

Владимирский филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ПСИХОСОМАТИКА

Специальность 31.08.20 Психиатрия
код, наименование
Форма обучения очная

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

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 стандартизованных 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. 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: 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
Н	-	
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	-	<p>Мужчина, 47 лет, врач терапевт.</p> <p>Анамнез: Родился в городе Горький, в полной семье, старшим из двоих детей. Психиатрический анамнез не отягощен. 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. Женился после института, имеет дочь. Жена пациента характеризует его как человека трудолюбивого и скрупулезного, 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 частыеочные 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 помощи. Эмоционально слажен. Жалуется на кошмарные сновидения профессионального характера, долгое засыпание и частыеочные 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.</p>
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	-	<p>Диагноз поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - данных анамнеза (связь с хроническим стрессом, переутомлением) - данных психического статуса (жалобы на кошмарные сновидения профессионального характера, долгое засыпание и частыеочные 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 поключается фармакотерапия.

		<p>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 <u>психотерапия</u> и <u>аутогенные тренировки</u>.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Также рекомендуется физиотерапия.</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 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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 39 лет, индивидуальный предприниматель.</p> <p>В течение 7 месяцев отмечает чувство страха, тревоги, не ограниченные 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 вышеизложенными 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,</p>

		<p>скованность, мышечное напряжение. Переживал, что вскоре произойдет несчастный случай (инфаркт, инсульт). Снизилась концентрация внимания, память, стал неусидчивым, неправлялся 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 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. Отмечается трудности при засыпании,очные пробуждения. Аппетит повышен. Память грубо не нарушена. Внимание недостаточно устойчивое. Критика частичная. Наличие суицидальных мыслей отрицает. Обманов восприятия не выявляется, бредовые идеи активно не высказывают.</p>
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Генерализованное тревожное расстройство
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.
B	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
O	-	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, 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	-	При соответствующем лечении прогноз является благоприятным. Факторы, свидетельствующие о более благоприятном прогнозе: позднее начало расстройства; незначительная 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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Девушка, 18 лет. Анамнез: Обращается к психиатру впервые. Наследственность психопатологическая не отягощена. Родилась в республике Дагестан. Воспитывалась в ортодоксальной патриархальной семье с абсолютным главенством отца в принятии всех решений, строгими правилами поведения и наказаниями за их невыполнение, в том числе физическими. Раннее развитие соответствовало возрасту. ДДУ не посещала. С 7 лет находится на домашнем обучении по настоянию отца. В 11 лет впервые во время семейной ссоры, когда отец кричал на мать и хотел ударить ее, почувствовала слабость в мышцах ног, упала, не могла подняться. Такое состояние продолжалось около недели, все это время девочка была окружена заботой испугавшихся родителей, забывших о ссорах. Постепенно мышечная сила восстановилась. К врачам не обращались. В дальнейшем подобные эпизоды мышечной слабости, «подкашивания» ног повторялись во время семейных неурядиц. Период обездвиженности увеличивался. На данный момент не встает и не ходит в течение 3 мес. Была осмотрена неврологом: Общемозговой и менингеальной симптоматики не выявлено. Функции ЧМН не нарушены. В верхних конечностях мышечная сила 5 баллов, сухожильные рефлексы в норме,

		d=s. В нижних конечностях мышечная сила 1 балл, сухожильные рефлексы в норме, d=s. Патологических рефлексов нет. Все виды чувствительности нижних конечностей сохранены. Функции тазовых органов не нарушены. По результатам МРТ, КТ, исследования проб ликвора, определения АТ к полиомиелиту, ЭНМГ патологии не обнаружено. Рекомендована консультация психиатра. Психический статус: Держится свободно, но несколько встревоженno. Сидит в прямой позе с опорой на ноги. Предъявляет жалобы на мышечную слабость в ногах, невозможность ходить. Во время беседы часто просит уточнить значение терминов, например, «тревога», «беспокойство». С трудом вербализирует свои переживания. Говорит, что боится отца, когда он сердится, жалеет маму. Причины своей болезни не понимает. Фон настроения несколько снижен. Мышление без патологии. Острой психотической симптоматики нет. Суицидальные мысли отрицают. Сон, аппетит достаточны.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Диссоциативный [конверсионный] нижний парапарез.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не оценена этиология заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании: 1. Возникновение расстройств по времени совпадает с индивидуально значимыми психотравмирующими событиями, кроме того, совершенно очевидно, что потеря функции является выражением эмоционального конфликта или потребностей. 2. Симптомы соответствуют представлениям больного о том, как должно протекать подобное заболевание. 3. Отсутствие соматической патологии при объективном исследовании. 4. «Выгодность» болезни. 5. Исчезновение симптомов через несколько недель или месяцев при разрешении психотравмы.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не указана связь с индивидуально значимыми психотравмирующими событиями.
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, нежелательно использование ТЦА и транквилизаторов. Немедикаментозное: - психотерапия (длительная когнитивно-поведенческая, семейная, индивидуальная и групповая и др.); - занятия с медицинским реабилитологом, ЛФК, физиотерапия, т.к. на фоне длительных двигательных расстройств возможно формирование атрофии, контрактур и проч.
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	-	Диссоциативные [конверсионные] расстройства являются труднокурабельной патологией, т.к. в основе лежит «выгодность» болезни. При быстром разрешении психотравмы и соответствующем лечении прогноз является благоприятным. Если

		проблема неразрешима, то даже длительное лечение оказывается не всегда эффективным. Кроме того, при длительном течении двигательных расстройств возможно формирование атрофии, контрактур и проч., что еще больше затрудняет восстановление больных и ухудшает прогноз.
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 органическими поражениями центральной и периферической нервной системы (травмы, опухоли, инфекционные заболевания (в т.ч. полиомиелит), аутоиммунные заболевания (рассеянный склероз, миастения, синдром Гийена-Барре и др.), а также сознательной симуляцией. Основным диагностическим критерием является взаимосвязь с индивидуально значимыми психотравмирующими событиями 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.
H	-	
Ф
Ф
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 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. 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.
B	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.
B	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании: 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 отсутствии 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 органных 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.
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка У., 35 лет. Работает заведующей магазином. Жалуется на страх выйти из дома, страх усиливается при переходе улиц, посещении парка, через который пролегает ее путь на работу. Живя недалеко от места работы, вынуждена вызывать машину. При перемещении в другие места, например в магазин, страх отсутствует. В результате генерализации страха вообще перестала выходить на работу. Во время страха возникают дрожь в ногах, растерянность, ощущения головокружения, «все расплывается перед глазами», страх смерти. Впервые страх появился год назад, после смерти мужа, испытывала чувство вины, поскольку последние годы скрывала от него свою тайную внебрачную любовь. В результате психоаналитической работы осознала свой страх как опасение, что ее увидят вместе сидений с возлюбленным, который обыкновенно встречал ее по пути с работы именно в парке. Это опасение связывала с осуждением ее как «возможной убийцы мужа».
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Агорафобия с паническим расстройством
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена стадия или тип.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Перечислите диагностические критерии
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> психологические или вегетативные симптомы должны быть первичным выражением тревоги, а не быть вторичными по отношению к другим симптомам, таким, как бред или навязчивые мысли; тревога должна быть ограничена только (или преимущественно) хотя бы двумя из следующих ситуаций: толпа, общественные места, передвижение вне дома и путешествие в одиночестве; избегание фобических ситуаций является или было выраженным признаком.
P2	-	Верно названы все критерии
P1	-	Не назван один из критериев
P0	-	Ответ неверен
B	3	С какими состояниями вы бы провели дифференциальный диагноз? Обоснуйте свой ответ.
O	-	Следует дифференцировать с депрессивным эпизодом, если к моменту появления фобии была отчетливая депрессия, а также органическим тревожно-фобическим

		расстройством. При депрессивном эпизоде присутствуют остальные критерии депрессии, а органику можно исключить дополнительными методами исследования. Симптомы аграфобии могут быть также вторичными при бреде или обсессивно-компульсивном расстройстве
P2	-	Ответ дан полностью верно.
P1	-	Ответ дан не полностью: дифференциальный диагноз проведен не полностью или проведен только с одним заболеванием.
P0	-	Ответ неверный: дифференциальный диагноз не проведен.
B	4	Какие методы могут быть использованы для лечения данного заболевания?
Э	-	Во многих случаях аграфобия может быть успешно излечена посредством постепенного процесса экспозиционной терапии в сочетании с когнитивной терапией и, иногда, препаратаами антидепрессантного и противоневрозного характера. К противоневрозным препаратам относятся бензодиазепины, такие как алпразолам. К антидепрессантам относятся, по большей части, препараты, которые повышают уровень серотонина: сертрапалин, пароксетин и флуоксетин. Лечение для аграфобии и приступов паники ничем не различается.
P2	-	Ответ дан полностью
P1	-	Ответ дан не полностью: не назван один из методов
P0	-	Ответ дан не полностью: методы не названы или названы неверно
B	5	Назовите к какой группе расстройств по МКБ 10 относится данное расстройство и назовите другие примеры из этой группы
Э	-	<u>Фобические тревожные расстройства (F40):</u> Социальные фобии(Антропофобия, Социальный невроз) Специфические (изолированные) фобии(Акрофобия, Боязнь животных, Клаустрофобия) Другие фобические тревожные расстройства Фобическое тревожное расстройство неуточненное
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью
P0	-	Ответ не дан или неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная О., 33 года, медсестра в пульмонологическом отделении. В период пандемии коронавируса больница, в которой она работала, продолжала прием экстренных больных. В одну из смен ночью в отделение поступила пациентка с подозрением на пневмонию - температурой 39.6, кашель; так как больница не была перепрофилирована под ковид, СИЗ представляли собой лишь одноразовые медицинские маски. На следующее утро медсестрам сообщили, что на работу в течение 14 дней они не выходят, соблюдают карантин, так как ночная пациентка была отправлена в инфекционную больницу с подозрением на коронавирусную инфекцию. У всего медперсонала, контактировавшего с ней, взяли мазки на коронавирус. Мазки медперсонала пришли отрицательные. Однако с этого времени больную О. стала преследовать мысль о том, что она может в любой момент заболеть Covid19. Пациентка ежедневно изучала сводки по коронавирусу, читала множество статей на эту тему. Больная сообщает, что страх быть зараженной был настолько сильным, что она была вынуждена пойти сдавать анализ платно. Результаты были отрицательными, однако страх не проходил. Она взяла на работе административный отпуск, перестала общаться с коллегами. По телефону просила заведующего отделением назначить ей КТ грудной клетки. Так как отсутствовали симптомы и несколько мазков были отрицательны, ей было отказано. Пациентку стали беспокоить сердцебиение, тошнота, потливость, плохой сон. ЭКГ и клинические анализы без патологии. Больная отказывалась выходить на работу в свое отделение из-за страха заболеть коронавирусом. По совету близких

		обратилась за помощью к психиатру.
йти		
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	F45.2 Ипохондрическое расстройство, нозофобия
P2	-	Диагноз поставлен верно.
	-	
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный вами диагноз?
Э	-	Важнейшей чертой является устойчивая озабоченность пациента возможностью иметь у себя тяжелое, прогрессирующее заболевание или несколько заболеваний. Пациент предъявляет устойчивые соматические жалобы или проявляет устойчивое беспокойство по поводу их возникновения. Нормальные, обычные ощущения и признаки часто воспринимаются больным как ненормальные, беспокоящие; он сосредоточивает свое внимание обычно только на одном-двух органах или системах организма. Часто присутствуют выраженная депрессия и тревога, что может объяснить дополнительные диагнозы.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Обоснование полностью не верно.
B	3	Перечислите показания для недобровольной госпитализации
O	-	Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2016) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" Статья 29. Основания для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке: 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: 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	Назначьте дополнительные обследования, необходимые для уточнения диагноза.
Э	-	Экспериментально-психологическое обследование, направленное на выявление депрессивно-тревожного расстройства и его уровня (шкала тревоги и депрессии HADS). Экспериментально-психологическое обследование, направленное на выявление уровня невротизации и психопатизации.
P2	-	Ответ дан полностью
P1	-	Ответ дан не полностью
P0	-	Ответ неверный
B	5	Тактика ведения больного, режим, диета, медикаментозное лечение, Немедикаментозные методы. Прогнозы трудовая экспертиза.

Э	-	Режим амбулаторный либо в отделении неврозов. Диета – общий стол. Медикаментозное лечение: бензодиазепиновые транквилизаторы не более 2 месяцев (диазепам 20 мг в сутки, альпрозалам 2 мг в сутки, грандаксин). Анксиолитики (атаракс 50 мг в сутки, афобазол 30 мг в сутки). Антидепрессанты СИОЗС (сертралин, флуоксетин 20 мг в сутки), трициклические антидепрессанты (амитриптилин до 150 мг в сутки). Нейролептики (хлорпротиксен 100 мг в сутки, сульпирид 200 мг, тиоридазин 20 мг). Немедикаментозная терапия: краткосрочная психодинамическая психотерапия, аутогенная тренировка Прогноз благоприятный, трудовая экспертиза – трудоспособность восстанавливается полностью.
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью
P0	-	Ответ не дан или неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка 19 лет, студентка Психиатра вызвала на дом мать больной Анамнез: С раннего детства пациентка испытывала тревогу при выходе из дома в ДДУ или школу. Во время посещения ДДУ много капризничала, постоянно пытаясь найти повод остаться дома. В школу пошла с 7 лет, в коллективе адаптировалась плохо, была не общительной, замкнутой. Часто симулировала плохое самочувствие, что бы остаться дома. Если обмануть мать не удавалось, то «По дороге в школу очень переживала... там дети эти... не нравились они мне... боялась я их наверное». По приходу в школу часто обращалась в мед.пункт с просьбой отпустить ее домой. В возрасте 10 лет родители обратились за помощью к психологу. После курса терапии пациентка продолжила посещать школу. Настоящее ухудшение началось после смерти отца от пневмонии вызванной COVID19. Несколько недель пациентка отказывалась принимать пищу «Просто не было аппетита», была подавлена, малообщительна, но состояние самостоятельно купировалось. Однако после окончания дистанционного обучения пациентка на учебу не вышла. Учебный отдел смог связаться только с матерью. Выяснилось, что со смерти отца пациентка начала испытывать страх заразиться COVID19, из-за чего полностью отказалась от выхода из дома, еду заказывала через доставку, все необходимые операции осуществляла через интернет. Когда же пациентка попыталась покинуть дом ей стало плохо «Забилось сердце так быстро-быстро... воздуха стало не хватать...вернулась домой». Была вызвана скорая, но никаких соматических нарушений выявлено не было.</p> <p>Психический статус: Доступна продуктивному контакту. Ориентировка всех видов сохранена. Внешне опрятна, мимика бедная, взгляд измеждённый. Внешний вид опрятный. Взоровый контакт поддерживает. В беседу вступает охотно, подробно рассказывает о своих переживаниях. Предъявляет жалобы на сниженное настроение, ощущение тревоги при необходимости выходить из дома, боится оставаться одна. Причины тревоги объясняет, как «Страшно, что снова станет плохо и мне никто не поможет... так вот и умру». Так же сообщает о постоянном чувстве утомления, плохом сне «кошмары всё время сняться». Обманы восприятия отрицает, бредовых идей активно не высказывает. Наличие суицидальных мыслей на момент осмотра отрицает. Аппетит снижен. Внимание недостаточно устойчивое. Критика к своему состоянию частичная.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Агорофобия с паническим расстройством F40.01
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	-	Диагноз агорафобии с паническим расстройством поставлен на основании ограниченности тревоги связью с пребыванием вне дома, в общественных местах, страхом остаться в беспомощном состоянии, избегающим поведением и наличием панических атак.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование синдрома иди заболевания.
P0	-	Обоснование полностью не верно.
B	3	Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
Э	-	Согласно национальным клиническим рекомендациям для лечения могут быть использованы антидепрессанты различных групп (СИОЗС и СИОЗСН) для купирования тревоги и транквилизаторы бензодиазепинового ряда для купирования панических атак, снижения эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний. Не медикаментозное лечение должно включать психотерапию (когнитивно-поведенческая психотерапия, релаксотерапия, аутогенная тренировка), однако учитывая специфику пациентки необходимо рассмотреть варианты психотерапии на дому.
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	Какой прогноз при данной патологии?
Э	-	При правильной терапии прогноз благоприятный, и у большинства пациентов симптоматика исчезает в течение 2-3 месяцев.
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан не полностью.
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 «Психосоматика»:

Раздел 1. Общие вопросы психосоматики.

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>	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.

<p>д) демонстративность</p> <p>2. ТИПИЧНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЮ (ПО Ф.АЛЕКСАНДЕРУ) ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> тщеславия агрессивности ранимости робости впечатлительности 	
<p>3. "КОРОНАРНЫЙ ЛИЧНОСТНЫЙ ТИП" (Ф.ДАНБЭР) ОБНАРУЖИВАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> скрытность, способность сдерживаться синтонность гипоманиакальность неспособность контролировать свои эмоции астеничность 	
<p>4. К ЛИЧНОСТНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОТНОСЯТСЯ (ПО В.ОСЛЕРУ):</p> <ol style="list-style-type: none"> невротичность и сенситивность тяжостное чувство неполноценности честолюбие, энергичность с уверенностью в своих силах правильно а) и б) все перечисленное 	
<p>5. СУЩЕСТВО ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ Ф.ДАНБЭР СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> эмоциональное напряжение, вызывающее соматические расстройства, обусловлено прежде всего особенностями личности пациента определенные эмоциональные конфликты патологически "иницируют" определенные органы соматические болезни возникают в результате стойкого переживания человеком своей соматический неполноценности соматические болезни обусловлены прежде всего невозможностью человека достаточно полно самоактуализироваться по сути дела, в том же, в чем существо психосоматической концепции В.М.Бехтерева 	
<p>6. ПО Ф.АЛЕКСАНДЕРУ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> регрессия к детскому страху перед разлукой с матерью напряжение бронхиального дерева в связи с длительным нервным расстройством регрессия в младенчество с желанием быть накормленным хронические заболевания легких особый "профиль личности" 	
<p>7. "ПСИХОСОМАТИКА" В ШИРОКОМ СМЫСЛЕ СЛОВА – ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> психотические расстройства при соматических болезнях соматические расстройства при душевных болезнях так называемые "психосоматические болезни" "психосоматическая медицина" особое внимание к психическому при различных соматических болезнях 	

<p>8. "ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА" – ЭТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> то же самое, что "психосоматика"; учение о психосоматических болезнях фрейдовское понимание соматических болезней экзистенциальное понимание соматических болезней клиническое исследование душевного состояния соматических больных ничего из перечисленного 	
<p>9. К ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ (В ПРИНЯТОМ СМЫСЛЕ) ОТНОСЯТСЯ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ БОЛЕЗНИ, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> рака желудка и толстого кишечника язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки ишемической болезни сердца гипертонической болезни правильно б) и в) 	
<p>10. СУЩЕСТВЕННОЕ ОТЛИЧИЕ ПСИХОСОМАТИКИ Ф.АЛЕКСАНДЕРА ОТ ФРЕЙДОВСКО-ОРТОДОКСАЛЬНОЙ ПСИХОСОМАТИКИ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО:</p> <ol style="list-style-type: none"> не придается такое всепоглощающее значение libido в материалистическом клиническом подходе к психосоматическим расстройствам в усиленном внимании к определенным, специфическим психологическим конфликтам как причинам специфических соматических поражений в близости учения Ф.Александера учению Г.Селье; в том, что учение Ф.Александера не имеет отношения к психоанализу правильно а) и в) 	

Раздел 2. «Частные вопросы психосоматики».

Тестовые вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
<p>11. СОСТОЯНИЯ, ВОЗНИКШИЕ В СВЯЗИ С ТЯЖЕЛЫМ СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, СТАВШИМ ДЛЯ ПАЦИЕНТА ПСИХОТРАВМИРУЮЩИМ СОБЫТИЕМ ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> нозогенные реакции психогенные реакции соматизированные реакции расстройства адаптации острая реакция на стресс 	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-12.
<p>12. СИНДРОМ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТРИЦАНИЯ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТСЯ К</p> <ol style="list-style-type: none"> нозогенниям психогениям соматизированным реакциям расстройствам адаптации острой реакции на стресс 	

<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 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>	
<p>18. 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</p>	

- | | |
|---|--|
| <p>д) правильно б) и в)</p> <p>19. СУЩЕСТВЕННОЕ ОТЛИЧИЕ ПСИХОСОМАТИКИ Ф.АЛЕКСАНДЕРА ОТ ФРЕЙДОВСКО-ОРТОДОКСАЛЬНОЙ ПСИХОСОМАТИКИ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО:</p> <p>а) не придается такое всепоглощающее значение libido</p> <p>б) в материалистическом клиническом подходе к психосоматическим расстройствам</p> <p>в) в усиленном внимании к определенным, специфическим психологическим конфликтам как причинам специфических соматических поражений</p> <p>г) в близости учения Ф.Александера учению Г.Селье; в том, что учение Ф.Александера не имеет отношения к психоанализу</p> <p>д) правильно а) и в)</p> | |
| <p>20. ПО Ф.АЛЕКСАНДЕРУ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) регрессия к детскому страху перед разлукой с матерью</p> <p>б) напряжение бронхиального дерева в связи с длительным нервным расстройством</p> <p>в) регрессия в младенчество с желанием быть накормленным</p> <p>г) хронические заболевания легких</p> <p>д) особый "профиль личности"</p> | |
| <p>21. СУЩЕСТВО ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ Ф.ДАНБЭР СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО:</p> <p>а) эмоциональное напряжение, вызывающее соматические расстройства, обусловлено прежде всего особенностями личности пациента</p> <p>б) определенные эмоциональные конфликты патологически "инициируют" определенные органы</p> <p>в) соматические болезни возникают в результате стойкого переживания человеком своей соматический неполноценности</p> <p>г) соматические болезни обусловлены прежде всего невозможностью человека достаточно полно самоактуализироваться</p> <p>д) по сути дела, в том же, в чем существо психосоматической</p> | |
| <p>23. К ЛИЧНОСТНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОТНОСЯТСЯ (ПО В.ОСЛЕРУ):</p> <p>а) невротичность и сенситивность</p> <p>б) тягостное чувство неполноценности</p> <p>в) честолюбие, энергичность с уверенностью в своих силах</p> <p>г) правильно а) и б)</p> <p>д) все перечисленное</p> | |

<p>24. "КОРОНАРНЫЙ ЛИЧНОСТНЫЙ ТИП" (Ф.ДАНБЭР) ОБНАРУЖИВАЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) скрытность, способность сдерживаться б) синтонность в) гипоманиакальность г) неспособность контролировать свои эмоции д) астеничность 	
<p>25. ТИПИЧНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЮ (ПО Ф.АЛЕКСАНДЕРУ) ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) тщеславия б) агрессивности в) ранимости г) робости д) впечатлительности 	
<p>26. НЕВРОЗЫ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В ВИДЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) специфических клинических феноменов, выражающих патологическую фиксацию тех или иных переживаний личности б) доминирования эмоционально-аффективных расстройств в) доминирования соматовегетативных расстройств г) верно а) и б) д) всего перечисленного 	
<p>27. СРЕДИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ ПРИ НЕВРОЗАХ РАЗЛИЧАЮТ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) особенности наследственности и конституции б) отягощение раннего анамнеза патологической беременностью матери в) перенесенные заболевания как сенсибилизатор, усиливающий действие психотравм г) все перечисленные д) ни один из перечисленных 	
<p>28. ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ НЕВРОЗОВ С ПСИХОГЕННОЙ СИТУАЦИЕЙ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а) взаимосвязи между конфликтогенезом и временем возникновения невроза б) корреляции между клиникой невроза и особенностями психоорганических расстройств в) взаимосвязи между динамикой состояния и изменениями психотравмирующей ситуацией 	
<p>29. СРЕДИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ НЕВРОЗОВ РАЗЛИЧАЮТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	
30. НЕВРОЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ 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	

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»