные. Фон настроения снижен, тревожна. Жалуется на постоянное внутреннее беспокойство, тревогу, нарушение сна с кошмарами. Данное состояние связывает с коронавирусом. Часто спрашивает: «можно ли здесь заразиться?». Рассказывает, что не выходит на улицу из-за боязни заболеть, «мне все равно, если даже уволят и останусь без денег, зато буду здоровая». Сообщает, что нет сил для домашних дел. Критика к состоянию снижена. Мышление несколько ускоренное, последовательное. Интеллект, память не нарушены. Агрессивных, суицидальных тенденций не выявляется. Наличие бреда, галлюцинаций отрицает.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Расстройство адаптации. Смешанная тревожная и депрессивная реакция.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- данных анамнеза (возникновение тревожных и депрессивных симптомов в течение 2-3 месяцев на фоне стрессовой, значимой для пациентки ситуации- коронавирус); нарушение трудовой деятельности и социального взаимодействия, длительность жалоб не более 6 месяцев)</li> <li>- данных психического статуса (жалобы на постоянное внутреннее напряжение, наличие тревожных мыслей о возможности заболеть коронавирусом, опасений, депрессивного фона настроения, нарушения сна)</li> </ul>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Обоснование полностью не верно.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
О	-	<p>Базовым компонентом лечения является психотерапия (когнитивно-поведенческая, групповая) которая позволяет эффективно справляться с проблемой дезадаптации. Медикаментозное лечение используется в комплексе с психотерапией для облегчения характерных симптомов. Для лечения депрессии назначают антидепрессанты из группы СИОЗС (пароксетин, эсциталопрам, сертралин) и СИОЗСН (венлаксин,</p>

		дуолоксетин). При нарушении сна и выраженной тревоге – транквилизаторы бензодиазепинового ряда, однако их применение ограничивается значимыми нежелательными эффектами
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Ответ дан частично, не указана психотерапевтическая помощь.
P0	-	Ответ дан не верно.
B	4	Какой прогноз при данной патологии?
Э	-	Прогноз в целом является благоприятным. Большинство больных возвращаются к привычному функционированию.
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью.
P0	-	Ответ неверный полностью.
B	5	С какими состояниями можно провести дифференциальный диагноз ?
Э	-	-депрессивное расстройство -острая реакция на стресс -обсессивно-компульсивное расстройство -посттравматическое стрессовое расстройство
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью: дифференциальный диагноз проведен не полностью или проведен только с одним заболеванием.
P0	-	Ответ неверный: дифференциальный диагноз не проведен.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мужчина 39 лет, индивидуальный предприниматель.</p> <p>В течение 7 месяцев отмечает чувство страха, тревоги, не ограниченное определенной ситуацией. Нарушился сон, стал поздно засыпать, часто просыпаться. Появились соматические жалобы в виде сильного сердцебиения, повышения артериального давления, головокружения, головной боли напряжения («голова гудит»). Несколько раз вызывал скорую помощь с вышеназванными жалобами, однако патологии сердца выявлено не было, отмечена тревожность и чрезмерная озабоченность пациента своим состоянием. В течение дня обдумывал развитие у себя возможных серьезных заболеваний сердца, однако если отвлекался работой, делами, эти мысли не беспокоили. Чувствовал постоянное внутреннее беспокойство, скованность, мышечное напряжение. Переживал, что вскоре произойдет несчастный случай (инфаркт, инсульт). Снизилась концентрация внимания, память, стал неусидчивым, не справлялся с работой. Обратился к участковому терапевту, соматической патологии не было выявлено, рекомендована консультация психиатра.</p> <p>Психический статус: Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Фон настроения несколько снижен, тревожен. Активно жалуется на возникающие приступы тревоги, страха, сильного</p>

		сердцебиения, потливость, дрожь, головокружение. Сообщает о постоянных мыслях в голове. Эти мысли мешают сосредоточиться на чем-либо. Считает, что возможно болен заболеванием сердца, часто размышляет о возможных осложнениях. Рассказывает о внутреннем беспокойстве, скованности, возникающие без значительной причины. Отмечаются трудности при засыпании, ночные пробуждения. Аппетит повышен. Память грубо не нарушена. Внимание недостаточно устойчивое. Критика частичная. Наличие суицидальных мыслей отрицает. Обманов восприятия не выявляется, бредовые идеи активно не высказывает.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Генерализованное тревожное расстройство
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	Диагноз поставлен на основании: - данных анамнеза 1. стойкая (в течение 6 мес), генерализованная (внутреннее беспокойство, скованность, мышечное напряжение) не ограничивающаяся какими-либо определенными обстоятельствами тревога; 2. отсутствие соматической патологии, подверженные СМП и врачом терапевтом ; - данных психического статуса (жалобы на приступы тревоги, страха, сильного сердцебиения, потливость, дрожь, головокружение, наличие мыслей, опасений о возможном заболевании сердца, нарушения сна).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Обоснование полностью не верно.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
О	-	Целью лечения генерализованного тревожного расстройства является устранение основных симптомов – хронического беспокойства, мышечного напряжения, вегетативной гиперактивации и нарушений сна. Терапию необходимо начинать с разъяснения пациенту того факта, что имеющиеся у него соматические и психические симптомы являются проявлением повышенной тревожности и что сама тревожность – это не «естественная реакция на стрессы», а болезненное состояние, которое успешно поддается терапии. Основными методами лечения генерализованного тревожного расстройства является психотерапия (в первую очередь, когнитивно–поведенческая и релаксационные техники) и медикаментозная терапия. Для лечения обычно назначают антидепрессанты из группы СИОЗС

		(пароксетин, эсциталопрам, сертралин) и СИОЗСН (венлаксин, дулоксетин). При нарушении сна и выраженной тревоге – транквилизаторы бензодиазепинового ряда, однако их применение ограничивается значимыми нежелательными эффектами
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Ответ дан частично, не указана психотерапевтическая помощь.
P0	-	Ответ дан не верно.
B	4	Какой прогноз при данной патологии?
Э	-	При соответствующем лечении прогноз является благоприятным. Факторы, свидетельствующие о более благоприятном прогнозе: позднее начало расстройства; незначительную выраженность социальной дезадаптации; пол – женщины более предрасположены к ремиссии. Факторы, свидетельствующие о неблагоприятном прогнозе: плохие взаимоотношения с супругом или родственниками; наличие коморбидных психических расстройств; пол – мужчины менее предрасположены к ремиссии.
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью.
P0	-	Ответ неверный полностью.
B	5	С какими состояниями можно провести дифференциальный диагноз ?
Э	-	- социальная фобия - специфическая фобия - посттравматическое стрессовое расстройство - паническое расстройство - аффективные расстройства настроения
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью: дифференциальный диагноз проведен не полностью или проведен только с одним заболеванием.
P0	-	Ответ неверный: дифференциальный диагноз не проведен.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больной Н., 25 лет, программист . Анамнез жизни: Наследственность не отягощена. Рос и развивался соответственно возрасту, окончил школу и институт По характеру замкнутый, вспыльчивый, ответственный Употребление алкоголя отрицает. Анамнез заболевания: Со слов пациента, жалобы на нарушение сна, кошмарные сновидения, навязчивые мысли о прожитой ситуации и страх, что она повторится, появились месяц назад. Последние 3,5 месяца провел дома на самоизоляции во время эпидемии коронавирусной инфекции. При переходе на дистанционную работу приехал в другой город к родителям и брату. Появились симптомы вирусной инфекции, тест на COVID”19

		<p>положительный. Вся семья была «закрыта на карантин» в двухкомнатной квартире. В течение десяти дней симптомы появились у отца и матери. Их состояние стало быстро ухудшаться, хотя сам пациент переносил инфекцию в относительно легкой форме. Спустя несколько дней отца увозят в тяжелом состоянии, после чего он скончался в больнице. «На глазах брату стало хуже, и его «увезли под ИВЛ». В это время возникает страх за жизнь брата и матери. Следующие 1,5 месяца находился дома, ни с кем не общался, нарушился ночной сон. Стали мучить кошмарные сновидения. Избегает разговоров с матерью. Считает себя виноватым в заражении семьи и смерти отца. Боится выходить из дома и посещать общественные места со страхом коронавирусной инфекции. Постоянно думает о том, как заразил отца, «лучше бы умер я, чем семья» Стал очень раздражительным «заводится по щелчку» . Работа стала очень тяжело даваться, тратит на нее в два раза больше должного времени.</p> <p>Психический статус: Настроение снижено. Больной заторможен, на вопросы о произошедшей ситуации отвечает неохотно, пытается избежать ответа. Сидит в одной позе, опустив голову, мимика однообразная.</p> <p>Жалуется на плохой сон, отсутствие аппетита, головные боли и учащение сердцебиения. Суицидальные мысли отрицает. Мышление замедленное, снижена концентрация внимания.</p> <p>Соматический статус: Кожа сухая, тонус снижен. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Посттравматическое стрессовое расстройство
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	<p>Диагноз тяжелого депрессивного эпизода поставлен на основе критериев, согласно рекомендациям МКБ-10:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Непосредственная связь с сильной стрессовой ситуацией,</li> <li>2. Повторные переживания в виде ночных кошмаров</li> <li>3. Негативные изменения в эмоциях</li> <li>4. Повышенная реактивность и возбуждение</li> <li>5. Длительность симптомов более месяца</li> <li>6. Нарушение нормального повседневного функционирования вследствие этих симптомов</li> </ol>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование синдрома иди заболевания.



P0	-	Обоснование полностью не верно.
B	3	Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациенту в качестве основной терапии? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Так как пациент страдает от посттравматического стрессового расстройства и имеет симптомы сниженного настроения, нарушения сна и ночных кошмаров, то препаратами выбора являются современные антидепрессанты с минимальными побочными эффектами - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИЗС): флуоксетин, флувоксамин, сертралин, циталопрам, пароксетин.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, обоснование верное.
P1	-	Ответ дан не полностью: выбрана верная группа препаратов, но обоснование не верное.
P0	-	Ответ неверный: выбрана не правильная группа препаратов.
B	4	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Посттравматическое стрессовое расстройство необходимо дифференцировать с острой реакцией на стресс (симптомы возникают немедленно вслед за подверженностью стрессору, расстройством приспособительных реакций ( развитие симптомов происходит в течение месяца после стрессового фактора)
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью: дифференциальный диагноз проведен не полностью или проведен только с одним заболеванием.
P0	-	Ответ неверный: дифференциальный диагноз не проведен.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Пациент М., 36 лет, инженер, работает в строительной компании. На работе получил тяжелую травму головы. Был доставлен в фельдшерский пункт, где сделана перевязка, предложено направление на госпитализацию, от которого больной отказался. Вернулся на рабочее место, но из-за сильной головной боли и головокружения работать не смог, был приведен домой. Головная боль не проходила, вечером отмечалась рвота. Находился неделю на больничном, постельный режим не соблюдал. Обнаружилось резкое расстройство памяти с чем больной госпитализирован. Физическое состояние удовлетворительное. Внутренние органы без патологии. Неврологически: зрачки неправильной формы. Единичные нистагмоидные подергивания в правом крайнем отведении. Сглажена левая носогубная складка. Коленные и ахилловы рефлексы высокие, справа выше, чем слева. Легкая левосторонняя гемипарезия. Менингеальных явлений нет. Спинномозговая жидкость: белок 0,33%, плеоцитоз 25 (лимфоциты). Психическое состояние: дезориентирован во времени и окружающей обстановке. Текущий год называет 2006, 2013, При поправке повторяет за врачом и тут же забывает. Не может запомнить отчество врача. Не находит свою палату, койку. Произвольно называет близлежащие улицы, из которых состоят завтрак, обед. Память нарушена как на ближайшие, так

		отдаленные события. Путаает даты личной жизни, по-разному называет имена жены и детей. Не в состоянии объяснить переносного смысла пословиц и поговорок, не понимает крылатых выражений, метафор. Имеются конфабулы и псевдореминисценции. Склонен к плоским шуткам. Фон настроения нестабильный. Пребыванием в стационаре не тяготится.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Органический амнестический синдром в связи с травмой головного мозга (07.2)
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: диагностирован на симптоматическом уровне не определено психическое расстройство в соответствии с МКБ-10.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз выставлен на основании наличия нарушений памяти, проявляющихся дефицитом памяти на недавние события, снижением способности воспроизведения прошлого опыта, наличие конфабуляций и псевдореминисценций. Наличие в анамнезе черепно-мозговой травмы, непосредственно предшествовавшей развитию данного состояния
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны диагностические критерии органического амнестического синдрома.
Р0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Целесообразно проведение МРТ с целью визуализации возможных патологических изменений головного мозга. С целью выявления гемодинамических и ликвородинамических нарушений необходимо проведение реоэнцефалографию. Для отслеживания динамики когнитивных функций - проведение оценочных тестов и шкал.
Р2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
Р1	-	План дополнительного обследования составлен частично верно.
Р0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
Э	-	Пациенту показано соблюдение постельного режима, назначение препаратов поддерживающих сердечно-сосудистую деятельность и дыхание. Необходимы мероприятия, направленные на предупреждение и снижение отека мозга. При возбуждении – малые дозы транквилизаторов и антипсихотиков. Для восстановления когнитивных функций показаны ноотропы, витамины группы В и средства общеукрепляющего действия.
Р2	-	Ответ верный.
Р1	-	Ответ частично верный
Р0	-	Ответ неверный.
В	5	Являются ли приведенные в задаче психические нарушения обратимыми? факторы могут негативно сказаться на прогнозе заболевания?
Э	-	Психические нарушения при органическом амнестическом синдроме

		травматической этиологии считаются обратимыми. У лиц, злоупотребляющих алкоголем, длительность психических нарушений значительно больше.
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный

### 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания по разделам дисциплины.

5.1.1 Тестовые задания к зачету по дисциплине «Психотерапия»:

Раздел 1. Теоретические основы психотерапии.

Тестовые вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
<p>1. УКАЖИТЕ, КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ХАРАКТЕРИСТИК МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ ПРАВИЛЬНАЯ</p> <p>1) это специфическое проявление общей этики в деятельности врача</p> <p>2) это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников</p> <p>3) это наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств</p> <p>4) верно все вышеперечисленное</p> <p>5) все перечисленное не верно</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
<p>2. СОБЛЮДЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ НЕОБХОДИМО</p> <p>1) для защиты внутреннего мира человека, его автономии и охраны от манипуляций со стороны внешних сил</p> <p>2) для защиты социальных и экономических интересов личности</p> <p>3) для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач - пациент"</p> <p>4) для поддержания престижа медицинской профессии</p> <p>5) все перечисленное верно</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
<p>3. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ИЛИ ДОВЕРЕННЫХ ЛИЦ) ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА</p> <p>1) в особых случаях</p> <p>2) зависит от диагноза по МКБ-10</p> <p>3) в зависимости от желания пациента</p> <p>4) в зависимости от характеристики медицинского учреждения (государственное или частное)</p> <p>5) всегда</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
<p>4. ВСЯ СОВОКУПНОСТЬ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ ИНСТАНЦИИ, КРОМЕ (И.П.ПАВЛОВ, 1933)</p> <p>1) ближайшей к полушариям подкорки с ее сложнейшими</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8,

<p>безусловными рефlekсами, влечениями, эмоциями</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) больших полушарий головного мозга без лобных долей</li> <li>3) полушарий мозжечка, теменных долей больших полушарий, без мозолистого тела</li> <li>4) лобных долей больших полушарий</li> <li>5) всего перечисленного</li> </ol>	ПК-9, ПК-12.
<p>5. ИСТЕРИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СВЯЗАНО ПРЕЖДЕ ВСЕГО С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ (И.П.ПАВЛОВ, 1933)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в полушариях мозга</li> <li>2) в мозолистом теле</li> <li>3) в лобных долях больших полушарий</li> <li>4) естественной соподчиненности основных инстанций высшей нервной деятельности</li> <li>5) в теменных долях больших полушарий</li> </ol>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
<p>6. ИЗ ВСЕХ ТИПОВ НАИБОЛЕЕ СОВЕРШЕННЫЙ (И.П.ПАВЛОВ, 1935)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сильный уравновешенный тип</li> <li>2) сильный неуравновешенный тип</li> <li>3) слабый неуравновешенный тип</li> <li>4) слабый уравновешенный тип</li> <li>5) сангвинический тип</li> </ol>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
<p>7. К ОСНОВНЫМ СВОЙСТВАМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ (И.П.ПАВЛОВ, 1935)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) силы основных нервных процессов - раздражительного и тормозного, постоянно составляющих целостную нервную деятельность</li> <li>2) подвижности основных нервных процессов</li> <li>3) инертности основных видов психической деятельности и устойчивости основных нервных процессов</li> <li>4) равновесия основных нервных процессов</li> <li>5) всего перечисленного</li> </ol>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
<p>8. "ИНВАЛИДНЫМ ЖИЗНЕННЫМ ТИПОМ" ЯВЛЯЕТСЯ (И.П.ПАВЛОВ, 1935)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) холерический</li> <li>2) сильный неуравновешенный</li> <li>3) флегматический</li> <li>4) циклотимический и возбудимый</li> <li>5) ни один из перечисленных</li> </ol>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
<p>9. УСЛОВНЫЙ РЕФЛЕКС - ЭТО (И.П.ПАВЛОВ, 1932)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) постоянная связь внешнего агента с ответной на него деятельностью организма</li> <li>2) рефлекс, возбуждающийся внешними агентами, что и обуславливает совершенство уравновешивания</li> <li>3) рефлекс, основным условием образования которого есть совпадение во времени один или несколько раз индифферентного раздражителя с безусловным; то, что мы называем ассоциацией (рефлексом) по одновременности</li> <li>4) то же самое, что "угасательное напряжение"</li> <li>5) все перечисленное верно</li> </ol>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
<p>10. ДОМИНАНТА (ДОМИНАНТЫ) ПО А.А.УХТОМСКОМУ (1927) - ЭТО</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1,

<ol style="list-style-type: none"> <li>1) маховые колеса нашей машины, помогающие сцепить и организовать опыт в единое целое</li> <li>2) навязчивые идеи, идеи фикс склеротического старика</li> <li>3) предрассудки поведения</li> <li>4) аутистическое творчество</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>	ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
<p>11. К ОСНОВНЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ БЛОКАМ (АППАРАТАМ) МОЗГА, УЧАСТИЕ КОТОРЫХ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЛЮБОГО ВИДА ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ОТНОСЯТСЯ (А.Р.ЛУРИЯ, 1973)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) блок, обеспечивающий регуляцию тонуса и бодрствования</li> <li>2) блок, обеспечивающий витальные функции организма и блок интегрирования и абстрактного мышления</li> <li>3) блок получения, переработки и хранения информации, поступающей из внешнего мира</li> <li>4) блок программирования, регуляции и контроля психической деятельности</li> </ol> <p>правильный ответ отсутствует</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
<p>12. РЕТИКУЛЯРНАЯ ФОРМАЦИЯ ПОСТРОЕНА (А.Р.ЛУРИЯ, 1973)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) по типу нервной сети, в которую вкраплены тела нервных клеток, соединяющиеся друг с другом короткими отростками</li> <li>2) таким образом, что волокнами своими доходит до древней и новой коры</li> <li>3) так, что составляет единую вертикально расположенную функциональную систему, единый саморегулирующий аппарат</li> <li>4) по принципу "рефлекторного круга", который регулирует тонус коры и сам регулируется корой головного мозга</li> <li>5) все перечисленное правильно</li> </ol>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
<p>13. ЛОБНЫЕ ДОЛИ ЧЕЛОВЕКА НЕПОСРЕДСТВЕННО НЕ УЧАСТВУЮТ (А.Р.ЛУРИЯ, 1973)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в экстренном повышении состояния активности, сопровождающем всякую сознательную деятельность</li> <li>2) в приеме и хранении экстероцептивной информации</li> <li>3) в сложнейших формах программирования</li> <li>4) в регуляции сознательной деятельности человека</li> <li>5) во всем перечисленном</li> </ol>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
<p>14. СТРЕСС (ПО Г.СЕЛЬЕ) - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нервное вредоносное напряжение</li> <li>2) неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование; общий адаптационный синдром</li> <li>3) вид дистресса защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессором</li> <li>4) все перечисленное</li> </ol>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
<p>15. ФАЗАМИ ОБЩЕГО АДАПТАЦИОННОГО СИНДРОМА НЕ ЯВЛЯЮТСЯ (Г.СЕЛЬЕ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) реакция удивления или тревоги из-за неопытности и неумения совладать с ситуацией</li> <li>2) фаза восхищения новым, необычным, удивительным и фаза агрессивного возбуждения</li> </ol>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.

3) фаза сопротивления без лишних волнений 4) фаза истощения 5) фаза дистресса	
16. КОНЕЧНАЯ ЦЕЛЬ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА СОСТОИТ В ТОМ, ЧТОБЫ (Г.СЕЛЬЕ) 1) обрести власть, славу, безопасность 2) дарить радость в порядке бескорыстной филантропии 3) получать радость, наслаждаться 4) раскрыть себя наиболее полно с чувством уверенности и надежности, проявить свою "искру божью" 5) правильно 2) и 3)	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
17. УРОВЕНЬ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА НАИБОЛЕЕ НИЗОК (Г.СЕЛЬЕ) 1) в минуты равнодушия 2) когда человек мертв 3) во время творческого вдохновения 4) в минуты тихого духовного просветления в состоянии "сатори"	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
18. ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ - НАУКА (Д.ХЭССЕТ, 1978) 1) близкая к психоанализу 2) изучающая физиологические процессы у человека при различных психологических состояниях 3) рассматривающая человека как социальное существо 4) изучающая прежде всего сложное поведение человека в экстремальных условиях 5) все перечисленное верно	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
19. ФУНКЦИЯМИ ТАЛАМУСА ЯВЛЯЮТСЯ (Д.ХЭССЕТ, 1978) 1) регуляция висцеральных и соматических функций: температуры тела, обмена веществ, гормонального баланса и др. 2) активация обширных областей коры 3) мышечный тонус 4) сенсорные пункты переключения на пути к коре мозга 5) координация произвольных движений	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
20. ВИСОЧНАЯ КОРА БОЛЕЕ СВЯЗАНА (Д.ХЭССЕТ, 1978) 1) со зрительной системой 2) со слуховой системой 3) с движением тела 4) с чувствительностью тела 5) с обонянием	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.

Раздел 2. «Психологические и социально-психологические аспекты психотерапии.

Тестовые вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
21. ПОЯВЛЕНИЕ ОГОВОРКИ ПРОИСХОДИТ ОБЫЧНО ПО ПРИЧИНЕ (З.ФРЕЙД): 1) соотношения звуков и слов (созвучия, сходства слов, употребительные словестные ассоциации)	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8,

<p>2) соматических расстройств (например, нарушение кровообращения)</p> <p>3) утомления, рассеянности</p> <p>4) возбуждения, расстройства внимания</p> <p>5) противодействия двух различных измерений</p>	ПК-9, ПК-12.
<p>22. СТРАДАЮЩИЙ НАВЯЗЧИВЫМ СОСТОЯНИЕМ НЕВРОТИК ОБЫЧНО ИСХОДНО ОТЛИЧАЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (З.ФРЕЙД)</p> <p>1) весьма энергичного характера</p> <p>2) упрямства</p> <p>3) несложного и недалекого ума, детского легкомыслия</p> <p>4) чрезмерной совестливости</p> <p>5) всего перечисленного</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
<p>23. НЕВРОЗЫ ПЕРЕНЕСЕНИЯ" - ЭТО (З.ФРЕЙД)</p> <p>1) истерия страха и конверсионная истерия</p> <p>2) психастения</p> <p>3) невроз навязчивых состояний</p> <p>4) неврастения</p> <p>5) правильно 1) и 3)</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
<p>24. САМАЯ ПРИМИТИВНАЯ СТУПЕНЬ (ФАЗА) РАЗВИТИЯ ЛИБИДО - ЭТО (З.ФРЕЙД)</p> <p>1) садистско-анальная</p> <p>2) генитальная</p> <p>3) комплекс Электры</p> <p>4) оральная</p> <p>5) кишечная</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
<p>25. СУЩЕСТВО ЭДИПОВА КОМПЛЕКСА СОСТОИТ (З.ФРЕЙД)</p> <p>1) в агрессивности малыша к матери</p> <p>2) в сексуальном равнодушии малыша к детям противоположного пола</p> <p>3) в нежной бессознательной тяге к отцу как к защитнику</p> <p>4) в садистском отношении к маленьким животным</p> <p>5) ни в одном из перечисленных</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
<p>26. ФОБИЯ - ЭТО (З.ФРЕЙД)</p> <p>1) вытеснение и перевод либидо в страх, связанный с внешней опасностью; "окоп" против внешней опасности, которую представляет собой внушающее страх либидо</p> <p>2) бессознательный уход в болезнь (в данном случае конкретный страх, не имеющий отношения к либидо) от сложной конфликтной ситуации навязчивый, беспредметный страх, пассивно возникающий только в конкретной "фобической" ситуации и не существующий вне ее</p> <p>3) свободный страх, готовый привязаться к любому более или менее подходящему содержанию представления, оказывающий влияние на суждение</p> <p>4) правильно 2) и 3)</p>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.

<p>27. СИМВОЛ (ПО ЮНГУ) - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) знак, обозначающий объект, к которому относится</li> <li>2) любая эмблема, знак различия</li> <li>3) слово или изображение, подразумевающее нечто большее, чем их непосредственное и очевидное значение; термин, имя или изображение, которые могут быть известны в повседневной жизни, но обладают специфическим добавочным значением к своему обычному смыслу; термин, имя, изображение, которые ведут нас в области, лежащие за пределами здравого рассудка</li> <li>4) правильно 2) и 3)</li> <li>5) верно все перечисленное</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>28. ПРИ НЕВРОЗЕ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ (З.ФРЕЙД)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) маскировка любовного импульса под садистский</li> <li>2) регрессия либидо без вытеснения</li> <li>3) неосознанное сексуальное извращение</li> <li>4) оральное эротическое напряжение</li> <li>5) комплекс Эдипа</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>29. СНЫ МОГУТ (К.ЮНГ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оповещать о некоторых ситуациях задолго до того, как те произойдут в действительности</li> <li>2) указать верную дорогу к гибели</li> <li>3) учить понимать забытый язык инстинктов</li> <li>4) быть попыткой компенсировать какой-либо отдельный дефект в отношении сновидца в жизни</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>30. "КОМПЛЕКСЫ" - ЭТО (К.ЮНГ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аффекты, заряженные тягостным переживанием своей неполноценности</li> <li>2) фрагменты обостренного самолюбия, не могущего найти выхода, разрядиться, реализующиеся в агрессивные поступки или в невротические симптомы</li> <li>3) психические фрагменты, выделившиеся в отдельные конstellации образов и идей в результате психических травм или каких-либо конфликтов, одновременно несовместимых друг с другом тенденций; подавленные эмоциональные содержания, которые могут вызвать постоянное душевное раздражение, а иногда даже симптомы невроза</li> <li>4) постоянно сдерживаемая осознанная, ситуационно обусловленная неприязнь к кому-либо</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>31. В ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ЖИЗНИ ИНДИВИДА ИМЕЮТ СЕРЬЕЗНОЕ ЗНАЧЕНИЕ (А.АДЛЕР)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) врожденные особенности его телесной организации</li> <li>2) врожденные особенности его духовной организации</li> <li>3) наследственные творческие способности</li> <li>4) то, что включается в формирующийся в первые 3-5 лет жизненный стиль индивида</li> </ol> <p>врожденная склонность к религиозности</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>



## Раздел 3. «Основные направления психотерапии»

Тестовые вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
<p>32. ПОДЛИННО ЭВРИСТИЧНЫМИ ТЕОРИЯМИ, КОТОРЫЕ ПРИВЕДУТ К ОТКРЫТИЮ ВАЖНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВЯЗЕЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА, ОКАЖУТСЯ ТЕОРИИ (К.РОДЖЕРС)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) основанные на экзистенциально-феноменологических построениях</li> <li>2) основанные на объективных наблюдениях за поведением</li> <li>3) постулирующие связь между внутренними субъективными явлениями, не поддающимися непосредственному измерению</li> <li>4) субъективно изучающие личность наблюдателя и наблюдаемого, объективно изучающие личность</li> </ol> <p>все перечисленное</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>33. ЭМПАТИЧЕСКИЙ СПОСОБ ОБЩЕНИЯ С ДРУГОЙ ЛИЧНОСТЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (К.РОДЖЕРС)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) постоянной чувствительности к меняющимся переживаниям другого - к страху или гневу, или растроганности, или стеснению, одним словом, ко всему, что испытывает он или она</li> <li>2) полного отождествления, идентификации себя с этим другим (другой)</li> <li>3) вхождения в личный мир другого или пребывания в нем "как дома"</li> <li>4) временной жизни другой жизнью, деликатного пребывания в ней без оценивания и осуждения</li> <li>5) улавливания того, что другой сам едва осознает, не без попытки вскрыть совершенно неосознанные чувства, поскольку они могут оказаться травмирующими</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>34. ПОДЛИННОЕ НАУЧЕНИЕ" ОТ "ВНЕШНЕГО НАУЧЕНИЯ" ОТЛИЧАЕТСЯ ТЕМ, ЧТО (А.МАСЛОУ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оно есть приобретение, накопление в себе различных навыков, не просто механическое запоминание</li> <li>2) помогает человеку стать лучше, насколько это возможно; может помочь человеку стать тем, кем он способен стать</li> <li>3) помогает приобрести знания и честность</li> <li>4) правильно 1) и 3)</li> <li>5) верно все перечисленное</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>35. Б-ЦЕННОСТЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ (А.МАСЛОУ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) красота и простота</li> <li>2) истина</li> <li>3) совершенство</li> <li>4) всесторонность</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>36. ДОРОГАМИ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩЕЕ, КРОМЕ (А.МАСЛОУ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) представить себе жизнь как процесс постоянного выбора из</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5,</p>

<p>различных возможностей возможности роста</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) выявлять свои защиты, преодолевая их (например, ригидизация)</li> <li>3) полное живое бескорыстное переживание с полным сосредоточением и погруженностью, т.е. переживание без подростковой застенчивости</li> <li>4) прислушиваться именно к самому себе, к своему "Я", а не к внешним голосам, традициям и т.д., быть готовым к независимой от окружающих позиции</li> <li>5) быть самим собой и в том смысле, чтобы уважать свои не безнравственные патологические свойства (чувство неполноценности, стеснительность, нерешительность и т.д.), чувствовать в них общественно полезную силу, применить их с пользой для людей</li> </ol>	<p>ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>37. ГЕШТАЛЬТТЕРАПИЯ РАЗРАБОТАНА НА ОСНОВЕ (К.РУДЕСТАМ, 1990)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) поведенческой психотерапии</li> <li>2) синтетической психотерапии Вольфганга Кречмера</li> <li>3) психоанализа и экзистенциальной философии</li> <li>4) правильно 1) и 2)</li> <li>5) всего перечисленного</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>38. СМЫСЛ МЕНЯЕТСЯ (В.ФРАНКЛ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) от человека к человеку</li> <li>2) от одного дня к другому, от часа к часу</li> <li>3) смысл стойко универсален и проецируется в окружающие нас вещи, которые сами по себе нейтральны, как пятна Роршаха</li> <li>4) смысл уникален</li> <li>5) все перечисленное, кроме 3)</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>39. КОНСУЛЬТАНТ, ПОМОГАЮЩИЙ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ЛЮДЕЙ (А.МАСЛОУ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пытается помочь человеку совершенствоваться, расти лично в рамках собственного стиля этого человека, работает в духе учения даосизма</li> <li>2) пропагандирует знания пациентам, тренирует их</li> <li>3) в идеальном случае помогает пациенту проникнуться своими (психотерапевта) теоретическими представлениями, доносит до пациента свой взгляд на мир</li> <li>4) помогает пациенту сооружать всевозможные защиты от жизненных трудностей</li> <li>5) верно все перечисленное</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>40. В ЧЕЛОВЕКЕ БЕЗОШИБОЧНО И ВСЕМОГУЩЕСТВЕННО (В.ФРАНКЛ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) свобода, мудрость, совесть и честь, искренность</li> <li>2) либидо</li> <li>3) чутье на характеры</li> <li>4) ничего из перечисленного</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>41. ПОМОЩЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА ПАЦИЕНТУ В ЕГО ПОИСКАХ СМЫСЛА ВКЛЮЧАЕТ (В.ФРАНКЛ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) указать отчетливо пациенту на его ценности, подчеркнуть ему, дать ему его смысл</li> <li>2) психотерапевт должен дать ясно понять пациенту, что знает, что</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>

<p>истинно ценно, а что нет, в чем заключается истинный смысл</p> <p>3) внушить пациенту то, что он, психотерапевт, истинно знает как никто, что есть добро, что - зло</p> <p>4) пациента следует направить к его собственной совести</p> <p>5) убедить пациента в том, что его совесть не может ошибаться</p>	
<p>42. К ТРЕМ ИЗВЕСТНЫМ ПРИНЦИПАМ ЛОГОТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ (В.ФРАНКЛ)</p> <p>1) свободная воля и стремление к смыслу</p> <p>2) живой ум психотерапевта</p> <p>3) оптимизм психотерапевта</p> <p>4) порядочность психотерапевта</p> <p>5) верно 2) и 4)</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>43. ПСИХОТЕРАПЕВТ МОЖЕТ ПОМОЧЬ ПАЦИЕНТАМ ИСКАТЬ СМЫСЛ СВОЕЙ ЖИЗНИ (В.ФРАНКЛ)</p> <p>1) ведя групповые философские дискуссии с пациентами</p> <p>2) преподавая группе пациентов экзистенциальный анализ</p> <p>3) внушая лечебную необходимость поисков смысла в гипнотических сеансах</p> <p>4) прибегая лишь к индивидуальному внушению смысла и цели жизни, предписывая пациенту выучить основные элементы учения о смысле своей жизни</p> <p>5) ничего из перечисленного</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>44. ЛОГОТЕРАПИЯ - ЭТО ПОПЫТКА (В.ФРАНКЛ)</p> <p>1) придать смысл жизни пациенту</p> <p>2) помочь пациенту разобраться в характерах людей по особенностям их речи и на основании этого строить с людьми добрые дружеские отношения, смягчая свою душевную напряженность</p> <p>3) помочь пациенту спонтанно найти свой смысл</p> <p>4) придать цель жизни пациенту</p> <p>5) побудить пациента к религиозному переживанию</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>45. Человек обычно находит смысл своей жизни (В.Франкл)</p> <p>1) в совершении какого-либо дела</p> <p>2) в творчестве</p> <p>3) в переживании добра и истины</p> <p>4) во встрече с уникальностью другого человека</p> <p>5) во всем перечисленном</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>46. ГЛАВНАЯ ЗАДАЧА ЛОГОТЕРАПИИ СОСТОИТ (В.ФРАНКЛ)</p> <p>1) в том, чтобы любой ценой устранить страдания</p> <p>2) в том, чтобы помочь превратить неизбежное страдание в нечто осмысленное, в достижение</p> <p>3) в регрессивном стремлении к покорности</p> <p>4) в помощи пациенту в изучении человеческих характеров и поисках своего, уникального, обусловленного характерологическими особенностями жизненного пути</p> <p>в помощи пациенту в поисках своего целебного религиозного мироощущения</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>

Раздел 4. «Психотерапия в клинике различных психических расстройств»

Тестовые вопросы	Код компетенции (согласно
------------------	---------------------------

	РПД)
<p>47. ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОЗОВ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) определяется особенностями клинической картины и течения невроза, а также содержанием психотравмирующей ситуации</li> <li>2) в остром состоянии способствует успокоению, уменьшению внутренней напряженности и тревожных опасений</li> <li>3) при снижении остроты состояния - внушение, направленное на перестройку нарушенных отношений личности, активизирующая психотерапия</li> <li>4) верно 1) и 3)</li> </ol> <p>верно все перечисленное</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>48. ОБЫЧНО СМЯГЧАЮТ ИЛИ УСТРАНЯЮТ ИСТЕРИЧЕСКИЙ МУТИЗМ ВСЛЕДСТВИЕ ИСПУГА:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) внушение в бодрствующем состоянии, гипносуггестивная терапия; эфирная маска Свядоща</li> <li>2) активный самогипноз Э.Кречмера</li> <li>3) методика сократического диалога Рожнова</li> <li>4) все перечисленное</li> <li>5) правильно 2) и 3)</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>49. СУЩЕСТВЕННО ПОМОГАЮТ В СЛУЧАЯХ ЗАФИКСИРОВАВШИХСЯ КОНВЕРСИОННЫХ ИСТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПРИМИТИВНОЙ ЛИЧНОСТИ С РЕНТНОЙ УСТАНОВКОЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) внушение в бодрствующем состоянии</li> <li>2) гипносуггестивная терапия</li> <li>3) протрептика</li> <li>4) методика сократического диалога Рожнова</li> <li>5) терапия творческим самовыражением</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>50. СУЩЕСТВЕННО ПОМОГАЮТ В СЛУЧАЯХ ЗАФИКСИРОВАВШИХСЯ ИСТЕРИЧЕСКИХ ПАРЕЗОВ ВСЛЕДСТВИЕ ТЯЖЕЛОГО ИСПУГА ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кальциевого удара</li> <li>2) эфирной маски Свядоща</li> <li>3) эмоционально-стрессового гипноза Рожнова</li> <li>4) гипноза-отдыха</li> <li>5) протрептики</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>51. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЗА СТРАХА ПОКАЗАНЫ (ПО СВЯДОЩУ):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гипносуггестивная терапия и каузальная психотерапия</li> <li>2) наркопсихотерапия</li> <li>3) эфирная маска Свядоща</li> <li>4) кальциевый удар</li> <li>5) правильно 1) и 2)</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>52. В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ ИСТЕРИЕЙ НЕ СЛЕДУЕТ (ПО КОНСТОРУМУ):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) быть строгим или добрым</li> <li>2) анализировать</li> <li>3) быть лаконичным</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>

<p>4) быть обстоятельным 5) ничего из перечисленного</p>	
<p>53. БОЛЬНОЙ ИСТЕРИЕЙ В БЕСЕДЕ С ПСИХОТЕРАПЕВТОМ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ, ЧТО (ПО КОНСТОРУМУ):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) он несерьезный больной</li> <li>2) его переживания есть нечто, не заслуживающее внимания</li> <li>3) его симптомы - проявления злой воли</li> <li>4) он симулянт</li> <li>5) его болезненные расстройства заслуживают внимания психотерапевта и искреннего желания помочь</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>54. ПСИХОТЕРАПЕВТУ СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬСЯ К БОЛЬНЫМ ИСТЕРИЕЙ (ПО КОНСТОРУМУ):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) как к безусловно страдающим от своих симптомов</li> <li>2) с пренебрежением к их симптомам</li> <li>3) с уважением к механизмам их истерического реагирования</li> <li>4) игнорируя их симптоматику как выдумку, симуляцию</li> <li>5) сочувственно, как к самоотверженным жертвам травмирующей их ситуации</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>55. ВОЗМОЖНО СЕРЬЕЗНО ПОМОЧЬ ПАЦИЕНТУ С ИСТЕРИЧЕСКИМИ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (ПО СВЯДОЦУ):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) полным игнорированием истерического симптома</li> <li>2) полным пренебрежением истерического симптома</li> <li>3) усердным лечением какого-то незначительного неистерического симптома, фиксируя на нем внимание больного, отвлекая от (даже массивно нарушающих функции) истерических расстройств (это-де неважно, это скоро само пройдет)</li> <li>4) прямым внушением; каузальной психотерапией</li> <li>5) правильно все перечисленное</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>56. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФОБИЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отвлечение по Бехтереву; активирование по Консторуму; мотивированное внушение по Платонову</li> <li>2) "просветляющее" внушение по Втюрину</li> <li>3) "кавалерийская противофобическая атака" по Яковлевой</li> <li>4) Кречмеровская протреника</li> <li>5) правильного ответа нет</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>57. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ ПРИЕМАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УПОРНЫХ ФОБИЧЕСКИХ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЯВЛЯЮТСЯ (ПО Н.М.АСАТИАНИ):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) разъяснение и убеждение</li> <li>2) отвлекающая терапия; метод функциональных тренировок, разработанный Леонгардом и Бергман</li> <li>3) внушение по методике Хмельницкого; протреника</li> <li>4) правильно 2) и 3)</li> </ol> <p>все перечисленное</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>
<p>58. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФОБИЧЕСКОГО НЕВРОЗА ВОЗМОЖНО ПРИМЕНИТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ (ПО СВЯДОЦУ):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гипносуггестивной психотерапии</li> <li>2) аутогенной тренировки</li> <li>3) поведенческой психотерапии и рациональной психотерапии</li> <li>4) кальциевого удара</li> </ol>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.</p>

5) все перечисленное	
59. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФОБИЧЕСКОГО НЕВРОЗА ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ (ПО СВЯДОЩУ): 1) каузальной психотерапии 2) методов внушения и самовнушения 3) методов угашения условной связи 4) методов форсированной тренировки 5) эфирной маски Свядоцца	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
60. ДЛЯ УСПЕШНОЙ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ, ИМЕЮЩИМИ СТОЙКИЕ, ДАВНИЕ НАВЯЗЧИВОСТИ, СЛЕДУЕТ (ПО КОНСТОРУМУ): 1) призвать пациента "взять себя в руки", апеллируя к "здравому смыслу" и "силе воли" 2) неустанно доказывать таким пациентам неразумность их навязчивых побуждений 3) практически во всех случаях применять преимущественно суггестию; стараться провести пациенту лечебное внушение в сомнамбулическом гипнозе 4) применять широко куэизм - для прямого устранения или смягчения навязчивостей 5) ни одно из перечисленных	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
61. В СЛУЧАЕ ЯВНОГО ОБОСТРЕНИЯ НАВЯЗЧИВОСТЕЙ В СВЯЗИ С АСТЕНИЗИРУЮЩИМИ МОМЕНТАМИ СЛЕДУЕТ (ПО КОНСТОРУМУ): 1) активировать пациента к разнообразной трудовой, домашней деятельности, указывая, что его состояние не есть истинная усталость 2) заменить ситуацию борьбы больного с навязчивостями (в его сознании) ситуацией болезни (врачебным авторитетом рассматривать навязчивости как, например, острую инфекцию); предоставить больному покой (до постельного режима включительно) 3) врачебно-настойчиво упрекать пациента в его бессилии, поражении в борьбе с навязчивостями 4) не стремиться смягчать внутреннее напряжение пациента для его же блага 5) правильно 1) и 3)	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.

## 6. Критерии оценивания результатов обучения

*Для зачета*

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки

Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

*Для тестирования:*

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Касимова Л.Н., доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии  
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

Дата «    »                    2023г.