

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

СЕКСОЛОГИЯ

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 «Сексология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Сексология». 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 «Сексология» 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,	Текущий,	Раздел 1. Нормальная сексология.	Ситуационные задачи
		Раздел 2. Обследование сексологического пациента.	
		Раздел 3. Сексуальные дисфункции.	
		Раздел 4. Лечение и профилактика сексуальных нарушений.	
	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

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент М., 36 лет, инженер, работает в строительной компании. На работе получил тяжелую травму головы и спинного отдела позвоночника. Был доставлен в фельдшерский пункт, где сделана перевязка, предложено направление на госпитализацию, от которой 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, но постельный режим не соблюдал. Обнаружилось резкое расстройство нарушение потенции, в связи с чем больной госпитализирован. Физическое состояние удовлетворительное. Внутренние органы без патологии. Неврологически: миоз, 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 гемиянестезия. Менингеальных явлений нет. Спинномозговая жидкость: белок 0,33‰, плеоцитоз 25 (лимфоциты). Психическое состояние: Напряжен, раздражителен. Фон настроения снижен. Сообщает о головных болях, слабости, утомляемости. Заостряет внимание на нарушениях потенции, поясняет, что нарушения появились после травмы.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Нарушения потенции в связи с травматическим поражением спинного мозга.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз выставлен на основании наличия нарушений потенции и черепно-мозговой травмы, непосредственно предшествовавшей развитию данного состояния
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Целесообразно проведение МРТ с целью визуализации возможных патологических изменений. С целью выявления гемодинамических и ликвородинамических нарушений необходимо провести реоэнцефалографию. Для отслеживания динамики когнитивных функций – проведение оценочных тестов и шкал.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.

P1	-	План дополнительного обследования составлен частично верно.
P0	-	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, витаминотерапию, ноотропов.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Являются ли приведенные в задаче психические нарушения обратимыми? Какие факторы могут негативно сказаться на прогнозе заболевания?
Э	-	Нарушения потенции травматической этиологии считаются обратимыми. У лиц, злоупотребляющих алкоголем, длительность психических нарушений значительно больше.
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной С., 34 лет. Из анамнеза известно: психическое состояние изменилось 1,5 года назад, когда "началась психологическая атака". Стал говорить, что за ним следят, "собирают компромат". Замечал, что информация о нем становится известной другим людям. в разговорах окружающих слышал "намек", на улице ощущал особые взгляды людей. Уволился с работы, "чтобы охранять квартиру", т.к. считал, что в неё могут проникнуть, установить "жучки". Находил в квартире предметы (например, пуговицу), которые принимал за замаскированные подслушивающие устройства. Большую часть времени проводил дома, при этом чувствовал постоянное воздействие: "искали слабое место", "вынуждали пойти на контакт". Позднее стал чувствовать влияние на свои мысли, тело. Замечал «измененность» своей психики: стал "хуже", "раздражительнее", "они могут менять настроение, путать мысли». На высоте переживаний чувствовал себя "как радиуправляемый", казалось, что "не властен над собой, как будто вселился демон». Вёл со своими преследователями «внутренние диалоги», слышал, как «они требуют полного подчинения», считал, что «должен с ними договориться». При поступлении был напряжен, тревожен, подозрителен. Считал, что «среди врачей могут быть подставные люди», искал скрытый смысл в задаваемых вопросах. Сообщал, что «эрекцией управляют через жучок». Критики к состоянию не наблюдалось.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Шизофрения параноидная, непрерывное течение. Синдром Кандинского-Клерамбо.
P2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен неполностью: диагностирован на симптоматическом уровне, не определено психическое расстройство в соответствии с МКБ-10.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз шизофрении установлен на основании следующих критериев: непрерывности состояния с нарастанием симптомов в течение 1,5 лет, наличия в психическом статусе псевдогаллюцинаций, бреда преследования, воздействия, идеаторных психических автоматизмов, нарушений мышления по шизофреническому типу, сглаженности эмоциональных реакций, отсутствие критики к переживаниям.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны диагностические критерии шизофрении
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительно обследования и дифференциальной диагностики пациента
Э	-	Пациенту должно быть проведено комплексное обследование с проведением ЭЭГ, консультации невролога для исключения органической патологии. Необходимо также провести патопсихологическое обследование для исключения расстройств невротического регистра и подтверждения эндогенного характера нейрокогнитивной дисфункции
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен частично верно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
Э	-	Пациенту показано стационарное лечение и медикаментозная коррекция имеющихся нарушений с использованием нейролептиков, т.к. ведущей является бредовая и галлюцинаторная симптоматика.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Пациент нуждается в амбулаторном лечении нейролептиками.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Через несколько месяцев регулярной терапии пациент не отмечает существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Увеличение дозы принимаемого нейролептика, при неэффективности – смена препарата, перевод на атипичный нейролептик, либо применение методов преодоления резистентности.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.

P1	-	Тактика ведения пациента выбрана частично верно: нуждается в увеличении дозы нейролептиков, присоединении транквилизаторов
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
И	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	<p>Больная Н., 27 лет, служащая.</p> <p>Анамнез жизни: Наследственность не отягощена. Росла и развивалась соответственно возрасту, окончила школу и институт, получив специальность бухгалтера.</p> <p>По характеру спокойная, общительная, ответственная. Употребление алкоголя отрицает.</p> <p>Анамнез заболевания: Со слов больной, впервые заболела в 16 лет, когда отмечались сниженное настроение, тоска, отсутствие желания учиться и встречаться с друзьями, снизился аппетит, была заторможенной и медлительной, «не могла ни на чем сосредоточиться», обвиняла себя в «лени и глупости», высказывала суицидальные мысли.</p> <p>Была госпитализирована в психиатрическую клинику, стационарно лечилась 4 месяца, затем амбулаторно около года.</p> <p>После улучшения состояния окончила школу, поступила в институт, параллельно работала официанткой.</p> <p>Второй эпизод в возрасте 21 года: постепенно снизилось настроение, появилось чувство тоски, снизился аппетит, ухудшился сон, стала пропускать занятия в институте, не общалась с друзьями. Была повторно госпитализирована в психиатрическую клинику, лечилась стационарно 3 месяца.</p> <p>После нормализации состояния окончила институт, работа по специальности.</p> <p>Настоящее ухудшение около трех месяцев, когда стала подавленной, грустной, малоразговорчивой, малоактивной, часто отказывалась от еды, жаловалась на плохой сон, тоску, отсутствие желания заниматься чем-либо, трудности сосредоточения, запоры и головные боли. Обвиняла себя в том, что «создает проблемы окружающим», «на работе отчет, а я здесь – все им испортила». С целью самоубийства приняла большую дозу транквилизаторов, родственниками была вызвана СМП.</p> <p>Психический статус: Настроение снижено. Больная заторможена, медлительна, на вопросы отвечает односложно, после паузы. Голос тихий. Сидит в одной позе, опустив голову, мимика однообразная, скорбная. Сообщает, что не испытывает сексуального желания, из-за чего чувствует себя «неполноценной»</p> <p>Жалуется на тоску, плохой сон, отсутствие аппетита, повторяет «все испортила», «лучше бы меня и вовсе не было». Высказывает суицидальные мысли, обвиняет родственников в том, что «не дали закончить».</p> <p>Соматический статус: Сниженного питания, за 2 месяца похудела на 5 кг. Кожа сухая, тонус снижен. Зрачки расширены. Страдает запорами.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий тяжелый депрессивный эпизод .
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена тяжесть депрессивного синдрома.

P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	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"> 1. Снижение настроения, 2. Ангедония (утрата интересов и удовольствий), 3. Снижение активности, <p>А также дополнительных симптомов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушенный сон, 2. Сниженный аппетит, 3. Снижение способности к сосредоточению и вниманию, 4. Идеи виновности, 5. Попытка суицида. <p>Диагноз рекуррентного депрессивного расстройства поставлен на основании данных анамнеза (два предшествующих депрессивных эпизода и текущий депрессивный эпизод умеренной степени тяжести).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование синдрома иди заболевания.
P0	-	Обоснование полностью не верно.
B	3	Может ли данная пациентка быть госпитализирована в недобровольном порядке? Если да, то на каком основании.
О	-	<p>Пациента может быть госпитализирована в психиатрическую клинику недобровольно в соответствии с действующим законодательством: Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2016), статья 29, пункт а и в, так как пациента несет непосредственную опасность для себя (совершена попытка суицида, высказывает суицидальные мысли) и существенный вред ее здоровью будет нанесен вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.</p> <p>Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2016) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"</p> <p>Статья 29. Основания для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке:</p> <p>Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия либо без согласия одного из родителей или иного законного представителя до постановления судьи, если его психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Обоснование госпитализации дано не полностью, не указаны пункты статьи.

P0	-	Ответ дан не верно.
B	4	Препараты какой группы вы бы рекомендовали пациенту в качестве основной терапии? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Так как пациента страдает от рекуррентного депрессивного расстройства и в настоящий момент имеет симптомы депрессивного эпизода средней степени тяжести, в качестве основной терапии ей показаны антидепрессанты. 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	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Рекуррентное депрессивное расстройство необходимо дифференцировать от биполярного аффективного расстройства (имеют место эпизоды мании или гипомании), депрессивного синдрома при шизофрении (выявляются негативные и продуктивные симптомы шизофрении).
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	-	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	<p>Мужчина, 37 лет, военнослужащий.</p> <p>Анамнез: Служил в «горячих точках» в должности командира взвода. Неоднократно участвовал в боевых операциях. Во время одной из операций подразделение попало в засаду, многие его сослуживцы погибли, сам он получил тяжелое ранение, длительное время лечился.</p> <p>Через несколько месяцев после ранения его стали беспокоить ночные кошмары и страхи, навязчивые воспоминания со сценами боевых действий. Стал замкнутым, раздражительным, напряженным, с трудом сдерживал приступы агрессии. Появились приступы сердцебиения и боли в груди. Стал часто употреблять алкоголь с целью снятия чувства внутреннего напряжения. Обратился к врачу по настоянию жены в связи с приступами раздражения и агрессии.</p> <p>При осмотре: Настроение снижено, раздражительный, вспыльчивый. Фиксирован на своих навязчивых воспоминаниях, кошмарах, воспроизводящих сцены боя и гибели его сослуживцев. Жалуется на нарушения сна, приступы сердцебиения, боли в груди, сопровождаемые страхом, постоянное чувство внутреннего напряжения, которое он пытается снимать алкоголем. Рассказывает, что «чувствует себя чужим», «отстраненным», не чувствует удовольствия от привычных занятий, «не может найти себе место в жизни». Сообщает о значительном снижении либидо, проблемах с эрекцией. Заявляет, что «принимал препараты, но лучше не стало». Заявляет, что из-за нарушений потенции чувствует себя неполноценным.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Посттравматическое стрессовое 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: - данных анамнеза (связь с тяжелым стрессом, симптомы появились через несколько месяцев после него); - данных психического статуса (настроение сниженное, пациент раздражительный, вспыльчивый, жалобы на навязчивые воспоминания, кошмарные сновидения, воспроизводящие сцены сражений, чувство внутреннего напряжения, ангедонию, нарушения социальной жизни, употребление алкоголя с целью снятия чувства внутреннего напряжения).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не указана связь с тяжелым стрессом.
P0	-	Обоснование полностью не верно.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
О	-	Лечение посттравматического стрессового расстройства включает в себя медикаментозные и немедикаментозные методы лечения. Для лечения депрессивной симптоматики используют антидепрессанты, чаще всего – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; нарушении сна и выраженной тревоги – транквилизаторы бензодиазепинового ряда. Немедикаментозные методы включают в себя психотерапию: Релаксационные методы, когнитивно-поведенческая психотерапия, индивидуальная и групповая психотерапия.
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Ответ дан частично, не указана психотерапевтическая помощь.
P0	-	Ответ дан не верно.
В	4	Какой прогноз при данной патологии?
Э	-	ПТСР является труднокурабельной патологией. При соответствующем лечении прогноз является благоприятным, однако некоторые симптомы могут сохраняться в течение всей жизни, затрудняя социализацию. 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.
В	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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 41 год, в течение 2-х лет повторно обращается в медицинские учреждения ко врачам различных специальностей с требованием медицинских обследований и с жалобами на головную боль, боль в спине, в суставах, в животе, изжогу, отрыжку, неприятные ощущения в горле, головокружение, общую слабость, нарушения потенции. Были проведены: ЭКГ, суточный мониторинг ЭКГ и АД, фонокардиография, УЗИ сердца, рентгенография легких, исследование уровня гормонов щитовидной железы и катехоламинов, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, рентгенография шейного отдела позвоночника, МРТ головного мозга, УЗДГ церебральных сосудов, ФГДС, исследование желудочного сока, УЗИ брюшной полости. Пациент был проконсультирован терапевтом, неврологом, эндокринологом, гастроэнтерологом, отоларингологом, мануальным терапевтом, ревматологом. За время наблюдения при многократных обследованиях не было обнаружено объективных доказательств наличия соматической или неврологической патологии. Лечение у терапевта и невролога не дает значительного улучшения. Из-за своей болезни пациент был вынужден уйти на работу с более «щадящим» графиком, не уделяет достаточного внимания семье. При расспросе получена информация, что возникновению жалоб предшествовала тяжелая стрессовая ситуация – смерть близкого друга от онкологического заболевания, однако пациент не видит связи между возникновением своего заболевания и пережитой ситуацией.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Соматизированное расстройство.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: диагностирован на симптоматическом уровне, не определено психическое расстройство в соответствии с МКБ-10.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз соматизированного расстройства установлен на основании повторных обращений пациента с многочисленными разнообразными полисистемными соматическими жалобами, в сочетании с требованиями медицинских обследований, несмотря на наличие объективных доказательств отсутствия соматической болезни. Длительность расстройства не менее 2-х лет, на протяжении которых не было выявлено сколько-нибудь значительной физической причины. Расстройство вызывает нарушение социальной адаптации. Характерно возникновение симптомов на фоне тяжело переживаемой ситуации и исключение пациентом возможности психологической обусловленности симптоматики.
P2	-	Диагноз обоснован верно.

P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны диагностические критерии соматизированного расстройства.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациент был обследован врачами различных специальностей в течение 2-х лет. Ему рекомендовано предоставить результаты проведенных обследований в динамике. Необходимо провести <u>исследование структуры личности</u> и <u>патопсихологическое обследование</u> для исключения аффективных, тревожных, бредовых расстройств.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен частично верно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
Э	-	Пациенту показано патогенетическое психотерапевтическое лечение, т.к. он страдает соматоформным расстройством.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Пациент нуждается в повторных обследованиях для исключения соматической и неврологической патологии, медикаментозном лечении у невролога (сосудистые, успокаивающие препараты, ноотропы) и санаторно-курортном лечении.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Через несколько месяцев регулярной психотерапии пациент не отмечает существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Назначение психотропных препаратов, рекомендованных в соответствии с инструкцией для лечения соматоформных расстройств: антидепрессантов (прежде всего современных, из группы СИОЗС), мягких нейролептиков.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана частично верно: нуждается в приеме транквилизаторов, успокаивающих, ноотропов.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 28 лет, учитель русского языка и литературы в школе. Анамнез: За психиатрической помощью ранее не обращался. Наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие соответствовало возрасту. ДДУ посещал. Был капризным ребенком, всегда добивался от взрослых того, чего хотел, путем истерик и слез. В школу пошел в 7 лет. Учился удовлетворительно. Среди одноклассников и друзей всегда любил находиться в центре внимания, был любимчиком учителей. После окончания школы поступил в педагогический вуз на филологический факультет. Среди одногруппников всегда выделялся, был яркой личностью. После окончания вуза устроился на работу в школу учителем русского языка и литературы. С работой справлялся. 2 года назад ему впервые было предложено взять выпускные классы для подготовки к ЕГЭ. Согласился. Тогда же впервые появились жалобы на головные боли, ощущения перебоев

		<p>в работе сердца. Обследовался у терапевта, невролога и кардиолога. Патологии не было выявлено. Однако симптомы продолжали беспокоить, то исчезая совсем, то появляясь вновь. Постепенно набор симптомов расширялся. К ним присоединились покалывания в области сердца, приступы учащенного сердцебиения, одышки, боли в эпигастральной области, тяжесть в правом подреберье, тошнота, чередование запоров и жидкого стула, боли в пояснице, ощущения «мурашек» в стопах, сексуальная дисфункция и др. Многократно обследовался у терапевтов, кардиологов, неврологов, гастроэнтерологов. Несмотря на то, что данные специалисты не находили патологии, требовал проведения повторных исследований. Многократно менял лечащих врачей. На работе стал часто отпрашиваться на прием к врачу, брал отгулы, уходил в административный отпуск, подготовкой к экзаменам своих учеников практически не занимался, говорил, что сначала должен разобраться со своим здоровьем. При получении рекомендаций обратиться к психиатру раздражался, исключал возможность психогенного происхождения данных симптомов. Согласился на консультацию психиатра, чтобы доказать другим врачам, что он психически здоров.</p> <p>Психический статус: Выглядит напряженно. В контакт вступает неохотно. На вопросы отвечает формально. При попытке связать жалобы с психогенными причинами раздражается, начинает эмоционально доказывать, что при объективных обследованиях у него выявлялись нарушения. Показывает заключение дуоденального зондирования, холецистографии, где выявлены нарушения по типу дискинезии желчных путей, заключение ЭКГ, где выявлена тахикардия и дыхательная аритмия. Соглашается, что тревога может провоцировать соматические симптомы, но категорически отрицает такую возможность в своем случае. Фон настроения несколько снижен. Мышление без патологии. Острой психотической симптоматики нет. Суицидальные мысли отрицает. Сон, аппетит достаточны.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Соматизированное расстройство.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно указан вид соматоформного расстройства.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Многочисленные, повторные, часто меняющиеся соматические симптомы, в т.ч. 4 болевых, 2 гастроинтестинальных, 1 нарушение сексуальной сферы, 1 псевдоневрологический. 2. Продолжающиеся требования медицинских обследований, несмотря на наличие объективных доказательств в отсутствие соматических болезней, возможно обнаружение функциональных нарушений внутренних органов (тахикардия, дискинезия желчных путей и др.). 3. Длительность не менее 2 лет, на протяжении которых не было выявлено сколько-нибудь значительной физической причины. 4. Нарушение социальной адаптации.

P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не указана длительность и/или не указано нарушение социальной адаптации.
P0	-	Обоснование полностью не верно.
B	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
O	-	Медикаментозное: антидепрессанты, чаще всего из группы СИОЗС, возможно применение атипичных нейролептиков. Немедикаментозное: психотерапия (когнитивно-поведенческая, релаксационная, индивидуальная и групповая и др.).
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 хорошей комплаентности пациента, длительной психотерапевтической поддержке, разрешении внутренних конфликтов, снижении трудовой нагрузки прогноз является благоприятным. При низкой комплаентности, отсутствии психотерапии и неразрешимых конфликтах лечение оказывается не всегда эффективным.
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, ипохондрическим расстройством, соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы, а также с сознательной симуляцией. Основным диагностическим критерием является многочисленность меняющихся симптомов, относящихся к множеству органических систем и отсутствие соматической патологии при объективном обследовании.
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина, 35 лет, на приеме совместно с супругом. Анамнез: За психиатрической помощью ранее не обращался. Наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие соответствовало возрасту. ДДУ посещала. Была капризным ребенком, демонстративным, воспитана по типу «кумира семьи». В школе и среднем специальном учебном заведении училась посредственно, «искала достойного мужа». Первый брак в 19 лет, распался через 1,5 года, причиной развода объясняет «плохие семейные отношения». Повторно брак в 25 лет. Состояние изменилось около 3 месяцев назад после рождения 2 ребенка. При осмотре: Раздражительна, плаксива. Многоречива. Демонстративна.

		Внешний вид ухоженный. Запас школьных знаний низкий. Заявляет, что «ничего не хочется после родов», часто конфликтует с мужем, поясняет: «муж все время занят с детьми, не уделяет внимания, не хочет выслушать». Суждения инфантильные. Со слов мужа, детьми занимается мало, переживает, что поправилась после вторых родов, часто конфликтует.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Психогенная сексуальная дисфункция на фоне истерической акцентуации характера.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно указан вид соматоформного расстройства.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании: 1. Возникновение после вторых родов, 2. Признаков истерической акцентуации характера.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не указана длительность и/или не указано нарушение социальной адаптации.
P0	-	Обоснование полностью не верно.
В	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
О	-	Медикаментозное: антидепрессанты, чаще всего из группы СИОЗС, возможно применение атипичных нейролептиков. Немедикаментозное: психотерапия (когнитивно-поведенческая, релаксационная, индивидуальная и групповая и др.).
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Ответ дан частично: не указана психотерапевтическая помощь.
P0	-	Ответ дан не верно.
В	4	Какой прогноз при данной патологии?
Э	-	При хорошей комплаентности пациента, длительной психотерапевтической поддержке, разрешении внутренних конфликтов, снижении трудовой нагрузки прогноз является благоприятным. При низкой комплаентности, отсутствии психотерапии и неразрешимых конфликтах лечение оказывается не всегда эффективным.
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью.
P0	-	Ответ неверный полностью.
В	5	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Дифференциальную диагностику следует проводить с соматическими заболеваниями, ипохондрическим расстройством, соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы, а также с сознательной симуляцией.

		Основным диагностическим критерием является многочисленность меняющихся симптомов, относящихся к множеству органических систем и отсутствие соматической патологии при объективном обследовании.
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.

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 «Сексология»:

Раздел 1. Нормальная сексология

Тестовые вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
1. В ПОЛОВОМ ВЛЕЧЕНИИ МУЖЧИНЫ ВЫЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО): а) мозговой б) селективный в) энергетический г) синергический д) правильно б) и в)	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
2. УСТАНОВЛЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СТАДИИ РАЗВИТИЯ ЛИБИДО У МУЖЧИНЫ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО): А) ЭРОТИЧЕСКАЯ б) сексуальная в) романтическая г) понятийная; платоническая д) все перечисленное	
3. РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СТАДИИ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА МУЖЧИНЫ, КРОМЕ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО): а) состояния предварительной нейрогуморальной готовности б) психической стадии в) копулятивной стадии г) эрекционной д) рефрактерной	
4. ОСНОВНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ЖЕНСКОЙ СЕКСУАЛЬНОСТИ В ОТЛИЧИЕ ОТ МУЖСКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ: а) тенденция к "застреванию" в эротической фазе б) возможность при глубокой взаимной привязанности довольствоваться	

<p>satisfactio sine orgasmo в течение многих лет</p> <p>в) первые оргастические ощущения тесно связаны с периодом полового созревания и никогда не возникают раньше</p> <p>г) правильно а) и б)</p> <p>д) ничего из перечисленного</p>	
<p>5. ПРИЗНАКАМИ НОРМАЛЬНОЙ ЖЕНСКОЙ СЕКСУАЛЬНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ (ПО ВАСИЛЬЧЕНКО):</p> <p>а) верификация</p> <p>б) lubrication</p> <p>в) copulation</p> <p>г) stagnation</p> <p>д) ejaculation</p>	
<p>6. СЕКСУАЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА</p> <p>а) с внутренним напряжением, обусловленным действием специфического сексуального токсона</p> <p>б) с периодически возникающим спонтанным желанием, подобным голоду или жажде</p> <p>в) с биофизиологическим состоянием организма</p> <p>г) с постоянно нарастающей сексуальной энергией</p> <p>д) с процессом обучения и сексуальным опытом</p>	
<p>7. ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПОЛ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ</p> <p>а) по исследованию эякулята</p> <p>б) по тестам функциональной диагностики</p> <p>в) по относительному соотношению и абсолютным количествам половых гормонов, характерных для определенного пола</p> <p>г) по развитию вторичных половых признаков в соответствии с определенным уровнем гормонов</p> <p>д) по циклическому типу регуляции гонадотропных гормонов</p>	
<p>8. ДЛЯ МУЖСКОЙ СЕКСУАЛЬНОСТИ СВОЙСТВЕННО</p> <p>а) преобладание сексуального компонента влечения</p> <p>б) преобладание эротического компонента влечения</p> <p>в) период юношеской гиперсексуальности</p> <p>г) большая избирательность либидо</p> <p>д) все выше перечисленное</p>	
<p>9. ПОВЫШЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ НЕ ОКАЗЫВАЕТ ТОРМОЗЯЩЕЕ ВЛИЯНИЕ НА СЕКСУАЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ МУЖЧИН</p> <p>а) лютеинизирующий гормон</p> <p>б) пролактин</p> <p>в) АКТГ</p> <p>г) тиреотропный гормон</p> <p>д) соматотропный гормон</p>	
<p>10. В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЭРЕКЦИИ НЕ ОТМЕЧАЮТСЯ ФАЗЫ</p> <p>а) фаза напряжения</p> <p>б) фаза набухания</p>	

<p>в) фаза детумесценции г) фаза эрекции д) фаза покоя</p>	
<p>11. СТАДИИ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА ЖЕНЩИНЫ</p> <p>а) нейрогуморальная, психическая, фрикционная, оргастическая б) нейрогуморальная, психическая, оргастическая, рефрактерная в) психическая, фрикционная, оргастическая, рефрактерная г) психическая, генитосегментарная, оргастическая, фрикционная д) генитосегментарная, фрикционная, оргастическая, рефрактерная</p>	

Раздел 2. Обследование сексологического пациента

Тестовые вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
<p>12. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СЕМЕЙНО-СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ ПРИНЦИПИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ:</p> <p>а) сексуальная патология у одного из супругов б) сексуальная патология у обоих супругов в) отсутствие сексуальной патологии у супругов г) половые извращения у супругов д) ничего из перечисленного</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9</p>
<p>13. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОЛОВОЙ КОНСТИТУЦИИ ЖЕНЩИНЫ НЕ УЧИТЫВАЕТСЯ</p> <p>а) возраст пробуждения сексуального влечения б) возраст менархе в) возраст первого оргазма г) трохантерный индекс д) характер оволосения лобка</p>	
<p>14. ДАЙТЕ ПРАВИЛЬНОЕ НАЗВАНИЕ ПРОЦЕДУРЕ, ПРИ КОТОРОЙ ПРОИЗВОДИТСЯ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ПОЛОВОЙ ЧЛЕН, НАХОДЯЩИЙСЯ В АСПИРАТОРЕ (КОЛБЕ), КОЛЕБАНИЯМИ ДАВЛЕНИЯ ВОЗДУХА</p> <p>а) локальное отрицательное давление б) локальная декомпрессия в) пневмомассаж г) ЛОД-терапия д) вакуум-массаж</p>	
<p>15. МЕТОД СТРУКТУРНОГО АНАЛИЗА ПОЛОВЫХ РАССТРОЙСТВ:</p> <p>а) противостоит системному подходу б) основывается на рефлексологии В.Бехтерева в) представляет совокупность диагностических алгоритмов в сексопатологии г) основывается на теории относительности А.Эйнштейна д) правильно б) и г)</p>	
<p>16. ГОРМОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ, НЕ ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ НАРУШЕНИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА</p>	

<p>а) эстрогенная б) протестероновая в) андрогенная г) с гонадотропином д) с кломидином</p>	
<p>17. СЕКСОПАТОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ СЕКСУАЛЬНОЙ ГАРМОНИИ - ЭТО АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ</p> <p>а) социального и сексуально-поведенческих компонентов б) социального, психологического, социально-психологического, сексуально-поведенческих, психофизиологического, физиологического компонентов в) сексуально-поведенческого и психофизиологического компонентов г) психофизиологического и сексуально-поведенческого компонентов д) все ответы неверны</p>	
<p>18. УКАЖИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БИОПСИИ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ТКАНИ</p> <p>а) стойкая аспермия б) опухоль яичка в) анэякуляторный синдром г) гемоспермия д) пиоспермия</p>	
<p>19. МОЖНО ВЫЯВИТЬ ПРИ ОСМОТРЕ СЕКСОПАТОЛОГОМ</p> <p>а) несоответствие реальной программы интимной близости каждого из партнеров сексуальным ожиданиям другого б) возрастная ("противоположная") динамика сексуальных проявлений у мужчин и женщин в) преобладание потребности в сексуальных отношениях над потребностью психологической г) неспособность обеспечить продуктивный диалог и резонансное общение д) несоответствие половых конституций (сочетание сильной и очень слабой половой конституции)</p>	
<p>20. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НАРУШЕНИЙ У СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ НЕОБХОДИМО</p> <p>а) провести полное сексологическое обследование мужчины б) провести полное сексологическое обследование женщины в) сопоставить синдромологические сочетания, отраженные в структурных решетках, и оценить прогноз каждого партнера г) выявить совпадающие, дополняющие и диссонирующие компоненты структур личности обоих партнеров д) все перечисленное</p>	
<p>Раздел 3. «Сексуальные дисфункции»</p>	
<p>Тестовые вопросы</p>	<p>Код компетенции (согласно РПД)</p>
<p>21. СЕКСОПАТОЛОГИЯ – ЭТО:</p> <p>а) медицинская сексология б) область клинической медицины, изучающая половые расстройства</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8,</p>

<p>в) раздел урологии г) раздел психиатрии д) правильно а) и б)</p>	ПК-9 .
<p>22. ОСНОВНЫМИ ТИПАМИ НЕПРОДУКТИВНОГО СУПРУЖЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ (ПО Т.МИШИНОЙ), ИМЕЮЩИМИ СЕРЬЕЗНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ СЕКСОПАТОЛОГИИ, ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>а) "оголтелая ненависть друг к другу" б) "соперничество" в) "псевдоповелительство" г) "псевдосотрудничество" д) правильно б) и г)</p>	
<p>23. СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА МОГУТ ИМЕТЬ ВСЕ ВИДЫ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА, КРОМЕ</p> <p>а) психастенической б) сенситивной в) гипертимный г) астеноневротической д) шизоидной</p>	
<p>24. МУЖЧИНА 60 ОБРАТИЛСЯ К УРОЛОГУ С ЖАЛОБОЙ НА ЭПИЗОДИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ ЭРЕКЦИИ. ПРИ УЗИ-ОБСЛЕДОВАНИЕ ВЫЯВЛЕНО НАРУШЕНИЕ КРОВОТОКА В ПОЛОВОМ ЧЛЕНЕ. ОККЛЮЗИЯ, КАКИХ АРТЕРИЙ НЕ МОЖЕТ ВЕСТИ К НАРУШЕНИЮ ЭРЕКЦИЙ?</p> <p>а) наружная подвздошная артерия б) бифуркация аорты в) пениальная артерия г) общая подвздошная артерия д) внутренняя подвздошная артерия</p>	
<p>25. ПАЦИЕНТЫ С ФОБИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ МОГУТ ИМЕТЬ ВСЕ ВИДЫ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ, КРОМЕ</p> <p>а) отказ от попыток половой близости б) несоответствия масштаба переживаний тяжести расстройства в) в качестве возможной причины расстройства пациенты часто указывают на мастурбацию в подростковом возрасте г) персевераторно-обсессивная мастурбация д) нарушение стереотипа сексуальной близости</p>	
<p>26. ИСТОЧНИКОМ СТРЕССА (СТРЕССОРОМ) МОЖЕТ БЫТЬ</p> <p>а) длительное воздействие вибрации б) ионизирующее облучение в) переохлаждение г) эмоциональное негативное воздействие д) все перечисленное</p>	
<p>27. К ВРАЧУ ОБРАТИЛСЯ ПАЦИЕНТ С ФИБРОПЛАСТИЧЕСКОЙ ИНДУРАЦИЕЙ ПОЛОВОВОГО ЧЛЕНА (ФИПЧ). У ПАЦИЕНТА ОТМЕЧАЕТСЯ НАРУШЕНИЕ ЭРЕКЦИИ. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ НЕ МОГУТ ПРИНИМАТЬ УЧАСТИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ НАРУШЕНИЙ ЭРЕКЦИЙ ПРИ ФИПЧ?</p>	

<p>а) боли в половом члене б) выраженное искривление полового члена в) усиление венозного оттока в связи с изменениями в белочной оболочке полового члена г) невротические реакции, связанные с возникающими изменениями д) распространение фибропластического процесса на предстательную железу и ее склерозирование</p>	
<p>28. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА</p> <p>а) шизофрении б) черепно-мозговых травмах в) психозах позднего возраста г) сосудистых поражениях головного мозга д) опухолях мозга</p>	
<p>29. МНИМЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА С ВОЗВЕДЕНИЕМ НА СЕБЯ ВООБРАЖАЕМЫХ ИЗЪЯНОВ ЧАЩЕ РАЗВИВАЮТСЯ</p> <p>а) у сенситивных личностей б) у психопатов возбудимого круга в) у творческих личностей г) у психопатов тормозимого круга д) у истероидных личностей</p>	
<p>30. В КЛИНИКЕ СЕКСУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ВСТРЕЧАЮТСЯ ВСЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, КРОМЕ</p> <p>а) эмоциональных расстройств б) невротических расстройств в) расстройств сознания г) бредовых расстройств д) деперсонализационно-дереализационных расстройств</p>	
<p>31. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ СЕКСУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДЕПРЕССИВНОМ И ИПОХОНДРИЧЕСКОМ НЕВРОЗАХ</p> <p>а) нарушения могут развиваться на фоне эпилептоидной акцентуации характера б) чаще развиваются на фоне психастенической акцентуации характера в) развиваются на фоне гипертимной акцентуации характера г) могут развиваться у мужчин после перенесенного уретрита д) могут развиваться как ятрогения</p>	
<p>32. СЕКСУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ МОГУТ НАЧИНАТЬСЯ</p> <p>а) до начала алкоголизации б) на 1-й стадии алкоголизма в) на 2-й стадии алкоголизма г) на 3-й стадии алкоголизма д) все перечисленное</p>	
<p>33. БОЛЬНОЙ 32 ЛЕТ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛИ ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ</p>	

<p>ГЛУБОКО В ТАЗУ, В ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ, НОЮЩЕГО ХАРАКТЕРА, УСИЛЕНИЕ ЕЕ ПРИ ЗАПОРАХ. БОЛЬ ТАКЖЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ И ПОСЛЕ СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЯ, ПРОДОЛЖАЯСЬ 1-3 ЧАСА. ПЕРИОДИЧЕСКИ ИМЕЕТ МЕСТО ГЕМАТОСПЕРМИЯ.</p> <p>ДИАГНОЗ</p> <p>а) Рак семенного пузырька б) Камень предстательной железы в) ДГПЖ г) Хронический неспецифический простатит д) везикулит.</p>	
<p>34. ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ У МУЖЧИН НЕ НАБЛЮДАЮТСЯ</p> <p>а) гипогонадизм (атрофия яичек) б) феминизация (гинекомастия, уменьшение оволосения на теле) в) снижение экскреции 17-КС, повышение эстрогенов г) повышение уровня пролактина в плазме д) предрасположенность к возникновению приапизма</p>	

Раздел 4. «Лечение и профилактика сексуальных нарушений»

Тестовые вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
<p>35. ПРИ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОГЕННОЙ ИМПОТЕНЦИИ ВЕДУЩЕЕ ПРИНАДЛЕЖИТ (ПО Н.ИВАНОВУ):</p> <p>а) гипносуггестивной терапии б) разъяснительной терапии в) психической саморегуляции с элементами гейшизма г) суггестивной терапии онанизма в бодрствующем состоянии д) правильно а) и в)</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9</p>
<p>36. КАКОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СПИННОГО МОЗГА ИЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАИМЕНЕЕ ОПРАВДАНЫМ</p> <p>а) психотерапия б) половые гормоны в) иглорефлексотерапия г) средства, улучшающие нервную проводимость (стрихнин, прозерин и т.п.) д) пневмомассаж полового члена</p>	
<p>37. ДЛЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДИСГАРМОНИИ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ</p> <p>а) рациональной психотерапии б) коллективной психотерапии в) секс-терапии г) семейной психотерапии д) супружеской психотерапии</p>	
<p>38. ПРИ РАБОТЕ С СЕКСОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ ПСИХОЛОГ МОЖЕТ ПРОВОДИТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p>	

<p>а) психотерапии б) исследования личности в) психологической коррекции и адаптации пары г) патопсихологического исследования д) выдачи заключения о направленности полового влечения</p>	
<p>39. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ СМЕНЫ ГРАЖДАНСКОГО ПОЛА И ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) психические заболевания б) гомосексуализм в) перверсии г) наличие семьи и детей д) все перечисленно</p>	
<p>40. ВНУШЕНИЕ ПРИ СЕАНСЕ ПСИХОТЕРАПИИ ОБЫЧНО ДЕЙСТВУЕТ ТЕМ СИЛЬНЕЕ, ЧЕМ</p> <p>а) критичнее пациент относится к тому, что ему внушают б) спокойнее, будничнее держится психотерапевт в) тоньше, глубже размышление пациента о механизме совершающегося с ним в это время г) сильнее охвачен пациент страхом д) более пациент склонен к психоаналитической терапии</p>	

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.