Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 06.12.2024 14:27:33
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784eec019bf8a794cb4

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Заведующий кафедрой
/Кравцова Н.А./
«29» июня 2023г

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине

Б1.В.ДЭ.02.02 Теория и практика психологического консультирования при психосоматических расстройствах основной образовательной программы высшего образования

Направление подготовки	37.04.01 Психология
Уровень подготовки	Магистратура
Область профессиональной деятельности:	03 Социальное обслуживание (в сферах: психологического сопровождения представителей социально уязвимых слоев населения; консультативной помощи работникам социальных служб, социальной помощи семье и замещающим семьям; оказания психологической помощи отдельным лицам (клиентам), попавшим в трудную жизненную ситуацию; просвещения и повышения психологической культуры населения)
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	2 года
Институт/кафедра	Клинической психологии

Владивосток, 2023

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.

1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по направлению подготовки 37.04.01 Психология, область профессиональной деятельности: 03 Социальное обслуживание в сфере профессиональной деятельности психологического сопровождения представителей социально уязвимых слоев населения; консультативной помощи работникам социальных служб, социальной помощи семье и замещающим семьям; оказания психологической помощи отдельным лицам (клиентам), попавшим в трудную жизненную ситуацию; просвещения и повышения психологической культуры населения) **универсальных (УК) компетенций, профессиональных (ПК) компетенций**

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции	Индикаторы достижения компетенции
Универсальные компетенции		
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	ИДК.УК-1_1- осуществляет поиск и интерпретирует профессиональные проблемные ситуации ИДК.УК-1_2- определяет источники информации для критического анализа профессиональных проблемных ситуаций
Межкультурное взаимодействие	УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия	ИДК.УК-5_1- анализирует и использует виды социального взаимодействия с учетом национальных, культурных и религиозных особенностей; грамотно и доступно излагает профессиональную информацию в процессе межкультурного взаимодействия ИДК.УК-5_2- соблюдает нормы профессиональной этики и деонтологии, придерживается моральных норм межкультурного взаимодействия
Профессиональные компетенции		
Консультативный	ПК-2. Способен оказывать услуги психологического консультирования населению и трудовым коллективам	ИДК.ПК-2_1- обладает знаниями теоретико-методологических основ оказанию консультативной психологической помощи населению и трудовым коллективам ИДК.ПК-2_2- демонстрирует умения осуществлять планирование консультативной психологической помощи населению и трудовым коллективам

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства*			Расположение
		Форма	Кол-во вопросов в задании	Кол-во независимых вариантов	
1	2	3	4	5	6
1	**Текущий контроль****	**Тестирование**	10	1	Пункт 3.2
		Кейс-метод	4	4	Пункт 3.3
		Анализ интернет-ресурсов	1	Количество обучающихся	Пункт 3.4
2	**Промежуточная аттестация****	**Кейс-метод**	1	18	Пункт 3.5
		Вопросы для собеседования	1	18	Пункт 3.6

3. ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ

3.2. Тестирование

Компетенции:

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий

УК-5 Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия

ПК-2 Способен оказывать услуги психологического консультирования населению и трудовым коллективам

1. Стресс – это
а) общий неспецифический адаптационный синдром
б) реакция организма на воздействие любого внешнего фактора
в) реакция организма на воздействие чрезвычайных по силе факторов

2. Вегетативная нервная система – это
а) система, отвечающая за общую связь между органами и системами организма
б) отдел нервной системы, иннервирующий внутренние органы
в) отдел нервной системы, иннервирующей опорно-двигательный аппарат

3. Вегетативная нервная система представлена перечисленными отделами кроме одного:
а) симпатическим отделом
б) парасимпатическим отделом
в) периферической нервной системой

4. Симпатический отдел представлен всеми перечисленными отделами, кроме одного:
а) вегетативными нейронами в грудном и верхнее-поясничном отделах спинного мозга
б) преганглионарные и постганглионарные волокна
в) симпатический ствол

г) блуждающий нерв

5. Парасимпатический отдел представлен всеми перечисленными структурами, кроме
а) блуждающий нерв
б) солнечное сплетение
в) преганглионарные и постганглионарные волокна
г) нейроны, расположенные в боковых рогах спинного мозга на уровне крестцового отдела
д) вегетативные ядра ствола головного мозга

6. В структуру лимбической системы, с которой связана регуляция эмоций, входят все перечисленные образования, кроме одного:
а) миндалина
б) мозолистое тело
в) гиппокамп
г) поясная извилина

7. Функции, в обеспечении которых важную роль играет ретикулярная формация, верно указаны в пункте:
а) уровень возбуждения
б) память
в) сон
г) сенсорные функции

8. 1-ый этап развития психовегетативных нарушений характеризуется:
1. эпизодичностью;
2. незначительной степенью выраженности вегетососудистых проявлений;
3. их кратковременностью (от нескольких минут до нескольких часов с критическим возникновением и возвращением к норме);
4. вовлечением в процесс одного органа или системы, без признаков их органического поражения;
5. отсутствием изменений со стороны пораженных органов или систем при параклинических исследованиях;
6. вовлечением в процесс одной или нескольких (две-три) систем
7. возможностью спонтанной и тем более полной терапевтической редукцией аффективных и соматических расстройств.

9. 2-й этап развития психовегетативных нарушений характеризуется:
1. большей, по сравнению с реакциями, частотой и выраженностью вегетососудистых проявлений
2. отсутствием изменений со стороны пораженных органов или систем при параклинических исследованиях;
3. продолжительным временем существования (дни и даже месяцы)
4. вовлечением в процесс одной или нескольких (две-три) систем
5. наличием некоторой параклинической объективизации вегетососудистых нарушений не соответствующей степени выраженности клинических проявлений
6. частичным нарушением функций "пораженных" органов и даже незначительными органическими изменениями в них возможностью лишь терапевтической редукции аффективных и соматических расстройств

10. Слева под номерами перечислены виды афазии, справа под буквенными кодами – зоны коры головного мозга. соотнесите виды афазии и зоны, подобрав для каждого вида зону, поражение которой является причиной:

22.амнестическая	А) стык височной, теменной и затылочной долей левого ЛПШ
23.моторная	Б) теменно-височные и теменно-затылочные отделы ЛПШ
24.семантическая	В) центр Брока и задняя треть нижней лобной извилины ЛПШ
25.сенсорная	Г) задняя часть верхней височной извилины ЛПШ

11. Психосоматическим заболеванием является:
а) шизофрения;
б) грипп
в) обсессивно-фобический невроз
г) нейродермит.

12. Характеристикой психосоматической личности не является:
а) алексетимия;
б) стремление к «вторичной выгоде» от симптома;
в) высокая степень тревожности;
г) эмоциональная холодность.

13. Чрезмерная озабоченность состоянием своего физического здоровья и страх наличия заболевания называется:
а) ипохондрическим расстройством;
б) фобическим расстройством;
в) конверсионным расстройством;
г) симуляцией.

14. Для конверсионной реакции не характерно:
а) наличие символического характера симптома;
б) выявление склонности к соматизации аффекта;
в) обнаружение связи заболевания с психотравмой;
г) стремление пациента скрыть факт заболевания.

15. Соматизированные расстройства могут привести ко всему, кроме:
а) госпитализации в психиатрический стационар;
б) необоснованным хирургическим вмешательствам;
в) развитию склонности к предумышленной симуляции;
г) злоупотреблению лекарствами.

16. Для эффективного лечения психосоматических заболеваний необходима:
а) длительная госпитализация;
б) психотерапия;
в) терапия нейролептиками;
г) общеукрепляющая терапия.

17. Для конверсионной истерии не характерно:
а) наличие психопатологических расстройств в анамнезе;
б) способность произвольно контролировать выраженность симптомов;
в) наличие демонстративных особенностей личности;
г) превалирование расстройств среди женщин.

18. Для соматизированной депрессии не характерно:

а) обилие соматических жалоб;
б) беспокойство по поводу наличия скрытой физической болезни;
в) осознанное переживание тоски, уныния, безысходности, чувства вины;
г) улучшение физического после приема антидепрессантов.

19. Для медикаментозного лечения психосоматических заболеваний чаще других используются:
а) антиконвульсанты и миорелаксанты;
б) антибиотики и сульфаниламиды;
в) транквилизаторы и антидепрессанты;
г) ноотропы и психостимуляторы.

20. Для психотерапевтического лечения психосоматических заболеваний не используется: а) телесноориентированная психотерапия;
б) суггестивная психотерапия;
в) коучинг;
г) гештальт психотерапия.

21. Психотерапию психосоматических заболеваний наиболее удобно проводить:
а) на этапе диагностики;
б) в остром периоде заболевания;
в) во время стационарного лечения;
г) в период реабилитации.

22. Одним из основателей современной концепции психосоматической медицины является:
а) Франц Александер;
б) Зигмунд Фрейд;
в) Карл Ясперс;
г) И.П. Павлов.

23. Психоаналитическая терапия психосоматических заболеваний не преследует цели:
а) понимания символического смысла симптома;
б) осознания вытесненного материала бессознательного;
в) развития личностной зрелости;
г) преодоления симптома посредством внушения.

24. Гипнотерапия психосоматических заболеваний способствует:
а) выявлению психологических защит;
б) понижению уровня тревожности;
в) раскрытию символического смысла симптома заболевания;
г) интеллектуальному осмыслению инфантильного опыта.

25. Соматовегетативные расстройства служат характерным проявлением
а) неврастении;
б) обсессивно-фобического невроза;
в) истерии;
г) любого невроза.

26. Нарушения глотания характерны для:
а) неврастении;
б) обсессивно-фобического невроза;

в) истерии;
г) при неврозах не наблюдаются.

27. Globus hystericus – это:
а) чувство обруча на голове;
б) ощущение кома в горле;
в) сужение полей зрения;
г) синоним синдрома Ганзера.

28. Механизмы вытеснения, диссоциации и конверсии лежат в основе:
а) реактивной депрессии;
б) обсессивно-фобического невроза;
в) неврастении;
г) истерии и психосоматического реагирования.

29. Психогенные факторы в этиологии и патогенезе типичных психосоматозов:
а) рассматриваются как основные причинные;
б) имеют существенное значение;
в) определяют прогноз болезни;
г) не играют никакой роли.

30. Защита от психологических переживаний, выражающаяся в появлении функциональных неврологических и соматических расстройств, называется:
а) регрессией;
б) диссоциацией;
в) изоляцией аффекта;
г) конверсией.

31. Психосоматическое развитие представляет собой
а) эмоциональное переживание и означение телесного опыта
б) изучение функциональной значимости собственного тела
в) прижизненное образование телесных функций и механизмов их сознательного опосредования и регуляции

32. Нарушение психосоматического развития, чаще всего возникающее в результате травматического стресса, называется
а) задержкой психосоматического развития
б) регрессом психосоматического развития
в) искажением психосоматического развития

33. Нозогнозия — это
а) отрицание собственной болезни
б) первичное означение чувственной основы собственной болезни
в) познание собственного болезненного опыта

34. Первой стадией социализации телесных функций является
а) эмоциональное и вербальное означение матерью телесных функций ребенка
б) познание ребенком функциональной значимости собственного тела
в) усвоение ребенком социально принятых форм телесного поведения

35. К числу признаков психосоматического заболевания не относится
а) отсутствие реальной органической основы болезненного процесса

б) временное совпадение начала или усиления болезненной симптоматики с началом или усилением психической травматизации

в) неэффективность применения психотропных препаратов

36. Процесс слияния телесного и болевого опыта характерен для

а) психосоматических расстройств

б) нормального, адаптивного отношения к болезни

в) формирования психотелесных действий, имеющих культурный эталон

37. Дифференцированность, многообразие и осознанность представляют собой нормативные характеристики

а) телесного опыта

б) поведенческого опыта

в) эмоционального опыта

38. Стереотипы гипервозбуждения и болевого поведения зависят преимущественно от

а) стиля семейного воспитания

б) особенностей обучения в детстве

в) уровня порогов сенсорной чувствительности

39. В патогенезе психосоматических заболеваний участвуют

а) черепно-мозговая травма

б) хроническая психотравма

в) факторы биологического предрасположения

40. Выделите признаки, которые включают в понятие алекситимии

а) затрудненность контактов с окружающими

б) трудность в вербализации чувств

в) трудность разграничения соматических ощущений и эмоций

41. Феномен ВКБ был впервые описан Р. А. Лурией следующим образом

а) ВКБ формируется преимущественно под воздействием экзогенных факторов и только при хронических соматических заболеваниях

б) ВКБ включает эмоциональный и сенсорный компоненты и имеет смешанную психофизиологическую природу

в) ВКБ представляет собой динамическое психологическое образование и формируется в результате самостоятельной творческой активности больного

42. Обеднение ВКБ лежит в основе

а) анозогнозии

б) ипохондрии

в) конверсионного расстройства

43. Если не удалось установить причину боли в процессе соматического и неврологического обследования, на какие факторы необходимо обратить внимание?

а) возраст

б) уровень образования

в) стрессовые ситуации в жизни больного

44. Проблема социализации телесности изучается в

а) детской психосоматике

б) психосоматике и психологии телесности

в) частной психосоматике

45. Согласно концепции В. В. Николаевой и А. Ш. Тхостова, первичное означение болезненных ощущений происходит

а) при возникновении диффузного дискомфорта, т.е. на первом уровне ВКБ

б) при когнитивной переработке информации о болезни, т.е. на третьем уровне ВКБ

в) при эмоциональном отреагировании, т.е. на втором уровне ВКБ

46. При разработке своего подхода к анализу ВКБ А.Ш. Тхостов использовал концепцию

а) Ролана Барта

б) Курта Левина

в) Эмиля Крепелина

47. Убежденность в наличии у себя воображаемого физического недостатка или уродства квалифицируют как

а) дисморфофобию

б) дисморфоманию

в) ипохондрию

48. Постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к еде в большей степени характерны для

а) больных с депрессией

б) больных с обссесивно-фобическим расстройством

в) больных с нервной булимией

49. В основе нервной булимии и нервной анорексии могут лежать

а) кататонические расстройства

б) дисморфоманические расстройства

в) фокальные припадки в форме абдоминальных болей

50. Человек получил плацебо в связи с умеренной болью и через 3 минуты сообщил, что боль прошла. На основании этого можно утверждать, что он

а) страдает конверсионным расстройством

б) страдает диссоциативным расстройством

в) реагирует на плацебо

Шкала оценивания

«Отлично» - более 80% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Хорошо» - 70-79% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Удовлетворительно» - 55-69% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Неудовлетворительно» - менее 55% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

3.3. Перечень примерных кейсовых задач

Компетенции:

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий

УК-5 Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия

ПК-2 Способен оказывать услуги психологического консультирования населению и трудовым коллективам

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы: Подросток в возрасте 14 лет страдает психастеноподобным вариантом бронхиальной астмы. Длительность заболевания более 6 лет. Воспитывался в полной семье, где также имелись прародители. С раннего возраста подросток был полностью зависим от взрослых, самостоятельных решений никогда не принимал. Отличается повышенной тревожностью. Приступы бронхиальной астмы обычно появляются в ситуации необходимости принимать решения или во время контрольных в школе. Из-за приступа подростка обычно освобождают от занятий и прочего.

Вопросы к задаче:

1. Как называется такой приступ, и как подобное поведение во время приступа будет влиять на социально-профессиональную деятельность данной личности в будущем?

2. Как психолог может организовать работу по психологической помощи данному больному?

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы: Молодая женщина в возрасте 24 лет. Замужем. Страдает бронхиальной астмой с дошкольного возраста. Воспитание проходила в полной семье с гиперпротекцией. Из анамнеза известно, что, начиная с дошкольного возраста, данная больная всегда могла добиться от взрослых исполнения своих желаний, т.к. в случаях малейших отказов у нее возникали приступы бронхиальной астмы.

Вопросы:

1. Назовите механизм формирования бронхиальной астмы у данной больной. Как подобное поведение отражается на жизни данной пациентки и ее близких?

2. Как психолог может организовать работу по психологической помощи данной больной?

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы: Мужчина в возрасте 34 лет страдает бронхиальной астмой с 6-летнего возраста. Воспитывался в семье, где присутствовал отчим, который всегда предъявлял к мальчику повышенные требования, порой с применением физического наказания.

Данный больной пояснил, что всегда боится разгневаться, т.к. не хочет быть похожим на своего отчима. Поэтому всегда опасается «выпустить свой гнев на воздух». Такие ситуации всегда провоцируют приступ удушья.

Вопросы:

1. Какие рекомендации необходимо дать данному больному?

2. Как психолог может организовать работу по психологической помощи данному больному?

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы: Мужчина в возрасте 43 лет, работник городской администрации. С детства был склонен к приступам ярости и агрессии, что проявлялось уже в песочнице (отбирал у детей игрушки и дрался). Начиная с подросткового возраста, стал подчеркнуто уступчивым, вплоть до того, что не мог постоять за себя. По мере взросления и начала работы на административной должности стала нарастать раздражительность, особенно, если сталкивался с препятствиями, которые казались ему неодолимыми. Себя называл «ломовой лошадью». Крайне боялся увольнения и смены работы. Излишнее чувство ответственности всегда порождало у него усиление чувства гнева, неприязни и даже агрессивности по отношению к тем, кого он считал более удачливым в профессиональном плане. Постепенно у данной личности сформировалось

состояние хронического напряжения и любая неординарная ситуация, в том числе не сложная, обуславливала у него повышение артериального давления.

Вопросы:

1. Назовите и обоснуйте расстройство у данного больного?
2. Определите стратегию психологической помощи?

Итоговая оценка кейс-задач

5 (отлично) – правильно поставлен психологический диагноз, дано его обоснование, в полном объеме составлен алгоритм стратегии действий психолога.

4 (хорошо) – правильно поставлен психологический диагноз, недостаточно дано его обоснование, выбранная стратегия работы психолога требует дополнения.

3 (удовлетворительно) – психологический диагноз поставлен с ошибками, не обоснован, выбранная стратегия работы психолога требует дополнения.

2 (неудовлетворительно) – неверно поставлен психологический диагноз, неверно выбранная стратегия работы психолога.

3.4. Анализ интернет-ресурсов:

Компетенции:

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий

УК-5 Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия

ПК-2 Способен оказывать услуги психологического консультирования населению и трудовым коллективам

Задание: Сделать обзор психологических интернет-ресурсов по Психологическое консультирование при психосоматических расстройствах и состояниях.

Порядок выполнение работ.

1 При подготовке к выполнению задания студентам следует решить какой раздел ресурсов они хотят анализировать: Виртуальные психологические библиотеки; Электронные собрания статей; Психологические журналы и газеты; Видеоматериалы по психологии; Каталоги ссылок и т.д.

2 Результатом анализа должен быть отчет, составленный по всем нормам и правилам оформления научных документов, который должен содержать: титульный лист; содержание работы; структура работы; цель работы; основное содержание анализа интернет-источников и список использованной интернет-источников.

3. В содержание анализа должно быть отраженно: название интернет-ресурсов; полезное содержание интернет-ресурсов; как возможно использовать эти интернет-ресурсы для НИР; как возможно использовать эти интернет-ресурсов в практической деятельности психолога для разработки и реализации комплексной программы психологической помщи в экстремальных ситуациях и состояниях.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

3.5 Вопросы для собеседования

Компетенции:

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий

УК-5 Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия

ПК-2 Способен оказывать услуги психологического консультирования населению и трудовым коллективам

Вопросы:

1. Психосоматика как область междисциплинарных исследований.
2. Психосоматический подход в Античном мире.
3. Идеи Гиппократа, реализуемые в психосоматическом подходе.
4. Исторические предпосылки современного психосоматического подхода в разных культурах мира и особенности психосоматического подхода на современном этапе развития клинической психологии.
5. Конверсионная модель психосоматического расстройства З. Фрейда.
6. Понимание конверсии Георгом Гроддеком и Феликсом Дойчем.
7. Психоаналитическая концепция 3. Фрейда и основные психоаналитические понятия (бессознательное, влечение, либидо, регрессия, вытеснение, конверсия) в психосоматике.
8. Теория психосоматического симптомообразования, как топическая и генетическая, то есть местная и временная регрессия Макса Шура. Проанализируйте ее связь с теорией Фрейда.
9. Культурно-исторический подход в современной психосоматике и психологии телесности.
10. Идеи русской физиологической школы (И.М.Сеченов, И.П.Павлов и их ученики) и концепция нервизма.
11. Кортиковисцеральная теория патогенеза болезней внутренних органов К.М.Быкова, Курцина.
12. Физиологические теории развития психосоматических нарушений. Три уровня системы регуляции жизнедеятельности
13. Психосоматика в контексте бихевиоральных концепций.
14. Психосоматика в контексте гуманистической психологии.
15. Перечень вопросов (15-20)
16. Взгляд В. Райха на психосоматические расстройства.
17. Теория эмоциональной специфичности Ф. Александера
18. Личностные особенности и тип психологического конфликта у больных гипертонической болезнью по Ф. Данбар.
19. Психосоматический симптом как результат использования незрелых психологических защит - концепция Митчерлиха.
20. Французская школа психосоматики: оператуарная жизнь, алекситимия.
21. Концепция алекситимии: история и современное состояние проблемы алекситимии в клинической психологии.
22. Идея целостного подхода к больному в медицине разных эпох.
23. Физиологические составляющие психосоматической проблемы: анатомические структуры и физиологические механизмы регуляции психосоматических связей.
24. Понятие о психогигиене, психопрофилактике в психосоматике и психологической реабилитации психосоматических пациентов.
25. Стресс и дистресс как патогенетические факторы психосоматических расстройств. Механизмы развития соматического симптома на примере гипертонической болезни.
26. Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен. Структура, типология.
27. Психосоматические расстройства в структуре различных заболеваний.
28. Влияние хронической болезни на психику. Факторы, влияющие на формирование аномальных черт личности.
29. Деонтологические и этические проблемы работы психолога в психосоматике. Проблема ятрогений.
30. Эмоции как фактор психосоматического симптомообразования.

31. Влияние психических факторов на происхождение, течение и лечение соматических заболеваний.

32. Психосоматические аспекты боли.

33. Диагностические критерии и клинические проявления вегетативного криза. Виды кризов.

34. Физиологические теории психосоматических расстройств.

35. Нейрогуморальная теория патологического психосоматогенеза.

36. Влияние соматической болезни на психическую деятельность человека.

37. Роль вегетативной нервной системы в развитии психосоматических расстройств.

38. Интегративные теории психосоматических расстройств

39. Биопсихосоциальная модель личности и болезни Джорджа Энджела.

40. Биопсихосоциальная модель заболевания Икскюля и Везиака.

41. Концепция Г. Аммона о нарушении механизмов установления идентичности как факторах этиопатогенеза психосоматических нарушений.

42. Классические психосоматические заболевания (Чигакская «святая» семерка).

43. Влияние хронической соматической болезни на психику. Факторы, влияющие на формирование аномальных черт личности.

44. Понятие о психосоматическом больном как носителе симптомов своей группы. Транскультурная психосоматика.

45. Психосоматические влияния при тяжелых заболеваниях.

46. Клинико-психологическая характеристика соматизированных расстройств (F 45.0).

47. Психосоматические явления в норме и патологии. Психосоматические и соматопсихические нарушения.

48. Роль эндокринной системы в психосоматическом симптомообразовании.

49. Клинико-психологическая характеристика ипохондрического расстройства.

50. Соматоформные расстройства: определение, классификация по МКБ-10. Отличия от классических психосоматозов. Изменения подхода к определению психосоматических расстройств в МКБ11 – телесный дистресс-синдром.

51. Стресс и дистресс как патогенетические факторы психосоматических расстройств. Механизмы развития соматического симптома на примере гипертонической болезни.

Критерии оценки ответа на вопрос собеседования:

оценка «отлично» (7-8 баллов) выставляется студенту, если дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями. В ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе психологической науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах психологической науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, в некоторых случаях демонстрирует авторскую позицию студента (8 баллов). Допускаются недочеты в определении понятий, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа (7 баллов).

оценка «хорошо» (6 баллов) выставляется в случае, если дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах психологической науки. В ответе допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя.

оценка «удовлетворительно» (4-5 баллов) выставляется в том случае, если дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах психологической науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые студент затрудняется исправить

самостоятельно (5 баллов). А также в случаях, если дан неполный ответ, при котором студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи, однако с помощью преподавателя студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения. В ответе могут отсутствовать выводы, могут быть допущены ошибки при раскрытии понятий, а речевое оформление требовать поправок и коррекции (4 балла).

оценка «неудовлетворительно» (менее 4 баллов) выставляется, когда дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.

3.7 Примеры кейс-задач

Компетенции:

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий

УК-5 Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия

ПК-2 Способен оказывать услуги психологического консультирования населению и трудовым коллективам

Задача № 1

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы:

Андрей Ю., 40 лет. Неоднократно был госпитализирован в неврологическую клинику по поводу затяжного радикулита с выраженным болевым синдромом и нарушением чувствительности. Случайно во время психодраматической постановки его сна на психотерапевтической группе удалось выяснить, что он служил в Афганистане, долгие годы медленно продвигался по карьерной лестнице, терпел самодурство начальника и в течение многих лет не позволял себе проявлять эмоции страха и гнева. Столкнувшись с тревожащей его ситуацией во время психодрамы, он не хотел вставать после завершения проигрывания своего сна (возник функциональный паралич) и издавал стоны. С помощью приема вербального отражения и усиления его звуков удалось вызвать у мужчины крик: эмоцию страха он долгие годы подавлял в бессознательном.

Вопросы к задаче № 1

1. Тип отношения к болезни?
2. Тип нозогении ?
3. Структура ВКБ ?
4. Динамика развития ВКБ

Задача № 2

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы: Юрий П., 36 лет, выходец из Закарпатской области.

С детства был нелюбимым сыном у отца, часто подвергался физическим наказаниям. В первый год службы в армии потерял мать, которую очень любил. Мать умерла в 40 лет вскоре после операции по поводу язвенной болезни. (Семейная история свидетельствует о том, что отец потребовал интимных отношений, когда у нее еще не были сняты швы.)

От первого брака у Юрия было трое детей. Прожив с первой женой семь лет, Юрий уехал от нее после очередного конфликта, связанного с ее равнодушным отношением к его потребностям. Разыскал проживавшую в Латвии одноклассницу, которая также с тремя детьми уехала от мужа, и женился на ней. Вскоре в связи с распадом СССР они вынуждены

были уехать в Псковскую область. Юрий воспитывал пасынков как родных детей, хотя жена периодически говорила, что наказывать неродных детей нельзя. Спустя два года родился совместный ребенок. Идеализация второй жены, напоминавшей по характеру умершую мать и имевшей такое же имя, вскоре начала проходить. Жена препятствовала общению с друзьями, пилила его за употребление алкоголя. Когда младшему ребенку исполнилось три года, у него была диагностирована бронхиальная астма, а Юрий начал страдать язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Каждый год он проходил курс лечения медикаментами, ему неоднократно предлагалась операция. В случайной беседе с психотерапевтом Юрий рассказал, что он постоянно испытывает чувство внутренней пустоты и дефицит общения, потерял контакт с братьями, нет друга, с которым мог бы поделиться своими переживаниями, жена осуществляет тотальный контроль над его общением (в рассказе именует ее «моя ментовка»). Дети, которых он вырастил как своих, игнорируют его мнение, а младший сын избалован из-за своей болезни. Кроме того он испытывает чувство вины перед своими родными детьми от первого брака. «Бывает желание уйти в поле и напиться. Иногда напиваюсь назло жене».

Вопросы к задаче № 2

1. Тип отношения к болезни?
2. Тип нозогении ?
3. Структура ВКБ ?
4. Динамика развития ВКБ

Задача № 3

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы: Дмитрий, 26 лет. Дмитрий - военнослужащий, студент заочного отделения психологического факультета, рискнул выступить в качестве клиента на занятиях по психотерапии. Вот как он описал свое расстройство.

«Основным симптомом моего заболевания является неспособность дышать носом, нос постоянно заложен, приходится прибегать к лекарству. Обследование, лечение, смена климата никаких результатов не дали. Считаю, что это проявления психосоматического заболевания.

Отец погиб в 1979 году (от производственной травмы). В 1985 году мать второй раз вышла замуж, родилась сестра Таня. С самого начала у нас с отчимом появились разногласия в понимании некоторых сторон жизни. Со временем его роль отца при взаимодействии со мной свелась к подавлению моих желаний, лишению чего-либо, угрозам, наказаниям (не физическим). Как правило, мать принимала сторону отчима. Чем старше я становился, тем сильнее проявлялось противостояние. Я продолжал проявлять твердость своих убеждений, в результате чего мне приходилось выполнять волю отчима через «не хочу» с проявлениями эмоций с обеих сторон. Я стал ненавидеть отчима. Со слов матери, отчим меня очень любит и желает мне только хорошего.

Первые признаки затяжного насморка появились в 14–15 лет. Отношения со сверстниками были хорошие, но с классным руководителем случались разные инциденты (например, она назвала меня подонком, я выбил у нее дома стекла).

В 18 лет я был призван в армию. Практически все негативные стороны армейских взаимоотношений пришлось вынести: подавление, подчинение воли, унижение. После службы в вооруженных силах я работаю в структуре МВД. Принцип работы силовых структур — иерархическая лестница, подчинение, субординация.

Считаю, что такие жизненные моменты как отношения в школе, отношения в армии, отношения на работе плюс отношения с отчимом и есть причины моего хронического насморка, то есть неспособность дышать. Ограничение воздуха в легких — есть отсутствие свободы самовыражения, неспособность к спонтанным действиям, а лишь достижение поставленной задачи или программы».

Вопросы к задаче № 3

1. Тип отношения к болезни?
2. Тип нозогении ?
3. Структура ВКБ ?
4. Динамика развития ВКБ

Задача № 4

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы: Женщина 29 лет обратилась в связи с тяжелой экземой кистей рук, впервые появившейся 8 лет назад, когда у нее от не планированной беременности родилась дочь. Это было на Крайнем Севере, куда был направлен служить ее муж. Ее лечили от аллергии, запретили пользоваться стиральными порошками и большинством сортов мыла, но полностью экзема прошла лишь через месяц после того, как полуторогодовалую дочь, отставшую в развитии, отправили домой к бабушке, где были возможности лечить ее. Еще через полгода у них родилась вторая дочь. Пациентка ухаживала за ней, пользовалась всеми моющими средствами – экзема не возобновлялась. Муж пациентки был мобилизован за год до обращения, они вернулись в свой город и стали жить всей семьей вместе с первой дочерью, у которой была умственная отсталость в степени дебильности. Почти сразу последовало обострение экземы, по поводу которой пациентка без видимого успеха лечилась у нескольких дерматологов. К психотерапевту пациентка обратилась, полагая, что ей поможет гипноз.

Вопросы к задаче № 4

1. Происходящее с пациенткой с наибольшей вероятностью является навязчивым состоянием?
2. Происходящее с пациенткой с наибольшей вероятностью является конверсионной реакцией?
3. Происходящее с пациенткой с наибольшей вероятностью является симуляцией?

Задача № 5

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы: Девушка 15 лет требует у родителей деньги на проведение пластической операции по изменению формы носа – громадного и уродливого, по ее мнению, и вполне милого, по мнению членов семьи и друзей. Девушка избегает фотографироваться, не любит смотреться в зеркало

Вопросы к задаче № 5

1. Происходящее с пациенткой с наибольшей вероятностью является деперсонализацией-дереализацией?
2. Происходящее с пациенткой с наибольшей вероятностью является дисморфофобией?
3. Девушка здорова?

Обоснуйте свой ответ

Задача № 6

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы: Тимур, 8 лет.

Жалобы на нарушение плавности речи, навязчивые движения плечами, непроизвольное мочеиспускание и пачкание белья, нарушение акта глотания, низкую концентрацию внимания в школе.

Есть косвенные данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями: бабушка по линии отца собственноручно похоронила мертворожденного ребенка без какого-либо оформления документов. Отец по профессии менеджер, психопатологических отклонений не имеет. Мать по образованию педагог, по характеру тревожная и обидчивая. При рождении ребенка матери было 28 лет, отцу 30 лет. До этого в течение десяти лет супруги предохранялись от беременности. Мать Тимура очень хотела дать редкое имя своему первенцу, мотивируя свое желание следующим образом: «Когда я буду звать его из песочницы, то откликнется мой ребенок, а не три Димы». Беременность протекала тяжело, с угрозой прерывания, был обнаружен отрицательный резус-фактор.

Ребенок родился в срок. Врачи зафиксировали родовую травму и стафилококковую инфекцию, ребенок был госпитализирован в городскую больницу. Первый год жизни прошел в борьбе за сон. Кроме того были проблемы с кормлением, периодически возникала аллергия с повышением температуры. При этом с пяти месяцев функции выделения осуществлял в кроватке, а первый оформленный стул появился к году.

Когда мальчику исполнился год, он заболел бронхитом, затем перенес 6–7 ангин, с последующим проколом пазух носа и удалением миндалин. Наблюдалась задержка речевого развития, а с трех лет — заикание, которое характеризовалось повторением слов в начале предложения. Обратились в центр неврозов. Была диагностирована дизартрия и проведено лечение дыхательной гимнастикой.

С трех лет любил рисовать, собирал модели из конструктора «Лего». Отец много работал, занимался сыном редко, так как у него существовала иррациональная установка, что «ребенок до семи лет — мамин». Когда Тимуру исполнилось пять лет, отец ушел в другую семью. Мать, испытав сильный стресс, проходила лечение в психиатрической больнице. До сих пор считает, что любит своего мужа. «Я отпустила, но не отдала». В семье появилась няня, так как мать, по профессии учитель французского языка, решила переобучиться на бухгалтера, что ей вполне удалось. До шести с половиной лет ребенок почти не видел отца. Он изредка приезжал, привозил подарки, но мальчик радовался даже таким мимолетным встречам. Бывшая жена пыталась заставить отца «любить» сына, но это ей удавалось с трудом.

Перед поступлением в школу мальчику сообщили, что у отца есть другая семья, и он должен поехать вместе с мачехой и со сводной сестрой в Турцию. После этого путешествия у мальчика появились энурез и энкопрез. Новая жена отца мальчику не понравилась, он постоянно задавал матери вопросы, почему папа ушел от них. Отец изредка навещал их, но после его ухода у матери случались истерики. Тимур перестал рисовать. Отец купил ему компьютер, и мальчик часами играл.

Когда Тимур окончил первый класс, отец предложил ему вновь поехать в заграничную поездку. Мальчик вначале отказался, но отцу удалось его уговорить. Вернувшись с летнего отдыха, мальчик заявил, что он теперь знает причины, по которым отец оставил мать, добавив, что «папа обещал меня поддерживать». По случайности, в этот день их квартиру обокрали. Были вынесены все вещи, в том числе компьютер Тимура. Мать позвонила бывшему мужу, сообщив о происшествии, но тот отказался приехать. «Вот какой твой любимый папочка — сволочь!» — заявила Тимуру мать. Отец приехал через пару дней, привез новый телевизор, компьютер, деньги, а у ребенка усилилось заикание.

Вопросы к задаче № 6

1. Тип отношения к болезни?
2. Тип нозогении ?
3. Структура ВКБ ?
4. Динамика развития ВКБ

Задача № 7

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы: Юлия Г., 24 года

Впервые обратилась за помощью к психотерапевту в мае 2004 года по-сле купированного врачами «скорой помощи» острого симпатоадреналового криза, сопровождаемого чувством страха.

Родилась на Украине в семье служащих. Отец занимал крупный пост и всегда желал единственной дочери, чтобы она достигла высокого положения в обществе. Девушка росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами. В 10 классе был обнаружен нефроптоз, и девушке запретили заниматься какими-либо видами спорта. Закончила в Киеве институт иностранных языков и осталась там работать в одном из госучреждений. Всегда свысока относилась к представителям русской нации, считая, что они лодыри и тунеядцы. При этом у

нее был роман с русским бизнесменом, который закончился разрывом через три месяца. Подходящего ее требованиям украинца она не нашла, и следующим объектом любовных отношений стал Петербургский бизнесмен Денис, работавший в совместной российско-украинской компании. По каким-то обстоятельствам их предприятие попало под надзор прокуратуры, и директора и нескольких сотрудников арестовали. Дениса через трое суток выпустили, и они с Юлией решили уехать в Петербург. Преодолев все трудности, Юлия в короткий срок оформила регистрацию и устроилась работать в одно из консульств, где быстро продвинулась по службе. На работе держалась высокомерно, могла сделать грубое замечание коллегам, осуждала несоответствие в одежде, в манерах и т. д. Денису было труднее с работой, но и он вскоре нашел ее, хотя его выбор не соответствовал представлениям жены. В течение года проживания в Северной столице у Юлии не образовалось своего круга общения. Свободное время заполняла мелкими любовными интрижками, интернет-знакомствами. Ей доставляло удовольствие кружить голову англичанину, с которым познакомилась на приеме в консульстве, атаковать его бесконечными СМС, не доводя дело до интимной близости.

Несмотря на приличную зарплату, наличие однокомнатной квартиры, любовь своего мужа, испытывала недовольство собой, своими сотруд- никами, петербургскими нравами, требованиями родителей вернуться на Украину, и к маю 2005 года нарастающее внутреннее напряжение привело к психосоматическому кризу.

Вопросы к задаче № 7

1. Тип отношения к болезни?
2. Тип нозогении ?
3. Структура ВКБ ?
4. Динамика развития ВКБ

Задача № 8

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы: Больной К., 60 лет, поступил в стационар в связи с сильными болями в области сердца. При обследовании был выявлен острый инфаркт миокарда, и больной был помещен в блок интенсивной терапии, а после стабилизации состояния переведен в отделение общей кардиологии. У больного отмечается снижение настроения, тревога за свое здоровье. Нарушился сон: боится заснуть и умереть во сне. Не знает, как ему себя вести: что можно и что нельзя есть, пить и т.п. Постоянно спрашивает врача и персонал, что с ним будет дальше. При расспросе выяснилось, что пациент до поступления в отделение был здоров, работал и особенно не обращал внимания на свое здоровье. По характеру ответственный, исполнительный, тревожно-мнительный. Лежа в отделении, вспоминал всех родственников и знакомых, умерших от инфаркта миокарда. Вспомнил, что его наследственность отягощена сердечно-сосудистой патологией и что отец умер примерно в том же возрасте от острой сердечной недостаточности. Фиксирован на своем состоянии и своих переживаниях. Хочет поправиться, однако ничего не делает для этого.

Вопросы к задаче № 8

1. Что явилось причиной его психического состояния?
2. Чем опасно резвившиеся психическое состояние в процессе лечения?
3. Опишите работу психолога с больным.

Задача № 9

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы: Пациентка М., 48 лет, риэлтор, обратилась с жалобами на боязнь заболеть раком. Страх возник около пяти лет назад, после того, когда обнаружили небольшую доброкачественную опухоль матки. Для того, чтобы избежать инсоляции, стремиться всегда быть в тени, из-за этого летом даже на даче не выходит из дома, не работает не участке, со всем справляется муж. Практически каждый месяц делает обследование – УЗИ органов брюшной полости, чтобы быть

озлокачествления фибромы не произошло. Отношения с мужем напряженные: «напивается каждую субботу», это обозначает как причину отсутствия интимных отношений с мужем. Говорит о нем раздраженно, считает, что замуж вышла за него зря, из-за возникшей беременности. Всю жизнь хотела с ним развестись, не сделала этого из-за дочери: «сначала - как останется без отца, потом – как будет выходить замуж, сейчас - как внук останется без деда». Выглядит моложе своих лет, ухоженная, привлекательная, постоянно вскользь упоминает о связях «с сильными мира сего».

Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

Вопросы к задаче № 9

1. Выделите основные симптомы заболевания.
2. Выявите связь между манифестацией симптомов и психогенией.
3. Выделите психологические аспекты заболевания.
4. Определите основные патологизирующие моменты заболевания.

Задача № 10

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы: Моделирование и разбор конкретной ситуации Даша М., 21 год. На приеме с матерью. Обратилась с жалобами на постоянные головные боли, обгрызание ногтей, импульсивность поступков (берётся за многие дела, не доводит их до конца).

Симптомы появились давно, около 10 лет, усилились последние 2 года. В возрасте 11 месяцев была удочерена после гибели родной матери, двоюродной сестры приёмной матери. Родная мать бросилась под поезд, узнав, что отец ребёнка (моряк), бросил её. При этом, за ней многие ухаживали, но она выбрала его, хотя изначально он ей ничего не обещал. Семья на момент принятия девочки состояла из отца, матери и двух старших сестёр, проживала в Еткульском районе. В момент обращения: мать разведена с отцом год назад (со слов матери) из-за его «несносного характера, когда трезвый». Отец работает адвокатом. Раньше он возглавлял прокуратуру, но после заведённого на него дела вынужден был уйти. После развода живёт один, «излишне употребляет». Сама мать переехала жить к своей матери. Старшие дочери живут со своими семьями (одна в Москве, другая в Санкт-Петербурге), благополучны. Даша с раннего возраста была «трудной», в садике плохо запоминала стихи, в школе училась в основном на тройки, была непослушной, упрямой. Узнала, что она приёмная в 12 лет («добрые» люди рассказали), на это видимой реакции не было. Никогда до настоящего времени не было вопросов, разговоров об этом. Несколько месяцев назад начала говорить, что не верит, что мама умерла. Начала искать родную мать в Интернете, обращая внимание на женщин с материнской фамилией, соответствующего возраста, похожих на неё. Однажды даже позвонила такой женщине из Ростова, но она после ответа на несколько её вопросов положила трубку. Обращает внимание на женщин, похожих на неё, на улице.

После успешного окончания педагогического училища в Челябинске на коммерческой основе 7 месяцев проработала в частном детском саду, но уволилась из него, объясняя сильной усталостью.

В настоящее время работает продавцом в отделе вечерней женской одежды, ей эта работа нравится, её хвалят. Снимает квартиру с двумя ровесницами.

Легко вступает в контакт, многоречива, тревожна. Хочет жить одна в снимаемой квартире, но мать не разрешает ей, не обосновывая это ничем. На вопрос, как она относится к тому, что она приёмная, начала эмоционально доказывать, что «не та мать, которая родила, а которая воспитала», что она любит её и считает её родной. При этом, отводя глаза, начала рассказывать, «что родная мама не умерла, я не верю в это», рассказала о попытках найти родную мать. Уважительно отзывается об отце, выставляя его сильным, умным, но требовательным по отношению к ней человеком, «но так и надо было». Был молодой человек, который ей очень нравился, но он её бросил, и она была вынуждена сделать аборт. Считает, что главное в будущем спутнике – его личные качества, и она выйдет замуж только

за перспективного и многообещающего. Сейчас она озабочена тем, что у неё не получается общаться с парнями, просит её проконсультировать по этому поводу в будущем.

После диагностики личности пациентки и её матери проведена рациональная психотерапия по типу «знакомство с дочерью». Проведено закрепление положительного продуктивного разговора матери с дочерью («обучение договариваться») и эмоциональное отреагирование восстановления нарушенного контакта.

Вопросы к задаче № 10

1. Выделите основные симптомы заболевания.
2. Выявите связь между манифестацией симптомов и психогенией.
3. Выделите психологические аспекты заболевания.
4. Определите основные патологизирующие моменты заболевания.

Критерии оценки решения кейс-задачи:

оценка «отлично» (11-12 баллов) выставляется в случае, если студент учел в полном объеме и логически проработал все указанные условия и факторы, определяющие направление решения ситуационной задачи. Решение задачи представляет собой логически выстроенный алгоритм действий. Демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять. Студент умеет обосновано излагать свои мысли, делать необходимые выводы (12 баллов). Допускаются единичные ошибки при самостоятельной коррекции студентом (11 баллов).

оценка «хорошо» (9-10 баллов) выставляется, когда студент учел в полном объеме и логически проработал все указанные условия и факторы, определяющие направление решения ситуационной задачи. Решение задачи представляет собой логически выстроенный алгоритм действий. Демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять. Студент умеет обосновано излагать свои мысли, делать необходимые выводы. Возможны единичные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя (10 баллов). Допускается, если в ответе имеются недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя (9 баллов).

оценка «удовлетворительно» (7-8 баллов) выставляется в том случае, если указанные условия и факторы, определяющие направление решения задачи, учтены полностью или частично. У студента возникают затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, ответ характеризуется неполным теоретическим обоснованием, требующим наводящих вопросов преподавателя с затруднениями в формулировке выводов (8 баллов). А также в случаях, если логическая последовательность в решении задачи представлена не явно, задача решена только при подсказке преподавателя при отсутствии выводов (7 баллов).

оценка «неудовлетворительно» (менее 7 баллов) выставляется, когда решение не соответствует условиям задачи, произведена неправильная оценка предложенной ситуации, отсутствует теоретическое обоснование выполнения задания. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не способствуют пониманию условий задачи и её выполнению.

Оценка студенту ставится с учетом суммирования полученных баллов за каждое задание.

«Отлично» - 18-20 баллов;

«Хорошо» - 15-17 баллов;

«Удовлетворительно» - 12-14 баллов

«Неудовлетворительно» - менее 12 баллов