

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

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

### **ПСИХОСОМАТИКА**

Специальность 31.08.20 Психиатрия  
*код, наименование*

Кафедра: психиатрии

Форма обучения очная

Нижний Новгород  
2024

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Психосоматика» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Психосоматика». 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 «Психосоматика» 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
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-10, ПК-11	Текущий,	Раздел 1. Общая психосоматика	Ситуационные задачи
		Раздел 2. Частная психосоматика	
	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: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-10, ПК-11

## А ВОПРОСЫ

психиатрический анамнез не отягощен. Рос и развивался соответственно возрасту. Посещал ДДУ, адаптировался хорошо, учиться нравилось. В период сессий на фоне психоэмоционального напряжения становился раздражительным, мучился своим долгом помогать людям. В связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в мире профессионального характера, долгое засыпание и частые ночные просыпания, периодические эпизоды паники, раздражительность, сниж

ежный. В беседе с врачом делится переживаниями, ищет помощи. Эмоционально сглажен. Жалуется на кошмарные сновидения несколько снижен. Мышление без грубых нарушений. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики нет. Агр

ного характера, долгое засыпание и частые ночные просыпания, периодические эпизоды паники, раздражительнос

ментозные методы.

методы лечения, в тяжелых случаях включается фармакотерапия.

и строгий режим труда и отдыха. Важно соблюдение правильного распорядка дня, отход ко сну и пробуждение в од

ельная психотерапия и аутогенные тренировки.

д, нитразепам; при нарушениях сна — снотворные средства: зопиклон, золпидем. При лечении гипостенической формы не

рень аралии маньчжурской, пантокрин.

йствует как антидепрессант и оказывает стимулирующее воздействие на нервную систему, поэтому применяется при гипосте

гиперстенической

вой ответ.

неза, хроническая лучевая болезнь.

ении, шизотипическое расстройство.

ли проведен только с одним заболеванием.

## 1А ВОПРОСЫ

ленной ситуацией. Нарушился сон, стал поздно засыпать, часто просыпаться. Появились соматические жалобы в виде головных болей, вызванных жалобами, однако патологии сердца выявлено не было, отмечена тревожность и чрезмерная озабоченность здоровьем. Чувствовал постоянное внутреннее беспокойство, скованность, мышечное напряжение. Переживал, что всерьез болен, соматической патологии не было выявлено, рекомендована консультация психиатра.

ной личности верно. Фон настроения несколько снижен, тревожен. Активно жалуется на возникающие приступы тревоги, о чем возможно болен заболеванием сердца, часто размышляет о возможных осложнениях. Рассказывает о внутреннем дискомфорте. Внимание недостаточно устойчивое. Критика частичная. Наличие суицидальных мыслей отрицает. Обманов восприятия нет.

ность, мышечное напряжение) не ограничивающаяся какими-либо определенными обстоятельствами тревога;

сердцебиения, потливость, дрожь, головокружение, наличие мыслей, опасений о возможном заболевании сердца, на

### Медикаментозные методы.

е основных симптомов – хронического беспокойства, мышечного напряжения, вегетативной гиперактивации и на фоне повышенной тревожности и что сама тревожность – это не «естественная реакция на стрессы», а болезненное состояние, которое лечат (психотерапевтические методы, психологическая и релаксационные техники) и медикаментозная терапия. Для лечения обычно назначают антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, однако их применение ограничивается значимыми нежелательными эффектами

свидетельствующие о более благоприятном прогнозе: позднее начало расстройства; незначительная выраженность симптомов; наличие социальной поддержки; наличие коморбидных психических расстройств; пол – мужчины менее подвержены

и проведен только с одним заболеванием.

## 1.1. ВОПРОСЫ

тягощена. Родилась в республике Дагестан. Воспитывалась в ортодоксальной патриархальной семье с абсолютным главенством отца. Отец находится на домашнем обучении по настоянию отца. В 11 лет впервые во время семейной ссоры, когда отец кричал на мать и забивал ее, родители, забывших о ссорах. Постепенно мышечная сила восстановилась. К врачам не обращались. В дальнейшем подобно. Была осмотрена неврологом: Общемозговой и менингеальной симптоматики не выявлено. Функции ЧМН не нарушены. В ве нет. Все виды чувствительности нижних конечностей сохранены. Функции тазовых органов не нарушены. По результатам МРТ

позе с опорой на ноги. Предъявляет жалобы на мышечную слабость в ногах, невозможность ходить. Во время беседы часто прерывается. Пациентка не понимает. Фон настроения несколько снижен. Мышление без патологии. Острой психотической симптоматики нет.

контравмирующими событиями, кроме того, совершенно очевидно, что потеря функции является выражением эмоционально-психотравмирующего заболевания.

отравмы.

контравмирующими событиями.

ные методы.

ользование ТЦА и транквилизаторов.

рупповая и др.);

их двигательных расстройств возможно формирование атрофии, контрактур и проч.

ей, т.к. в основе лежит «выгодность» болезни. При быстром разрешении психотравмы и соответствующем лечении прогноз благоприятный, но возможно формирование атрофии, контрактур и проч., что еще больше затрудняет восстановление больных и ухудшает прогноз.

ет.

центральной и периферической нервной системы (травмы, опухоли, инфекционные заболевания (в т.ч. полиомиелит), аутоиммунные заболевания).

ыми психотравмирующими событиями и отсутствие соматической патологии при объективном обследовании.

веден только с одним заболеванием.

...

...

**1А ВОПРОСЫ**

психологически не отягощена. Раннее развитие соответствовало возрасту. ДДУ посещал. Был капризным ребенком, всегда добивался внимания учителей. После окончания школы поступил в педагогический вуз на филологический факультет. Среди одноклассников предложено взять выпускные классы для подготовки к ЕГЭ. Согласился. Тогда же впервые появились жалобы на головные боли, головокружения, тошноту, слабость, потливость, учащенное сердцебиение. Постепенно набор симптомов расширился. К ним присоединились поносы в области сердца, приступы учащенного сердцебиения, сексуальная дисфункция и др. Многократно обследовался у терапевтов, кардиологов, неврологов, гастроэнтерологов. Несмотря на лечение, брал отгулы, уходил в административный отпуск, подготовкой к экзаменам своих учеников практически не занимался, госпитализаций не было. Симптомы не уменьшались. Согласился на консультацию психиатра, чтобы доказать другим врачам, что он психически здоров. Психиатр отвечает формально. При попытке связать жалобы с психогенными причинами раздражается, начинает эмоционально доказывать свою правоту. Проведены УЗИ желчных путей, заключение ЭКГ, где выявлена тахикардия и дыхательная аритмия. Соглашается, что тревога может быть причиной симптомов. Суицидальные мысли отрицает. Сон, аппетит достаточны.

гва.

головных, 2 гастроинтестинальных, 1 нарушение сексуальной сферы, 1 псевдоневрологический. Отсутствие объективных доказательств в отсутствие соматических болезней, возможно обнаружение функциональных нарушений внутренних органов, но без значительной физической причины.

не социальной адаптации.

ные методы.

ление атипичных нейролептиков.  
(индивидуальная и групповая и др.).

при разрешении внутренних конфликтов, снижении трудовой нагрузки прогноз является благоприятным. При низкой комплаентности прогноз неблагоприятный.

ет.

ипохондрическим расстройством, соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы, а также с сознательной симуляцией симптомов, относящихся к множеству органов систем и отсутствие соматической патологии при объективном обследовании.

веден только с одним заболеванием.

**1А ВОПРОСЫ**

а, страх усиливается при переходе улиц, посещении парка, через который пролегает ее путь на работу. Живя недалеко от мест  
Во время страха возникают дрожь в ногах, растерянность, ощущения головокружения, «все расплывается перед глазами», стра  
аналитической работы осознала свой страх как опасение, что ее увидят вместе свиданий с возлюбленным, который обыкновен

ением тревоги, а не быть вторичными по отношению к другим симптомам, таким, как бред или навязчивые мысли;  
из следующих ситуаций: толпа, общественные места, передвижение вне дома и путешествие в одиночестве;

ет.

бии была отчетливая депрессия, а также органическим тревожно-фобическим расстройством. При депрессивном эпизоде  
сессивно-компульсивном расстройстве

веден только с одним заболеванием.

ного процесса экспозиционной терапии в сочетании с когнитивной терапией и, иногда, препаратами антидепрессантного  
вышают уровень серотонина: сертралин, пароксетин и флуоксетин. Лечение для агорафобии и приступов паники ничем не р

те другие примеры из этой группы

я)

**1А ВОПРОСЫ**

ронавируса больница, в которой она работала, продолжала прием экстренных больных. В одну из смен ночью в отделение по  
е маски. На следующее утро медсестрам сообщили, что на работу в течение 14 дней они не выходят, соблюдают карантин, так  
с. Мазки медперсонала пришли отрицательные. Однако с этого времени больную О. стала преследовать мысль о том, что она  
лько сильным, что она была вынуждена пойти сдавать анализ платно. Результаты были отрицательными, однако страх не прох  
ли симптомы и несколько мазков были отрицательны, ей было отказано. Пациентку стали беспокоить сердцебиение, тошнота  
илась за помощью к психиатру.

себя тяжелое, прогрессирующее заболевание или несколько заболеваний. Пациент предъявляет устойчивые соматические жалобы; он сосредоточивает свое внимание обычно только на одном-двух органах или системах организма. Часто присутствуют выраженные

антиях прав граждан при ее оказании"

психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке:

инскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия либо без согласия законного представителя. Данное расстройство является тяжелым и обуславливает:

жизненные потребности, или

и лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

ивно-тревожного расстройства и его уровня (шкала тревоги и депрессии HADS). Экспериментально-психологическое обследование

е методы. Прогноз: трудовая экспертиза.

е лечение: бензодиазепиновые транквилизаторы не более 2 месяцев (диазепам 20 мг в сутки, алпрозолам 2 мг в сутки, грандиохин до 150 мг в сутки). Нейролептики (хлорпротиксен 100 мг в сутки, сульпирид 200 мг, тиоридазин 20 мг). Немедикаментозная психотерапия полностью.

## ВА ВОПРОСЫ

ли школу. Во время посещения ДДУ много капризничала, постоянно пыталась найти повод остаться дома. В школу пошла с 7 лет. В школу очень переживала...там дети эти...не нравились они мне...боялась я их наверное». По приходу в школу часто обращалась к маме.

Несколько недель пациентка отказывалась принимать пищу «Просто не было аппетита», была подавлена, малообщительна, но не агрессивна. После смерти отца пациентка начала испытывать страх заразиться COVID19, из-за чего полностью отказалась от выхода из дома, еду не принимала, стало не хватать...вернулась домой». Была вызвана скорая, но никаких соматических нарушений выявлено не было.

анена. Внешне опрятна, мимика бедная, взгляд изможденный. Внешний вид опрятный. Взоровый контакт поддерживает. В беседе не агрессивна. Причины тревоги объясняет, как «Страшно, что снова станет плохо и мне никто не поможет...так вот и умру». Так же не агрессивна. Мент осмотра отрицает. Аппетит снижен. Внимание недостаточно устойчивое. Критика к своему состоянию частичная.

сти тревоги связью с пребыванием вне дома, в общественных местах, страхом остаться в беспомощном состоянии, избегающи

ные методы.

льзованы антидепрессанты различных групп (СИОЗС и СИОЗСН) для купирования тревоги и транквилизаторы бензодиаз

ская психотерапия, релаксотерапия, аутогенная тренировка), однако учитывая специфику пациентки необходимо рассмотре

тика исчезает в течение 2-3 месяцев.

### 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 «Психосоматика»:

Раздел 1. Общая психосоматика.

Тестовые вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
<p>1. ОСНОВНЫМИ ЛИЧНОСТНЫМИ ЧЕРТАМИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ПО Ф.АЛЕКСАНДЕРУ) ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>а) враждебная настроенность, сочетающаяся с выраженным контролем и подавлением агрессивных тенденций поведения</p> <p>б) паранойяльность</p> <p>в) сенситивность</p> <p>г) аутистичность</p> <p>д) демонстративность</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-10, ПК-11
<p>2. ТИПИЧНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ПО Ф.АЛЕКСАНДЕРУ) ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:</p> <p>а) тщеславия</p> <p>б) агрессивности</p> <p>в) ранимости</p> <p>г) робости</p> <p>д) впечатлительности</p>	

<p>3. "КОРОНАРНЫЙ ЛИЧНОСТНЫЙ ТИП" (Ф.ДАНБЭР) ОБНАРУЖИВАЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) скрытность, способность сдерживаться</li> <li>б) синтонность</li> <li>в) гипоманиакальность</li> <li>г) неспособность контролировать свои эмоции</li> <li>д) астеничность</li> </ul>	
<p>4. К ЛИЧНОСТНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОТНОСЯТСЯ (ПО В.ОСЛЕРУ):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) невротичность и сенситивность</li> <li>б) тягостное чувство неполноценности</li> <li>в) честолюбие, энергичность с уверенностью в своих силах</li> <li>г) правильно а) и б)</li> <li>д) все перечисленное</li> </ul>	
<p>5. СУЩЕСТВО ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ Ф.ДАНБЭР СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) эмоциональное напряжение, вызывающее соматические расстройства, обусловлено прежде всего особенностями личности пациента</li> <li>б) определенные эмоциональные конфликты патологически "инфицируют" определенные органы</li> <li>в) соматические болезни возникают в результате стойкого переживания человеком своей соматической неполноценности</li> <li>г) соматические болезни обусловлены прежде всего невозможностью человека достаточно полно самоактуализироваться</li> <li>д) по сути дела, в том же, в чем существо психосоматической концепции В.М.Бехтерева</li> </ul>	
<p>6. ПО Ф.АЛЕКСАНДЕРУ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) регрессия к детскому страху перед разлукой с матерью</li> <li>б) напряжение бронхиального дерева в связи с длительным нервным расстройством</li> <li>в) регрессия в младенчество с желанием быть накормленным</li> <li>г) хронические заболевания легких</li> <li>д) особый "профиль личности"</li> </ul>	
<p>7. "ПСИХОСОМАТИКА" В ШИРОКОМ СМЫСЛЕ СЛОВА – ЭТО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) психотические расстройства при соматических болезнях</li> <li>б) соматические расстройства при душевных болезнях</li> <li>в) так называемые "психосоматические болезни"</li> <li>г) "психосоматическая медицина"</li> <li>д) особое внимание к психическому при различных соматических болезнях</li> </ul>	
<p>8. "ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА" – ЭТО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) то же самое, что "психосоматика"; учение о психосоматических болезнях</li> <li>б) фрейдовское понимание соматических болезней</li> <li>в) экзистенциальное понимание соматических болезней</li> <li>г) клиническое исследование душевного состояния соматических больных</li> <li>д) ничего из перечисленного</li> </ul>	
<p>9. К ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ (В ПРИНЯТОМ СМЫСЛЕ) ОТНОСЯТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ БОЛЕЗНИ, КРОМЕ:</p>	

<p>а) рака желудка и толстого кишечника  б) язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки  в) ишемической болезни сердца  г) гипертонической болезни  д) правильно б) и в)</p>	
<p>10. СУЩЕСТВЕННОЕ ОТЛИЧИЕ ПСИХОСОМАТИКИ Ф.АЛЕКСАНДЕРА ОТ ФРЕЙДОВСКО-ОРТОДОКСАЛЬНОЙ ПСИХОСОМАТИКИ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО:</p> <p>а) не придается такое всепоглощающее значение libido  б) в материалистическом клиническом подходе к психосоматическим расстройствам  в) в усиленном внимании к определенным, специфическим психологическим конфликтам как причинам специфических соматических поражений  г) в близости учения Ф.Александера учению Г.Селье; в том, что учение Ф.Александера не имеет отношения к психоанализу  д) правильно а) и в)</p>	

Раздел 2. Частная психосоматика

Тестовые вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
<p>11. СОСТОЯНИЯ, ВОЗНИКШИЕ В СВЯЗИ С ТЯЖЕЛЫМ СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, СТАВШИМ ДЛЯ ПАЦИЕНТА ПСИХОТРАВМИРУЮЩИМ СОБЫТИЕМ ЭТО</p> <p>а) нозогенные реакции  б) психогенные реакции  в) соматизированные реакции  г) расстройства адаптации  д) острая реакция на стресс</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-10, ПК-11.</p>
<p>12. СИНДРОМ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТРИЦАНИЯ БОЛЕЗНИ ОТНОСИТСЯ К</p> <p>а) нозогениям  б) психогениям  в) соматизированным реакциям  г) расстройствам адаптации  д) острой реакции на стресс</p>	
<p>13. КАКИЕ РАССТРОЙСТВА ОТНОСЯТСЯ К ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ</p> <p>а) реакции по типу симптоматической лабильности  б) инфекционные  в) расстройства биполярного спектра  г) инволюционные  д) интеллектуальные</p>	
<p>14. К ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>а) эндогенных  б) соматоформных  в) нозогений</p>	

<p>г) соматогений д) реакций по типу симптоматической лабильности</p>	
<p>15. ПСИХОСОМАТИКА ВКЛЮЧАЕТ КЛИНИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ ОСВЕЩАЮТ</p> <p>а) роль стресса в этиопатогенезе соматических заболеваний б) связь патохарактерологических и поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям в) зависимость реакции на болезнь («поведения» в болезни) от типа личностного склада г) влияние некоторых методов лечения (хирургические вмешательства, гемодиализ и т.п.) на психическое состояние д) все перечисленное</p>	
<p>16. ПСИХОСОМАТИКА" В ШИРОКОМ СМЫСЛЕ СЛОВА – ЭТО:</p> <p>а) психотические расстройства при соматических болезнях б) соматические расстройства при душевных болезнях в) так называемые "психосоматические болезни" г) "психосоматическая медицина" д) особое внимание к психическому при различных соматических</p>	
<p>17. "ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА" – ЭТО:</p> <p>а) то же самое, что "психосоматика"; учение о психосоматических болезнях б) фрейдовское понимание соматических болезней в) экзистенциальное понимание соматических болезней г) клиническое исследование душевного состояния соматических больных д) ничего из перечисленного</p>	

18. К ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ (В ПРИНЯТОМ СМЫСЛЕ) ОТНОСЯТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ БОЛЕЗНИ, КРОМЕ:

- а) рака желудка и толстого кишечника
- б) язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
- в) ишемической болезни сердца
- г) гипертонической болезни
- д) правильно б) и в)

19. СУЩЕСТВЕННОЕ ОТЛИЧИЕ ПСИХОСОМАТИКИ Ф.АЛЕКСАНДРА ОТ ФРЕЙДОВСКО-ОРТОДОКСАЛЬНОЙ ПСИХОСОМАТИКИ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО:

- а) не придается такое всепоглощающее значение libido
- б) в материалистическом клиническом подходе к психосоматическим расстройствам
- в) в усиленном внимании к определенным, специфическим психологическим конфликтам как причинам специфических соматических поражений
- г) в близости учения Ф.Александра учению Г.Селье; в том, что учение Ф.Александра не имеет отношения к психоанализу
- д) правильно а) и в)

20. ПО Ф.АЛЕКСАНДЕРУ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) регрессия к детскому страху перед разлукой с матерью
- б) напряжение бронхиального дерева в связи с длительным нервным расстройством
- в) регрессия в младенчество с желанием быть накормленным
- г) хронические заболевания легких
- д) особый "профиль личности"

21. СУЩЕСТВО ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ Ф.ДАНБЭР СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО:

- а) эмоциональное напряжение, вызывающее соматические расстройства, обусловлено прежде всего особенностями личности пациента
- б) определенные эмоциональные конфликты патологически "инифицируют" определенные органы
- в) соматические болезни возникают в результате стойкого переживания человеком своей соматической неполноценности
- г) соматические болезни обусловлены прежде всего невозможностью человека достаточно полно самоактуализироваться

д) по сути дела, в том же, в чем существо психосоматической

23. К ЛИЧНОСТНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОТНОСЯТСЯ (ПО В.ОСЛЕРУ):

- а) невротичность и сенситивность
- б) тягостное чувство неполноценности
- в) честолубие, энергичность с уверенностью в своих силах
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

<p>24. "КОРОНАРНЫЙ ЛИЧНОСТНЫЙ ТИП" (Ф.ДАНБЭР) ОБНАРУЖИВАЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) скрытность, способность сдерживаться</li> <li>б) синтонность</li> <li>в) гипоманиакальность</li> <li>г) неспособность контролировать свои эмоции</li> <li>д) астеничность</li> </ul>	
<p>25. ТИПИЧНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ПО Ф.АЛЕКСАНДЕРУ) ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) тщеславия</li> <li>б) агрессивности</li> <li>в) ранимости</li> <li>г) робости</li> <li>д) впечатлительности</li> </ul>	
<p>26. НЕВРОЗЫ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В ВИДЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) специфических клинических феноменов, выражающих патологическую фиксацию тех или иных переживаний личности</li> <li>б) доминирования эмоционально-аффективных расстройств</li> <li>в) доминирования соматовегетативных расстройств</li> <li>г) верно а) и б)</li> <li>д) всего перечисленного</li> </ul>	
<p>27. СРЕДИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ ПРИ НЕВРОЗАХ РАЗЛИЧАЮТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) особенности наследственности и конституции</li> <li>б) отягощение раннего анамнеза патологической беременностью матери</li> <li>в) перенесенные заболевания как сенсibilизатор, усиливающий действие психотравм</li> <li>г) все перечисленные</li> <li>д) ни один из перечисленных</li> </ul>	
<p>28. ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ НЕВРОЗОВ С ПСИХОГЕННОЙ СИТУАЦИЕЙ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) взаимосвязи между конфликтогенной и временем возникновения невроза</li> <li>б) корреляции между клиникой невроза и особенностями психоорганических расстройств</li> <li>в) взаимосвязи между динамикой состояния и изменениями психотравмирующей ситуацией</li> </ul>	

<p>29. СРЕДИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ НЕВРОЗОВ РАЗЛИЧАЮТ</p> <p>а) преморбидные особенности личности  б) психические травмы детского возраста  в) события, порождающие неопределенность положения, представляющие угрозу для будущего или требующие принятия трудных альтернативных решений  г) верно б) и в)  д) все перечисленные</p>	
<p>30. НЕВРОЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) психическим расстройством  б) психогенно возникающим  в) относительно благоприятно текущим (т.е. с тенденцией к обратимости патологических нарушений)  г) всем перечисленным  д) ничем из перечисленного</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 незначительные 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 незначительные 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 незначительные 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