

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
**Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.
Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

Институт психологии и социальной работы
Кафедра педагогики и медицинской психологии

**Методические материалы по дисциплине:
Психологическое сопровождение лечебного процесса**

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования - программа специалитета

КОД Наименование ОП: 37.05.01 Клиническая психология

Итоговое тестирование (ЦТ) по курсу «Психологическое сопровождение лечебного процесса»

Тема 1. Общее представление о лечебном процессе

1. НОРМА В МЕДИЦИНЕ ТРАКТУЕТСЯ КАК

- а) *средние значения показателей, встречающиеся в популяции*
- б) *уменьшение адаптации к окружающей среде*
- в) *комплекс медицинских вмешательств*
- г) *основание считать человека здоровым*
- д) *вывод из теоретической модели функционирования организма*

2. БОЛЕЗНЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

- а) *средние значения показателей, встречающиеся в популяции*
- б) *уменьшение адаптации к окружающей среде*
- в) *комплекс медицинских вмешательств*
- г) *основание считать человека здоровым*
- д) *вывод из теоретической модели функционирования организма*

3. ЛЕЧЕНИЕ — ЭТО:

- а) *средние значения показателей, встречающиеся в популяции*
- б) *уменьшение адаптации к окружающей среде*
- в) *комплекс медицинских вмешательств*
- г) *основание считать человека здоровым*
- д) *анализ теоретической модели функционирования организма*

4. ЛЕЧЕНИЕ, ПРОВЕДЕННОЕ КАЧЕСТВЕННО, ПРЕДПОЛАГАЕТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ КРОМЕ:

- а) *редуцирует симптомы болезни, препятствует ее прогрессированию*
- б) *способствует продлению активного долголетия*
- в) *не должно причинять больному неудобство (моральное, физическое, материальное, др.)*
- г) *должно скорейшим образом приводить к выздоровлению*
- д) *имеет высокую цену*

5. ОБЪЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА — ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КРОМЕ:

- а) *человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим состоянием*

- б) человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его психологическим, духовным состоянием
- в) человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его социальным состоянием
- г) *информационные технологии*
- д) системы и процессы охраны, профилактики и восстановления здоровья

6. В СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА **НЕ** ВХОДИТ:

- а) поддержание состояния субъективного социального благополучия
- б) поддержание состояния субъективного психологического благополучия
- в) поддержание состояния субъективного физического благополучия
- г) поддержание состояния субъективного духовного благополучия
- д) *пытаться самостоятельно вылечить пациента*

Тема 2. Личностные особенности, необходимые психологу для работы с больным человеком

7. ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ КАЧЕСТВА КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГО ЛЕЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС – ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ НИЖЕ КРОМЕ:

- а) профессиональной эрудиции
- б) *привлекательной внешности*
- в) профессиональных умений
- г) профессиональных навыков
- д) профессиональных компетенций

8. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ПСИХОЛОГА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВО ВСЕМ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОМ КРОМЕ:

- а) уверенно выполняемых на высоком уровне эффективности профессиональных действиях и операциях, проверенных в контексте доказательной психологии
- б) реализуемых на высоком уровне эффективности психодиагностических, психокоррекционных, экспертных, научно-исследовательских, психолого-просветительских, организационно-управленческих профессиональных технологиях
- в) *гибкости ценностных ориентаций*
- г) творческом выполнении своей деятельности, поиске инновационных подходов и технологий

д) профессиональной коммуникабельности

9. НЕОБХОДИМЫЕ ПСИХОЛОГУ КАЧЕСТВА ЛИЧНОСТИ – ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ КРОМЕ:

а) общей установки на изучение человека, наблюдательности

б) толерантности к людям с разными личностными качествами, готовности к контактам с разными людьми

в) высокого интеллекта

г) *предпочтителен мужской пол и возраст после 30 лет*

д) оптимизма, стрессоустойчивости в процессе общения, уверенности в себе как профессионале, энтузиазма по отношению к работе, ответственности

10. СВОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ПСИХОЛОГА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЕГО УСПЕХУ (США) – ЭТО ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КРОМЕ:

а) проявления интереса к людям и терпения в общении с ними; понимания профессионального долга

б) эмоциональной стабильности и объективности; самопонимания

в) доверия к людям и способности вызывать их доверие

г) уважения ценности другой личности, отсутствия предубеждений

д) *чувства превосходства над клиентами и стремления его продемонстрировать*

11. ВЫБОР ПОМОГАЮЩЕЙ ПРОФЕССИИ С НЕОБХОДИМОСТЬЮ ПРЕДПОЛАГАЕТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ КРОМЕ:

а) профессионального самоопределения

б) *материальной поддержки семьи*

в) когнитивной профессиональной готовности к профессиональной деятельности

г) личностной профессиональной готовности к профессиональной деятельности

д) готовности к саморазвитию как профессионала и как личности

Тема 3. Психологическая подготовка к встрече с конкретным пациентом

12. СУБЪЕКТНОСТЬ ПОВЕДЕНИЯ ПСИХОЛОГА ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ВСТРЕЧЕ С ПАЦИЕНТОМ ПРЕДПОЛАГАЕТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ КРОМЕ:

а) ответственности за свое психическое и физическое состояние

б) *ответственности за происходящее в медицинском учреждении, где ведется психологический прием*

в) самонастроения на работу с пациентом

- г) заботы о своем состоянии духовного благополучия
- д) определения границ своей профессиональной ответственности

13. ПЕРВАЯ СТАДИЯ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ) УСТАНОВЛЕНИЯ КОНТАКТА С ПАЦИЕНТОМ (ПО СТЮАРТ И САНДИН, 1995) ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ КРОМЕ:

- а) начинается еще до встречи с пациентом
- б) заканчивается еще до встречи с пациентом
- в) на этой стадии собирается необходимая информация о пациенте
- г) на этой стадии установления контакта планируется первая встреча с пациентом
- д) *на этой стадии подбираются психотерапевтические методики*

Тема 4. Психологический контакт

14. В СТРУКТУРУ ПРОЦЕССА ОБЩЕНИЯ (ПО Г.М.АНДРЕЕВОЙ) ВХОДИТ:

- а) *интеракция*
- б) первое впечатление
- в) волевое усилие
- г) эмоциональная реакция
- д) групповая динамика

15. ВИДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНТАКТА ОБЫЧНО НЕ КЛАССИФИЦИРУЮТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ:

- а) его продолжительности (кратковременный – долговременный)
- б) его осознанности (осознанный – неосознаваемый)
- в) его произвольности (непроизвольный – требующий осознанных усилий)
- г) его глубины (первоначальный контакт – доверие/недоверие - ...)
- д) *половой принадлежности вступивших в контакт*

16. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОНТАКТ – ЭТО ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ:

- а) любое взаимодействие между психологом и пациентом (клиентом)
- б) *богатые, плодотворные отношения, благодаря которым возможно оказание психотерапевтического влияния на пациента (клиента)*
- в) раппорт между терапевтом и клиентом
- г) совместное пребывание психолога и пациента в кабинете психологической помощи
- д) позитивное отношение психолога к пациенту

17. В ОСНОВНЫЕ СВОЙСТВА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОНТАКТА НЕ ВХОДИТ:

- а) несимметричность позиций психолога и пациента (клиента)
- б) ответственность психолога за его установление
- в) осознанное использование психологом научно проверенных приемов, средств для установления контакта
- г) использование психотерапевтического контакта как инструмента психологического влияния с целью достижения профессионально значимых целей (при психологическом сопровождении лечебного процесса)
- д) *стремление общающихся встретиться и во «вне рабочее» время*

18. В ЦЕЛИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОНТАКТА НЕ ВХОДИТ:

- а) создание условий для прогрессивного самонаблюдения пациента
- б) создание условий для личностного роста пациента
- в) *улучшение качества жизни пациента*
- г) создание условий для создания атмосферы доверия
- д) создание атмосферы безопасности для предстоящей терапевтической работы

19. В СОСТАВЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕССА УСТАНОВЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОНТАКТА (ПО Н.Д.ТВОРОВОЙ, 2011) НЕ ВХОДИТ:

- а) выделение партнера по общению в качестве «фигуры» из «фона», наделение его значимостью (ценностью)
- б) представленность образа другого во внутренних пространствах партнеров по общению
- в) удовлетворение потребности пациента в безопасности (устранение необходимости «аварийного» поведения: не надо убегать, нападать или замирать)
- г) начавшийся обмен невербальной информацией
- д) начавшийся обмен вербальной информацией
- е) *выяснение, чем пациент может быть полезным для психотерапевта*

20. ВТОРАЯ СТАДИЯ (ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ) УСТАНОВЛЕНИЯ КОНТАКТА С ПАЦИЕНТОМ (ПО СТЮАРТ И САНДИН, 1995) ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ КРОМЕ:

- а) на этой стадии установления контакта происходит первая встреча с пациентом
- б) выясняется запрос пациента к психологу
- в) на этой стадии необходимо создание атмосферы доверия, понимания и открытого сотрудничества
- г) разрабатывается договор (контракт) с пациентом
- д) *производится оплата психотерапии*

21. ОПТИМАЛЬНОЕ ВРЕМЯ ПЕРВИЧНОЙ БЕСЕДЫ С ПАЦИЕНТОМ СОСТАВЛЯЕТ:

- а) не более 30 минут
- б) *примерно 1 час*
- в) не менее полутора часов
- г) около двух-трех часов
- д) чем дольше, тем лучше

22. КАКОЙ ВИД ОБСЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ УМЕСТЕН, КОГДА ТРЕБУЕТСЯ ОЦЕНИТЬ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА, ИССЛЕДУЯ ЕГО ПОВЕДЕНИЕ, ВОСПРИЯТИЕ, МЫШЛЕНИЕ, ЭМОЦИОНАЛЬНУЮ СФЕРУ, ИНТЕЛЛЕКТ:

- а) стандартное интервью
- б) исследование самоотчета
- в) психофизиологическое обследование
- г) *исследование психического статуса*
- д) сбор анамнеза

23. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК **НЕ** ОЦЕНИВАЕТСЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА:

- а) поведение
- б) *социоэкономический статус*
- в) мотивация
- г) эмоциональные реакции
- д) мышление

24. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АСПЕКТОВ ПОВЕДЕНИЯ ТИПИЧЕСКИ ПРЕДСТАВЛЕН В ХОДЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА:

- а) рефлекторные реакции
- б) инстинктивные побуждения
- в) бессознательные влечения
- г) *моторное поведение*
- д) психическая деятельность

25. КАКОЙ ТИП ВОПРОСОВ **НЕ** ВХОДИТ В ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ:

- а) прямые вопросы
- б) косвенные вопросы

- в) прожективные вопросы
- г) конфронтационные вопросы
- д) *суггестивные вопросы*

Тема 5. Развитие психотерапевтического контакта с пациентом

26. ДИНАМИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНТАКТА ПСИХОЛОГА С ПАЦИЕНТОМ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ КРОМЕ:

- а) установление и развитие контакта
- б) затухание контакта
- в) обрыв контакта
- г) завершение контакта
- д) *переговоры*

27. ТРЕТЬЯ СТАДИЯ (РАБОЧАЯ) УСТАНОВЛЕНИЯ КОНТАКТА С ПАЦИЕНТОМ (ПО СТЮАРТ И САНДИН, 1995) НЕ ПРЕСЛЕДУЕТ ЦЕЛЬ:

- а) помочь пациенту справиться со своими психологическими проблемами
- б) повысить самостоятельность пациента и его ответственность за себя
- в) на этой стадии важно развивать конструктивные механизмы сотрудничества
- г) *вхождение пациента в роль больного*
- д) нахождение для пациента ресурсов социальной поддержки

28. РАЗВИТЫЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОНТАКТ МЕЖДУ ПСИХОЛОГОМ И ПАЦИЕНТОМ ПРЕДПОЛАГАЕТ СЛОЖНЫЕ И ДИНАМИЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ОБЩАЮЩИМИСЯ. В СОСТАВЛЯЮЩИЕ АРХИТЕКТониКИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОНТАКТА (А.С.СПИВАКОВСКАЯ) НЕ ВХОДИТ:

- а) «дистанция» (физическая и психологическая)
- б) «плоскость» (психолог клиентом может возводиться на пьедестал как близкий, но стоящий над ним, либо определяет его «под подиум» как представителя сферы услуги)
- в) «пространство общения» (должно быть установлено общее пространство, т. е. способность психолога видеть мир глазами пациента; психолог не спешит сразу переводить пациента в то пространство понимания, которое он сам имеет)
- г) *различие в социальном статусе психолога и психотерапевта*
- д) «высокая значимость» для пациента (психотерапевтический контакт как «Встреча»)

Тема 6. Профессиональное общение психолога со специалистами, работающими с конкретным пациентом

29. ПРОФЕССИОНАЛЬНО ПРИЕМЛЕМЫЕ ФОРМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПСИХОЛОГОВ: ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КРОМЕ:

- а) обращение (в случае необходимости) за помощью к коллеге
- б) приглашение коллеги в качестве супервизора
- в) коучинг со стороны более опытного специалиста
- г) организация баллинтовских группы (из числа психологов-профессионалов)
- д) *обсуждение профессиональной работы коллеги без приглашения его*

30. НА РЕЗУЛЬТАТЫ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЛОВОГО ОБЩЕНИЯ ПСИХОЛОГА СО СВОИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ОКРУЖЕНИЕМ ВЛИЯЮТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- а) групповых норм
- б) слухов
- в) традиций
- г) *внешнего вида психолога*
- д) профессионализма психолога

31. ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ – ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КРОМЕ:

- а) сплоченность сотрудников (их ценностно-ориентационное единство)
- б) срабатываемость
- в) психологическая совместимость
- г) *хорошее настроение сотрудника*
- д) конформизм и внутригрупповая внушаемость

Тема 7. Доверие пациента психологу как условие терапевтического общения

32. ДОВЕРИЕ НЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ:

- а) убежденность в честности, добросовестности, искренности того, кому доверяешь
- б) *беспрекословного во всем подчинения тому, кому доверяешь*
- в) возможность положиться на мнение того, кому доверяешь, и отказ от самостоятельного исследования вопроса, входящего в его компетентность
- г) возможность прогнозировать действия того, кому доверяешь, и надежду, что эти действия совпадут с теми, которые от него ждешь
- д) доверия к информации, исходящей от человека, которому доверяешь как личности (как специалисту)

33. ДОВЕРИЕ НЕ ФОРМИРУЕТСЯ:

- а) в процесс общения (т. к. доверие не является врожденным)
- б) если объект окружающего мира обладает свойствами безопасности (надежности) и полезности (значимости для человека)
- в) благодаря позитивной установке субъекта восприятия при формировании первого впечатления о незнакомом социальном объекте
- г) *если имеется предварительный негативный опыт общения (репутация личности)*
- д) в зависимости от того, как при первой встрече воспринимается партнер по общению

Тема 8. Мишени психологического воздействия психолога при различных соматических заболеваниях пациентов

34. КЛАССИЧЕСКИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- а) бронхиальная астма*
- б) гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца*
- в) язвенная болезнь 12-перстной кишки, язвенный колит*
- г) нейродермит*
- д) неспецифический хронический полиартрит*

35. ДОКАЗАНО НАЛИЧИЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВЛИЯНИЙ КРОМЕ:

- а) патогенное влияние психологических факторов на соматическую сферу человека*
- б) саногенное влияние психологических факторов на соматическую сферу человека*
- в) саногенное влияние духовных факторов на соматическую сферу человека*
- г) саногенное и патогенное влияние социальных факторов на соматическую сферу человека*
- д) соматогенное и психогенное влияние соматических заболеваний на психику*

36. В МИШЕНИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПСИХОЛОГА ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТОМ НЕ ВХОДИТ:

- а) адаптация пациента к своему новому состоянию*
- б) страх, высокий уровень тревожности пациента*
- в) чувство собственной неполноценности пациента, «уход в болезнь»*
- г) установка на здоровый образ жизни*
- д) поиск виновного в развитии заболевания*

37. К ЧИСЛУ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

- а) установление и поддержание адекватных задачам работы отношений*
- б) фундаментальное знание клинической психиатрии*
- в) ответственность профессионала за соблюдение профессионального этического кодекса*
- г) уверенность профессионала в методе, который он использует*
- д) конфиденциальность в психотерапии*

38. ЕСЛИ ПРОАНАЛИЗИРОВАТЬ ТО ОБЩЕЕ, ЧТО ОБЪЕДИНЯЕТ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ РАЗНЫХ ШКОЛ И НАПРАВЛЕНИЙ, ТО ИМ ОКАЖЕТСЯ:

- а) роль эмпатии
- б) работа с трансфером (переносом)
- в) *развитие отношений сотрудничества терапевта и пациента (клиента)*
- г) суггестия как основа эффекта
- д) право клиента сдвигать время встреч на более удобное для него время

Тема 9. Индивидуальные и групповые методы работы психолога с пациентами

39. В МЕТОДЫ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА С ПАЦИЕНТОМ НЕ ВХОДИТ:

- а) индивидуальная психотерапия: психотерапевтическая беседа
- б) индивидуальная психотерапия: поддерживающая психотерапия
- в) индивидуальная психотерапия: телесно-центрированные методики
- г) групповые методы работы психолога с пациентами (например, группы самопомощи)
- д) *паллиативное лечение пациента*

Тема 10. Психология горя

40. «РАБОТА СКОРБИ» (Э.КЮБЛЕР-РОСС), ИЛИ ГОРЕВАНИЕ (КАК ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА ПОТЕРЮ, УТРАТУ); ЕЕ СТАДИИ:

- а) *шоковая,*
- б) *отрицание,*
- в) *бунт и протест,*
- г) *«торг»,*
- д) *состояние депрессии.*

41. ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ СИНДРОМ ПЕРЕЖИВАНИЯ ГОРЯ, НЕ ВКЛЮЧАЮТ:

- а) биологические факторы (исследование эволюционного значения горя в обеспечении групповой сплоченности у тех, для которых общественная форма существования необходима для выживания)
- б) социокультурные факторы (например, исследование значения утраты роли из-за разрушения функциональных связей в результате потери значимого человека)

в) психологические факторы (значение аффективных привязанностей к людям, предметам или идеям), имеющие приспособительное значение (человек получает возможность превозмочь себя и приспособиться к потере)

г) коммуникативные факторы (горе вызывает сочувствие, усиливает связь между теми, кто понес утрату, заразительность переживания горя)

д) генетические факторы

42. СИНДРОМ ОСТРОГО ГОРЯ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ КРОМЕ:

а) физические ощущения (периодические приступы физического страдания, длящиеся от 20 мин. до 1 часа) – спазмы в горле, приступы удушья с учащенным дыханием, потеря мышечной силы, др.

б) когнитивные процессы (неверие, что произошла утрата; трудности с концентрацией внимания, забывчивость, навязчивые мысли об утраченном, пр.)

в) эмоциональные (комбинация эмоций, включающая в себя страдание, страх, вину, гнев и пр.)

г) благодарность за поддержку

д) поведение (торопливость в речи, непоседливость, бесцельные движения, повседневные дела выполняются с усилием, нарушаются привычные модели общения, др.)

43. ПАЦИЕНТ В КОНТЕКСТЕ ЕГО СЕМЬИ. СТАДИИ ГОРЕВАНИЯ ПРИ СМЕРТИ БЛИЗКОГО:

а) застывание

б) тоска по умершему, отвергание акта смерти

в) гнев на что или кого угодно

г) фаза дезадаптации и отчаяния

д) реорганизация отчаяния

Тема 11. Завершение психологического сопровождения лечебного процесса

44. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОДЕЛАННОЙ ПСИХОЛОГОМ РАБОТЫ (СООТНЕСЕНИЕ ЦЕЛЕЙ И ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ) ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВСЕМИ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ КРОМЕ:

а) самим психологом

б) пациентом (его удовлетворенность работой с психологом)

в) коллегами по медицинской бригаде

г) руководителем

б) журналистами

Тема 12. Выход психолога из контакта с пациентом

45. 4-Я СТАДИЯ (ЗАВЕРШАЮЩАЯ) УСТАНОВЛЕНИЯ, РАЗВИТИЯ И ЗАВЕРШЕНИЯ КОНТАКТА С ПАЦИЕНТОМ (ПО СТЮАРТУ И САНДИН, 1995) ПРЕДПОЛАГАЕТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ КРОМЕ:

- а) психолог и пациент могут принять решение о выходе из психологического контакта
- б) на этой стадии у пациента надо повышать чувство независимости от других (профилактика выученной беспомощности, обучение самопомощи)
- в) пациент подготавливается к окончанию взаимодействия с психологом, уменьшению числа встреч с ним или изменению их места
- г) специально ритуально оформляется завершение контакта
- д) психолог произвольно сам обрывает контакт

Тема 13. Психогигиена психолога

46. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ РИСКИ ДЛЯ ПСИХОЛОГА – НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КРОМЕ:

- а) низкая оплата труда
- б) утомление
- в) эмоциональное выгорание
- г) девиации в профессиональном поведении
- д) профессиональный стресс как угроза психосоматических заболеваний

47. ПСИХИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ РАЗЛИЧАЮТСЯ:

- а) по характеру причин возникновения (личностные и ситуативные)
- б) по уровню развития (глубокие и поверхностные)
- в) по направленности реакций (положительные и отрицательные)
- г) по уровню осознанности (сознаваемые и неосознаваемые)
- д) по длительности проявления (длительные, текущие, оперативные)

48. ЭФФЕКТЫ ДИСТРЕССА – ИСКЛЮЧИТЕ ЛИШНИЕ:

- а) когнитивные
- б) эмоциональные
- в) поведенческие

г) физические

д) волевые

49. В СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ СТРЕССА (СТРЕСС-ФАКТОРЫ) НА РАБОТЕ НЕ ВХОДИТ:

а) нечеткие ролевые обязанности, невозможность завершить начатое дело

б) нереалистично высокие притязания при недостаточной профессиональной подготовке

в) частые конфликты со своим непосредственным руководителем при изоляции от поддержки коллег; невозможность повлиять на принятие решений

г) *отсутствие административного ресурса, обеспечивающего продвижение по карьерной лестнице*

д) перегрузки и временной прессинг, недостаток разнообразия, высокая профессиональная ответственность; чрезмерные требования, предъявляемые к энергии, силам и ресурсам сотрудника

50. В СИМПТОМЫ «ВЫГОРАНИЯ» КАК СЛЕДСТВИЯ ДЛИТЕЛЬНЫХ НАПРЯЖЕННЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ С ЛЮДЬМИ («ОТРАВЛЕНИЕ» ЛЮДЬМИ) НЕ ВХОДИТ:

а) снижение продуктивности деятельности

б) низкий уровень трудовой морали (циничные, «бесчеловечные» аттитюды)

в) *использование нецензурных выражений*

г) частая смена мест работы, снижение уровня психологического и социального благополучия

д) риск психических дисфункций; злоупотребление алкоголем и наркотиками.

51. СЛЕДСТВИЕМ ВЫГОРАНИЯ (КАК САМОСТОЯТЕЛЬНОГО СИНДРОМА ТРУДОВОГО СТРЕССА), ВЫЗЫВАЮЩИМ ОБЕСПОКОЕННОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЕЙ, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) ухудшение качества обслуживания клиентов, пациентов; неспособность быть достаточно заинтересованным и вовлеченным в предоставление услуг получателям, цинизм

б) *проблемы работников, связанные с поиском смысла своей жизни*

в) прогулы, злоупотребление наркотиками, алкоголем, текучесть кадров

г) проблемы работников, связанные с эмоциональной опустошенностью и апатией, немотивированным раздражением и депрессией

д) проблемы работников, связанные с их физической усталостью, психосоматическими заболеваниями, чрезмерным использованием отпусков по болезни

52. В НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОГИГИЕНЫ ПСИХОЛОГА В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ РИСКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОШИБОК, ЯТРОПАТОГЕНИИ (НАНЕСЕНИЯ ВРЕДА ПАЦИЕНТУ) НЕ ВХОДИТ:

а) наличие в учреждении кабинета психологической разгрузки и свободный доступ к нему

- б) рациональное питание
- в) удовлетворенность своей работой
- г) поддержание у себя состояния духовного, социального, психологического, физического благополучия
- д) умение отдыхать, переключаться с профессиональной деятельности

Экзаменационные вопросы по курсу «Психологическое сопровождение лечебного процесса»

1. Опишите возможности работы с паллиативным пациентом
2. Опишите возможности работы с пациентом в реанимации
3. Опишите возможности работы с медицинской командой
4. Опишите возможности работы с родственниками онкопациента
5. Охарактеризуйте возможные запросы пациента при постановке диагноза
6. Охарактеризуйте возможные запросы пациента после длительного лечения
7. Охарактеризуйте возможные запросы пациента после рецидива
8. Опишите возможности социально-психологической поддержки пациента не специалистом психологом в рамках мед учреждения
9. Какие сферы жизни затрагивают психологические изменения при постановке онкологического диагноза в молодом возрасте
10. Какие сферы жизни затрагивают психологические изменения при постановке онкологического диагноза в среднем возрасте
11. Какие сферы жизни затрагивают психологические изменения при постановке онкологического диагноза в зрелом и позднем возрасте
12. Какие возможные запросы могут озвучивать мужчины с онкодиагнозом
13. Какие возможные запросы могут озвучивать женщины с онкодиагнозом
14. Утрата и переживание горя. Задачи горя (Дж. Ворден).
15. Патофизиологическое обследование детей школьного возраста и подростков: задачи, принципы, методики, критерии нормы
16. Роль психологических факторов в возникновении и течении ССЗ заболеваний. Алгоритм психологического сопровождения типа А
17. Диагностика показателей психического развития детей дошкольного возраста. Критерии нормы
18. Психологическое консультирование горя: особенности психологического консультирования на разных стадиях горя
19. Понятие психосоматики. Психосоматические явления.
20. Культурно–исторический подход в психосоматике. Телесность как психологический феномен
21. Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен
22. Онкопсихология: история развития, предмет, задачи. Психологические аспекты онкологических заболеваний
23. Особенности оказания паллиативной психологической помощи (цель, сеттинг, методы)
24. Диагностика показателей психического развития детей младенческого, раннего и дошкольного возраста. Критерии нормы

25. Психологические особенности детей с хроническими соматическими заболеваниями. Особенности внутренней картины болезни детей дошкольного, школьного и подросткового возраста.

Кейсы:

Дайте обратную связь пациенту. На какой стадии горевания находится пациент. Какую задачу горя решает пациент.

1. Пациент: Врач сказал, что мне надо лечь в больницу, что дело серьезное. Я не собираюсь этого делать. Хочу умереть в своей постели, а не на больничной койке.

Психолог:

2. Пациент: Врач обещала, и это прописано в контракте, что роды будет принимать она лично. Но когда я приехала, мне объяснили, что мой врач в отъезде. Я потеряла дар речи.

Психолог:

3. Психолог: Оцените интенсивность Вашей боли по шкале от 1 до 10.

Пациент: 15. Вам не понять.

Психолог:

4. Пациент: Не хочу пить эту гору химии, которую прописал врач. Всегда лечилась травками. Таблетки это яд.

Психолог:

5. Психолог: Кто Вас навещает в больнице?

Пациент: Не хочу никому говорить, что я в больнице. Сам справлюсь, а то потом разговоры пойдут.

Психолог:

6. Пациент: В голове не укладывается, что это все происходит со мной. Не пью, не курю. Спортом занимаюсь. Как землю из под ног выбили.

Психолог:

7. Пациент: Вот сижу смотрю на моего больного ребенка, ни эмоций, ни сил нет.

Психолог:

8. Пациент: Когда врач объявил диагноз нашей дочери, муж так на меня посмотрел. Как будто я виновата во всем. А что я могла сделать?!

Психолог:

9. Пациент: Легко Вам говорить, у Вас такого не было. Вы здоровые, нас больных не поймете.

10. Пациент: Стараюсь избегать детских площадок, где эти мамы с гиперактивными невоспитанными детьми. Мы в сторонке гуляем. Чтобы глупые вопросы не слышать и эти буйные дети моего не сшибли.

Психолог:

Семья моего мужа говорит, что женщина отвечает за здоровье ребенка. Значит это из-за меня у Володи порок сердца. Хотя я все делала правильно, не болела, берегла себя, была на всех осмотрах...»

Ответ:

11.«Мы лежим здесь уже пять дней, никто ничего не делает. Все ходят туда сюда и ничего не говорят. Не понимаю, чем мне может помочь психолог. Не собираюсь с Вами разговаривать...»

Ответ:

12.« Я родила Марка без мужа, мама уговаривала меня сделать аборт, но я хотела этого ребенка. Когда он родился ни я, ни врачи не заметили ничего подозрительного. Но на плановом осмотре в 1 месяц нам дали направление к кардиологу, так как педиатр услышала шумы в сердце. Я не могла в это поверить, мне надоело, что все против моего ребенка: и его отец, и моя мать, и, как мне казалось, этот врач. Я фаталистка, и решила будь, что будет.

Ответ:

13. Меня предупреждали, что надо сделать прививку от краснухи, но я думала, что пронесет. Когда заболела во время беременности, тоже надеялась, что все обойдется. А теперь у ребенка порок сердца. Теперь дочка всю жизнь будет мучиться и это все из-за меня, не знаю как с этим жить».«Я перестала общаться с подругами. Их вопрос : «А чему уже вы научились?» вызывает у меня жгучую ненависть к ним...»

Ответ:

Кейсы по модулю Онкопсихология:

1. Обратился сын пациента. Диагноз рак легкого 2 стадия, пациенту 75. Врачи отказываются от агрессивного лечения и сразу предлагают паллиативное лечение. Самочувствие пациента умеренно стабильное, есть незначительные трудности с дыханием. Занимается делами по дому, читает газеты, гуляет. Не знает о диагнозе, отдал все лечение на усмотрение сына. Сын не знает говорить ли отцу о диагнозе, боится, что не захочет жить.

Запрос: говорить или нет, если да, то как именно.

Какие дополнительные вопросы вы бы уточнили у сына пациента?

Какие факторы вы рассматривали как готовность или неготовность пациента говорить о диагнозе или нет?

2. Пациентка 37 лет, рак груди на 0 стадии (инситу). Обнаружили при подготовке к беременности. В браке 5 лет, подготовка к 1 беременности. Отношения благополучные, есть поддержка со стороны супруга и родственников.

Запрос: страх не забеременеть в будущем, страх, что может уйти супруг. Какие дополнительные вопросы вы бы уточнили у пациента?

Предложите стратегии работы с кейсом

3. Женщина 54 года, рак яичников. Принимает гормональные препараты, обратила внимание на частые перепады настроения, появление агрессивности, рост веса и частые приливы, постоянные болевые ощущения в теле (по субъективной оценке на 6 из 10). Была проведена операция по удалению яичников и матки.

2 детей (10, 14), супруг постоянно в командировках, пожилые родители в соседней квартире, о которых она заботится.

Работает бухгалтером удаленно.

Жалобы: быстрая утомляемость, тревожность, нарушение сна, врач направил на прием к психологу, появились страхи за здоровье детей.

Какие дополнительные вопросы вы бы уточнили у пациента? Предположите причины состояния
Предложите стратегии работы.

4. Направление врача в палату постоперационной пациентки.

23 года девушка, рак молочной железы, прооперирована с полной резекцией одной груди. До операции 20 курсов химио, сильное похудение и изменение внешности. Врач обратил внимание на замкнутость, нежелание вставать, заниматься своим здоровьем, не приходит никто из родственников, так как пациентка из другого города.

Не спит более 4 дней, была зафиксирована паническая атака. Какие дополнительные вопросы вы бы уточнили у пациента? Предположите причины состояния

Предложите стратегии работы

5. Обратился пациент 43 года, после лечения через 5 лет, лейкоз. Направила на консультацию супруга, с которой в браке более 20 лет. 3 детей (8, 10, 15). Пациент работает менеджером. Супруга отмечает снижение активности в общении с прежним кругом знакомых, потерю интереса к прежним семейным и личным интересам и занятиям.

На консультации клиент лаконично формулирует свои мысли, чувства и желания. Больше хочет успокоить супругу. О диагнозе старается не говорить. При вопросах о будущем демонстрирует раздражительность.

В семейном анамнезе смерть его отца в 45 летнем возрасте от сердечного приступа.

Какие дополнительные вопросы вы бы уточнили у пациента? Предположите причины состояния
Предложите стратегии работы

6. На консультацию пришли родители 18 летнего пациента юноши, диагноз рак яичка. Диагноз установлен 2 месяца назад.

Отец переживает о том, что он пропустит учебный год, мать - о том, что у сына возможно не будет детей. Единственный, поздний ребенок, мало друзей, планировал поступать на программирование.

Жалоба: Мальчик не делится своими переживаниями, страх смерти. Какие дополнительные вопросы вы бы уточнили у родственников?

Предположите причины поведения пациента и особенности взаимоотношений в семье

Предложите стратегии работы

7. На консультацию пришла супруга пациента, на которую легли все заботы о супруге и 2 малолетних детях. Супруг ослаблен лечением, повышенная агрессивность. Супруга хочет узнать правила поддержки онкологического пациента и что еще она может сделать для супруга.

Какие дополнительные вопросы вы бы уточнили у супруги? Предложите стратегии работы с супругой и пациентом

8. На консультацию пришла мама 12 летнего пациента мальчика, 10 лет назад умер супруг от другого типа онкологии. Есть старшая дочь 17 лет. Получает поддержку со стороны своих родителей и дочери.

Продолжает работать, живет между больницей, домом и работой. На консультацию направила подруга, которая активно участвует в организации лечения ребенка.

Не делится своими переживаниями с близкими, запрет на проявление эмоций с ребенком. Не знает, чем ей может помочь психолог, но каждый раз сама назначает консультацию.

Мало ест, нарушен сон, повышенная возбудимость и плаксивость. Говорит о чувстве вины перед сыном, что не заметила признаков болезни.

Как работать в случае отсутствия запроса? Какие темы важно проработать?

9. Клиентка 38 лет пришла на консультацию перед профилактической операцией по полной мастэктомии (в семейной истории рак груди в 3 поколениях). Есть 1 ребенок, в разводе, работает. Необходимо оценить ее психическое состояние для допуска к операции.

Какие параметры вы можете продиагностировать? И почему именно их вы выберете?

10. Мужчина 56 лет, рак кишечника 2 стадия, лег в больницу на подготовку к операции, временно будет выведена стома. Направил на консультацию врач, так как видит признаки нервного напряжения (отстраненность, нарушение сна, резкие перепады настроения от буйного веселья, до замкнутости). “Строит”

пациентов, мед персонал, врача, активно работает в палате и может нарушать режим.

Какой характер принятия диагноза мы наблюдаем? Предположите причины состояния

Предложите стратегии работы

11. На консультацию обратился молодой врач онколог, который в течении 5 лет вел пациента. Все возможности лечения исчерпаны. Врач пришел с запросом о чувстве злости на пациента, понимая не рациональность этого чувства. Предложите стратегию работы с доктором.

12. На консультацию пришла женщина 47 лет, рак щитовидной железы, прогноз по выпискам максимально благоприятный. По профессии врач терапевт, 2 детей, поддерживающий супруг. Но пациентка хочет отказаться от лечения, так как видела “таких” пациентов и знает, что лечение “убивает”.

К психологу пришла чтобы “ну, может быть, вы мне что-то такое скажете, что я поменяю свое мнение.

Как выстроить работу с мотивационной сферой пациентки?