Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 19.02.2025 09:46:51
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784eec019bf8a794cb4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Заведующий кафедрой
Л.А. Кравцова /
19 апреля 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Дисциплины (Модуля) Б1.О.53 Практикум по психосоматике основной образовательной программы высшего образования

Направление подготовки (специальность)	**37.05.01 Клиническая психология** (код, наименование)
Уровень подготовки	Высшее образование - специалитет (специалитет/магистратура)
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сферах: психодиагностическая, консультативная и психотерапевтическая, экспертная деятельность в процессе лечения, реабилитации и профилактики заболеваний, поддержания здорового образа жизни среди населения, при работе с пациентами в рамках лечебно-восстановительного процесса и психолого-просветительской деятельности в рамках профилактических программ для здорового населения)
Форма обучения	очная (очная, очно-заочная)
Срок освоения ООП	5,5 лет (нормативный срок обучения)
Кафедра	Клинической психологии

Владивосток – 2024

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. **Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.3. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования 37.05.01 Клиническая психология, 02 Здравоохранение (в сферах: психодиагностическая, консультативная и психотерапевтическая, экспертная деятельность в процессе лечения, реабилитации и профилактики заболеваний, поддержания здорового образа жизни среди населения, при работе с пациентами в рамках лечебно-восстановительного процесса и психолого-просветительской деятельности в рамках профилактических программ для здорового населения) **универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций**



2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
1	Текущий контроль	Написание психосоматического заключения с презентацией, устный опрос
2	Промежуточная аттестация	Вопросы для собеседования

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: оценочное средство 1 (написание психосоматического заключения), оценочное средство 2 (устный опрос)

Оценочные средства для текущего контроля.

Оценочное средство 1

Пример написания заключения психосоматического больного

Материалы клинико-психологического обследования психосоматического больного

Ивановой Марии Ивановны

Студент: Сидоров Н.А.

Преподаватель: Петрова Н.О.

Ф.И.О. _____возраст_____

Жалобы:

*Поступила в клинику нервных болезней с **жалобами** на приступообразную давящую головную боль с левой стороны, возникающую с периодичностью раз в две недели на протяжении 4х лет. Боль характеризуется как давящая, сжимающая, пульсирующая, непереносимая. Нарастает постепенно, начинается в области верхней челюсти, затем «растекается» по левой стороне головы. Обычно возникает в вечернее время или рано утром, после пробуждения. Как отмечает пациентка, возникновению болей предшествует состояние общей усталости, перенапряжения. С какими-то отдельными значимыми событиями или переживаниями появление головной боли не связывает. В настоящее время при первых признаках появления боли применяет антимигренозный препарат «Имигран», который позволяет купировать развернутый приступ без тошноты и рвоты, но остаются давящие боли с «какими-то неприятными ощущениями». Больная затрудняется их описать и локализовать.*

Анамнез жизни.

Вопросы:

Семья полная, неполная, искаженная. Беременность планируемая (желанная) или нет. Какой ребенок в семье. Как протекала беременность (внутриутробная гипоксия, угроза выкидыша, фетоплацентарная недостаточность). Интранатальный период – роды естественным путем или путем кесарева сечения, без осложнений или с осложнениями (асфиксия, родовая травма); предлежание (головное, лицевое, ягодичное, ножное).

Период новорожденности: наличие инфекционных и пр. заболеваний. Разлука с матерью. Когда приложили к груди. Характер вскармливания: грудное (сколько месяцев, лет), смешанное, искусственное). Во сколько мес. Ходьба. Речевое развитие. Детское дошкольное учреждение: с какого возраста. Госпитализации в раннем детстве: с мамой или без…

***Пример:** Раннее развитие без особенностей.*

Инфекционных и хронических заболеваний в анамнезе нет.

Отец — физик, мать — преподаватель. Единственный ребенок в семье. Более доверительные отношения у пациентки складывались с отцом. Мать характеризует как эмоционально сдержанную. Серьезных заболеваний у родителей пациентка не отмечает, говорит, что здоровы.

Имеет высшее педагогическое образование. Замуж вышла в 22 года. Мужа описывает так: «баловень, маменькин сынок, не работает, живет на деньги родителей». В 23 года родила сына. Осенью 2004г. снова забеременела. Больная узнала, что нельзя оставить ребенка, поскольку муж принимал наркотики. Была вынуждена сделать аборт на сроке 3-4 нед. Больная отмечает, что это была достаточно тяжелая ситуация, однако подробнее рассказать о своих переживаниях по этому поводу затрудняется. В это же время, на фоне приема оральных контрацептивов, впервые появились головные боли, тошнота, рвота. Обвиняет мужа как в том, что ей пришлось сделать аборт, так и в причине их неудачного брака. Затем последовал бракоразводный процесс, сопровождающийся «постоянными скандалами с битьем посуды».

Через два месяца больная окончательно разошлась с мужем, прекратила прием противозачаточных средств, интенсивность болей уменьшилась.

В 2006г. вышла замуж повторно. Пациентка старше мужа на 5 лет. Муж работает менеджером среднего звена, в настоящее время заочно получает высшее образование. Проживают с ребенком от первого брака в квартире пациентки. Мужа характеризует, как искреннего, наивного, заботливого человека. Больная отмечает: «потому и замуж за него вышла, что он носится со мной, как санитарка». Акцентирует внимание на том, что несмотря на то, что мужу 23 года, выглядит он на 33 и все окружающие одобряют, что она вышла замуж за человека «старше ее». Сама воспринимает мужа, как человека ниже по социальному статусу, «деревенщина». Спит с ним в разных спальнях, считая, что «интеллигентные люди должны спать раздельно и ходить друг к другу в гости» и поясняет, что ей «мешает чье-то тело в постели, даже ребенок». О своем ребенке сама больная не

проявляет инициативу что-либо рассказывать. На вопросы о нем отвечает кратко, по существу, не показывает интереса и желания говорить о нем. В целом, больная браком довольна. Планируют завести второго ребенка. Конфликты с мужем редки, в основном по поводу их «разного воспитания».

Больная последние два года работает на должности инструктора в автошколе. В коллективе инструкторов является единственной женщиной. Отмечает, что работа связана с постоянным стрессом, но ей такая работа нравится. Муж ревнует, хочет, чтобы она сменила работу. Ситуацию ревности воспринимает, как проявление большой любви. Однако, говорит, что с появлением второго ребенка уйдет из автошколы и будет работать методистом.

Анамнез заболевания.

Впервые приступы боли возникли на фоне приема оральных контрацептивов («Ярина»), назначенных после аборта. Приступы длились в течение трех дней, сопровождались тошнотой и рвотой. Все это время больная лежала, не могла вставать. После приступа больная в течение суток ощущала эмоциональный и энергетический подъем. Несколько раз приступу предшествовала аура в виде снижения остроты зрения и «светящихся точек» перед глазами. После прекращения приема контрацептивов тошнота и рвота прекратились, интенсивность болей немного уменьшилась. Через два месяца после появления болей больная начала прием антимигренозного препарата «Имигран», который использует при возникновении первых признаков начала приступа. Препарат позволяет купировать развернутый приступ без тошноты и рвоты, но остаются давящие боли с «какими-то неприятными ощущениями». Больная затрудняется их описать и локализовать.

В настоящее время больная жалуется на приступообразную давящую головную боль с левой стороны, возникающую с периодичностью раз в две недели на протяжении 4х лет. Боль характеризуется как давящая, сжимающая, пульсирующая, непереносимая; обычно нарастает постепенно, начинается в области верхней челюсти, затем «растекается» по левой стороне головы. Возникают в вечернее время, реже — ранним утром.

Как отмечает больная, возникновению болей часто предшествует состояние общей усталости, длительного напряжения. Во время работы с клиентами, когда необходима повышенная концентрация внимания, головные боли не появляются. Боли возникают дома вечером, не дают заснуть. На начальном этапе заболевания больная принимала стакан коньяка, после чего засыпала. Примерно через 5-6 месяцев алкоголь уже не способствовал засыпанию. До настоящего момента использует препарат «Имигран» для купирования развернутого приступа.

На приеме: Держится спокойно. Выглядит соответственно возрасту. Беседует охотно, на вопросы отвечает формально. Речь в обычном темпе. Суждения последовательные, логичные. Словарный запас достаточный. Фон настроения ровный. Эмоционально устойчива. Одета в свободном молодежном стиле. Прежде чем приступить к беседе и обследованию больная провоцирует на уговоры, в процессе выполнения заданий требует постоянного поощрения и поддержки. Остро реагирует, если не может задание выполнить успешно: нервничает, напрягается, качество работы заметно снижается. Дополнительная мотивация помогает сосредоточиться на задании и выполнять его более успешно.

Рабочие гипотезы:

1. Гипотеза о психоорганической и психотической природе заболевания
Для подтверждения/опровержения психосоматической почвы заболевания.

2. Гипотеза о механизме симптомообразования по типу соматизации, выдвинута на основе следующих данных:

- *Отсутствие органических нарушений* подтверждены клиническими исследованиями

- *Кодинамика аффекта и симптома*
  Из анамнеза больной следует, что впервые головные боли появились на фоне гормональных изменений после психотравмирующей ситуации аборта и сопровождались травматичной ситуацией развода. Облегчение болей совпадает во времени с фактом окончательного развода с мужем, а также с отменой оральных контрацептивов.

- *Возникновение болей в однотипных ситуациях*
  Со слов пациентки, боли появляются в результате длительного перенапряжения, усталости.

- *Чувство вины и обиды*, которые соматизируются чаще всего
  В процессе беседы с психологом, больная обвиняет мужа как в том, что ей пришлось сделать аборт, так и в том, что он стал причиной их неудачного брака.

***3. Гипотеза о специфической личностной организации, как фактора предиспозиции заболевания*:**

- *гистрионный радикал*
- *инфантильность*
- *эмоциональная незрелость*

Подтверждается наблюдениями за специфическим поведением пациентки во время обследования. Больная, прежде чем приступить к беседе, провоцирует на уговоры, в процессе выполнения заданий требует постоянного поощрения и поддержки. Остро реагирует, если не может задание выполнить успешно: нервничает, напрягается, качество работы заметно снижается. Дополнительная мотивация помогает сосредоточиться на задании и выполнять его более успешно.
Данные анамнеза также свидетельствуют о наличии у пациентки инфантильных черт. Например, одним из главных критериев выбора второго супруга была возможность получать от него родительское внимание и постоянную опеку («потому и замуж за него вышла, что он носится со мной, как санитарка»).

4. Гипотеза о вторичной выгоде как факторе хронификации:

- Выгода от полного отказа обслуживания мужа и ребенка, не ходит на работу.
- Реализация инфантильных потребностей в ситуации болезни.

Программа психологического обследования:

1. Негативный диагноз.

А) ***Подтверждение или опровержение соматического диагноза клиническими методами обследования*** **(ЭЭГ, МРТ и др.)**

Б) ***Нейропсихологическое обследование***. Позволяет обнаружить наличие органического компонента в возникновении и течении заболевания.
Используемые методики:

1. Исследование памяти: запоминание десяти слов, пиктограмма, запоминание геометрических фигур, фигура Рэя;
2. Зрительно-пространственный гнозис, конструктивная деятельность: самостоятельный рисунок (стол, куб), фигура Рэя;
3. Исследование схемы тела: пробы Хеда (односторонние, перекрестные);
4. Исследование праксиса: реципроктная координация, проба на динамический праксис;
5. Исследование внимания: таблицы Шультэ, отсчитывание.

В) ***Патопсихологическое обследование***. Позволяет выявить роль психотического компонента в генезе расстройства.
Используемые методики:
1. Клиническая беседа (структурное интервью)

2. Рисунок несуществующего животного

3. Рисунок семьи
Тест предназначен для выявления особенностей внутрисемейных отношений. Он помогает прояснить отношения больного к членам своей семьи, то, как он воспринимает их и свою роль в семье, а также те характеристики отношений, которые вызывают у него тревожные и конфликтные чувства.

4. Исключение предметов
Методика предназначена для исследования аналитико-синтетической деятельности больного, умения строить обобщения, предъявляет требования к логической обоснованности, правильности обобщений, строгости и четкости формулировок.

5. Пиктограмма
Метод представляет собой вариант опосредованного запоминания и применяется как для исследования памяти, так и для анализа характера ассоциаций больного.

6. ТАТ (Тематический Апперцептивный Тест)
Методика применяется для исследования личности, направленности переживаний и интересов, т.е. эмоционально-волевой и потребностной сферы больного.

7. Толкование пословиц
Применяется для исследования мышления больного. Выявляет понимание переносного смысла, конкретность и поверхностность суждений, диффузность, неопределенность, соскальзывания и паралогические суждения.

8. Шкала самооценки по методике Дембо-Рубенштейн
Тест предназначен для психологической диагностики состояния самооценки по следующим параметрам: высота самооценки, степень реалистичности и/или адекватности самооценки (при ее повышении), степень критичности, требовательности к себе (при понижении самооценки), противоречивость/непротиворечивость показателей самооценки, зрелость/незрелость отношения к ценностям, характер и содержание проблем и их компенсаций. Сопоставление данных о самооценке с объективными показателями по ряду экспериментально-психологических методик в известной мере позволяет судить о присущем больному уровне притязаний, степени его адекватности.

2. Структурно-генетический анализ.

А) Исследование факторов предиспозиции

- выявление кодинамики аффекта и симптома
- динамика симптома и эмоционального состояния
- личностная организация и интрапсихические конфликты

Б) Исследование факторов актуалгенеза

- что провоцирует возникновение симптома

Г) Исследование факторов хронификации

- наличие вторичной выгоды

– участие органических и психотических компонентов как факторов хронификации (нейро- и патопсихологическое исследование)

Нейропсихологическое заключение.

Больная контактна, адекватна, в месте и времени ориентированна, критична. Эмоциональный фон ровный. Умственная работоспособность ниже возрастной нормы (Таблицы Шульте 43', 40’, 52’, 46’, 58’). Праворукая.

Объективно:

- В пробах на динамический праксис отмечаются отчетливые трудности усвоения структуры двигательной программы (При трехкратном предъявлении двигательной серии из трех элементов, больная не улавливает количества элементов серии. И только после оречевления серии экспериментатором, больная с удивлением обнаруживает, что элементов три.); первичный поиск в праксисе позы пальцев в обеих руках; первичные соматотонические (метрические ошибки в карте лица) и зеркальные ошибки пробах Хеда.
- В пробах на зрительно-пространственный гнозис (фигура Рэя) – единичные пространственные ошибки (координатные, метрические, фрагментарные) и единичные ошибки по типу инертности.
- В сфере слухоречевого восприятия на мнестических следах единичные отчетливые звуковые замены (лён-лед, мел-меч).
- В слухоречевой памяти выраженное снижение памяти по модально-неспецифическому типу из-за патологически повышенной тормозимости следов интерференцией (Кривая запоминания: 5, 8, 9, 10, 10; отсрочено – 0, а еще позже 7). Кроме того отмечается эффект реминисценции (позже вспомнила 7), побочные вплетения (пирог, меч, нож, вилка). В зрительной памяти – инертные ошибки (повторение деталей фигуры).
- Речь и интеллект сохранны.

Таким образом, выявленная симптоматика указывает на дисфункции мезо-диэнцефальных отделов мозга с вовлечением в патологический процесс лобно-височных отделов слева и теменных справа.

Патопсихологическое заключение.

К обследованию относится формально, что отразилось на качестве выполнения проективных методик. Инструкции усваивает, но не всегда следует им (например, описания таблиц ТАТ очень короткие, безэмоциональные, скупые, без деталей).

Опосредование доступно; хорошее воспроизведение опосредованного материала (14 из 15ти). Рисунки мелкие, несколько небрежные, но четкие. В рисуночных образах присутствуют человеческие фигуры и символы, ассоциации и пояснения адекватные.

Результаты выполнения методики «Исключение предметов» свидетельствует о полной сохранности мышления. Понимание смысла и интерпретация пословиц четкая: не

задумываясь, в одном предложении легко передает точный смысл, в качестве примеров приводит ситуации из жизни.

В аффективных проявлениях сдержанна, излишнюю эмоциональность считает неприемлемой. Наиболее отчетливо прослеживается конфликт потребности в зависимости и автономии (в рассказах ТАТ – табл. 1, 2, 3, 4, 7 – конфликт между желаниями (или нежеланиями) персонажей и внешним препятствием, мешающим его осуществлению. Препятствие воплощается в лице родительских фигур. Способ преодоления конфликта не определен, так как нет развития событий). Семейные отношения описываются шаблонно и идеалистично («Дом, в котором живет семья, и что бы ни было вокруг – у них все нормально»), но эмоциональная окраска не конгруэнтна содержанию рассказов – тон голоса пессимистичный и раздраженный. Эмоциональную реакцию вызвала тема смерти, отношение к которой достаточно амбиватентно (табл. 15 «Вообще какой-то караул! Откуда берутся эти картинки? Рисунки нервнобольных? Ранопостаревшая женщина, у нее все родственники умерли. Она приходит часто на кладбище, потому что ей там веселее, чем дома. Вроде хочется умереть, но и пожить еще тоже.»)

В личностной организации можно отметить гистрионный радикал, эмоциональную незрелость.

Рисунок несуществующего животного. Увеличенный (относительно фигуры в целом) размер головы говорит о том, что испытуемый ценит рациональное начало (возможно, и эрудицию) в себе и окружающих. Большие уши свидетельствуют о заинтересованности в информации, значимости мнения окружающих о себе. Основательность лап животного по отношению к размерам всей фигуры рассматривается как основательность, обдуманность, рациональность принятия решения, пути к выводам, формирование суждения, опора на существенные положения и значимую информацию. Однотипность и однонаправленность формы лап — конформность суждений и установок в принятии решений, их стандартность, банальность.

Крылья — энергия охвата разных областей человеческой деятельности, уверенность в себе, "самораспространение" с неделикатным и неразборчивым притеснением окружающих, либо любознательность, желание соучаствовать как можно в большем числе дел окружающих, завоевание себе места под солнцем, увлеченность своей деятельностью. Хвост повернутый вправо выражает отношение к собственным действиям и поведению. Положительная окраска этого отношения выражена направлением хвостов вверх (уверенно, положительно, бодро). Творческие возможности выражены обычно количеством сочетающихся в фигуре элементов, небольшое их количество говорит о банальности, отсутствие творческого начала.

Рисунок семьи. Больная расположила свою семь внутри своей родительской семьи, что говорит о том, что ее личная инфантильность распространяется на всю ее семью. Присутствие на рисунке всех членов семьи, держащихся за руки, говорит о сплоченности, необходимости поддержки. Рисунок нарисован за короткий промежуток времени, формален, не прорисован детально, что может говорить о пренебрежении членами семьи в отдельности, и, одновременно, социальной ориентированности на семейное благополучие.

Больная рисовала всех членов себмьи справа налево, начиная с фигуры отца и заканчивая фигурой матери. Это дает основание предполагать о значимости фигуры отца и негативном отношении к матери. Между собой и отцом разместила фигуру своего ребенка, что говорит о том, что она возложила роль отца по отношению к своему ребенку на дедушку.

Дембо-Рубинштейн. Актуальная самооценка в основном колеблется в пределах 1-1,5 интервалов и находится главным образом в границах двух верхних интервалов - повышенная самооценка. Поскольку отметки идеальной и объективной самооценки по нескольким шкалам совпадают, можно говорить о завышении актуальной самооценки. В отношении больной это позволяет минимизировать негативные переживания по поводу несоответствия ожиданиям и свидетельствует о болезненности восприятия ситуации внешней оценки.

В качестве дополнительной шкалы был выбран параметр «целеустремленность». Актуальная самооценка по данной шкале коррелирует с оценкой по шкале «характер». Это единственные две шкалы, по которым пациентка оценила себя на среднем уровне, вероятно считая эти качества социально приемлемыми и позволяя себе оценить себя более независимо.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОРТРЕТ

Предиспозиционные факторы развития симптома:
- гистрионный радикал
- инфантильность, эмоциональная незрелость
- ригидность установок при достаточном интеллектуальном развитии
- интрапсихический конфликт зависимости/автономности

Пусковая ситуация:

Ситуация ответственности и необходимость принимать самостоятельное решение является фрустрирующей для пациентки. Необходимость принять решение сделать аборт привели к актуализации интрепсихического конфликта зависимости/автономности и появлению симптома. Кроме того, симптом появляется на фоне гормонального сбоя после прерывания беременности и приема оральных контрацептивов. На основании беседы можно заключить, что больная испытывает чувство вины из-за сделанного аборта, а также невыраженное чувство враждебности и обиды к бывшему мужу, из-за которого ей пришлось сделать аборт.

Факторы хронификации:

- травматичная ситуация аборта усугубилась бракоразводным процессом, сопровождающимся сильным эмоциональным напряжением
- вторичная выгода отказа от деятельности в ситуации болезни позволяет оставаться в инфантильной зависимости в семье и на работе («потому и замуж за него вышла, что он носится со мной, как санитарка»).
- вторичная выгода инфантильной зависимости в социальной ситуации: на работе единственная женщина в организации. Род служебных обязанностей дают возможность удовлетворять потребность в доминировании, контроле других. Ревность мужа по отношению к работе воспринимает как проявления любви, внимания, что повышает ее самооценку.

Терапия: обучение способам совладания с эмоциональными комплексами, в частности с враждебными импульсами (когнитивная, телесно-ориентированная терапия). В дальнейшем рекомендуется глубинная терапия, направленная на разрешение интрапсихических конфликтов.

Оценка «отлично» ставится студенту, обнаружившему системные, глубокие знания материала, владеющему методами психодиагностического обследования, умеющими применить на конкретном случае знание методов психодиагностики в психосоматике. При написании психосоматического заключения демонстрирует точное понимание задания и полное ему соответствие. Материал изложен логично. Студент эффективно использует мультимедийные возможности, чтобы представить психосоматическое заключение. Презентация имеет все необходимые разделы, данные об авторе, оформлена в одном стиле. Текст не имеет орфографических и речевых ошибок.

Оценка «хорошо» ставится, если студент в психосоматическом заключении демонстрирует полное знание программного материала, но не сумевший в полном объёме его применить при проведении обследования больного,

В презентации студент использует мультимедийные возможности, но некоторые из них отвлекают внимание от темы презентации. Основные требования к презентации соблюдены, но отсутствует выполнение требований либо к оформлению, либо к содержанию. Текст на слайде плохо читается, используются грамматически неправильные выражения.

Оценка «удовлетворительно» ставится студенту, допустившему погрешности при сборе анамнеза, проведении психодиагностического обследования, качественной обработки и интерпретации собранного материала. В презентации не используются мультимедийные возможности, или их использование отвлекает внимание. Не соблюдены требования к оформлению презентации. Слишком много текста, есть две и более орфографических ошибок, или речевые и орфографические ошибки.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, показавшему низкий уровень знаний основного программного материала и допустившему много ошибок по сбору анамнеза, обследованию, психодиагностике, качественной обработки и интерпретации собранного материала. В презентации не используются мультимедийные возможности, их использование отвлекает внимание. Не соблюдены требования к оформлению презентации.

Оценочное средство 2
Критерии оценивания

Развернутый ответ студента должен представлять собой связное, логически последовательное сообщение на заданную тему, показывать его умение применять определения, правила в конкретных случаях.

Критерии оценивания: 1) полноту и правильность ответа; 2) степень осознанности, понимания изученного; 3) языковое оформление ответа.

Оценка «отлично» ставится, если студент полно излагает материал (отвечает на вопрос), дает правильное определение основных понятий; обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только из учебника, но и самостоятельно составленные; излагает материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка.

Оценка «хорошо» ставится, если студент дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «отлично», но допускает 1–2 ошибки, которые сам же исправляет, и 1–2 недочета в последовательности и языковом оформлении излагаемого.

Оценка «удовлетворительно» ставится, если студент обнаруживает знание и понимание основных положений данной темы, нот излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил;не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; излагает материал непоследовательно и допускает ошибки в языковом оформлении излагаемого.

Оценка «неудовлетворительно» ставится, если студент обнаруживает незнание большей части соответствующего вопроса, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал. Оценка «2» отмечает такие недостатки в подготовке, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.

4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

Содержание экзамена

1. Определение и характеристика клинико-психологического метода исследования.
2. Клинико-психологического интервью
3. Биографический (анамнестический) метод
4. Клинико-психологическое наблюдение.
5. Клинико-экспериментальный метод.

6. Проективные методы психодиагностики, используемые в психосоматике
7. Метод диагностики ВКБ
8. Методы психодиагностики депрессии в клинике.
9. Психодиагностика алекситимии.
10. Мультимодальный опросник Лазаруса.
11. Модель выдвижения терапевтических гипотез Оудсхорна.
12. Гиссенский опросник соматических жалоб.
13. Тест ЛОБИ
14. Вербальный фрустрационный тест
15. Нестандартизованные патопсихологические методы: принцип функциональных проб.
16. Исследование актуального психического состояния и факторов риска психической дезадаптации
17. Особенности диагностического интервью в детской и подростковой клинике.
18. Особенности интерпретации данных клинико-психологического исследования в психосоматике.
19. Методики психодиагностики тревожности
20. Методики психодиагностики индивидуально-психологических особенностей личности пациентов.
21. Личностные особенности пациентов, страдающих психосоматическими расстройствами.
22. Психологический анамнез.

5. Критерии оценивания результатов обучения

Оценка «***отлично***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.

Оценка «***хорошо***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных разделах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

Оценка «***удовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.

Оценка «***неудовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.