

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«**Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова**»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского
образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Пармон
«21»июня 2022 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	ОСНОВЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ (наименование дисциплины)
Специальность	31.08.18 Неонатология (код специальности и наименование)
Направленность	Неонатология
Факультет	Лечебный факультет (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра психологии (наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1
Занятия лекционного типа	6 час.
Занятия семинарского типа	24 час.
Всего аудиторной работы	30 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	42 час.
Форма промежуточной аттестации	зачет
Общая трудоемкость дисциплины	72/2 (час. /зач. ед.)

Санкт-Петербург
2022

Рабочая программа дисциплины «Основы перинатальной психологии» составлена в соответствии с Федеральными государственными образовательным стандартом высшего образования - программой подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.18 Неонатология, утвержденной соответствующим приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации № 559 от 30.06.2021г.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Щукина Мария Алексеевна	д.п.н.	Профессор кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Шумова Татьяна Юрьевна	-	Ст. лаборант кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3	Шляхто Маргарита Сергеевна	-	Ст. лаборант кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа дисциплины «Основы перинатальной психологии» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры психологии «20» март 2022 г., протокол № 1.

Рабочая программа дисциплины «Основы перинатальной психологии» рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» июня 2022 г., протокол № 07/2022.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Дисциплина «Основы перинатальной психологии» является неотъемлемым звеном в части формирования системы универсальных компетенций при подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.18 Неонатология. Содержание дисциплины направлено на подготовку специалиста, обладающего компетенциями толерантного восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий, понимающего содержание, психологические и психофизиологические особенности, эволюционные и культурные основы материнства и отцовства, способного планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины:

Целью изучения дисциплины «Основы перинатальной психологии» является подготовка высококвалифицированного врача, обладающего системой универсальных компетенций, необходимых в профессиональном взаимодействии врача с пациентами и членами их семей в период планирования и вынашивания беременности, в родовом и послеродовом периоде.

Задачи изучения дисциплины:

1. Освоение ординаторами знаний о современном состоянии и теоретических основах перинатальной психологии.
2. Рассмотрение принципов организации процесса этичного взаимодействия с пациентами гинеколога-акушерского профиля и членами их семей в период планирования и вынашивания беременности, в родовом и послеродовом периоде.
3. Формирование умений конструктивного профессионального общения врача с коллегами при курировании пациентов гинеколога-акушерского профиля.
4. Психологическая подготовка ординаторов к профессиональному взаимодействию с пациентами и членами их семей в трудных перинатальных ситуациях, в том числе при перинатальной потере.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Основы перинатальной психологии» относится к части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 1 модуля «Элективные дисциплины. Общепрофессиональный модуль» учебного плана.

Междисциплинарные и внутродисциплинарные связи:

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами:

- «Этика и основы профессионального общения»;
- «Педагогика».

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) компетенций:

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	Знает: - возможности и способы применения перинатальной психологии в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - критически оценивать возможности и способы применения перинатальной психологии в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	Знает: - методы и приемы перинатальной психологии для применения в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - использовать методы и приемы перинатальной психологии в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	Знает: - принципы общения с учетом культурологических и социальных особенностей пациентов гинеколога-акушерского профиля	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - учитывать в профессиональной деятельности культурологические и социальные особенности пациентов гинеколога-акушерского профиля	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

		УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	Знает: - приёмы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - использовать приёмы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.2. Способен применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знает: - методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, ТЗ-тестовые задания, ПН-практические навыки, Д-устный доклад, Р- реферат, П- презентация и др.*

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	30	30
Из них:		
Занятия лекционного типа	6	6
Занятия семинарского типа	24	24
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	42	42
Промежуточная аттестация – зачет	-	-
Общая трудоемкость дисциплины	часы	72
	зач. ед.	2
Из них на практическую подготовку в час.*	40	40

**Практическая подготовка (ПП)* - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы

4.2. Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в час.*
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1					
Тема 1. Перинатальная психология как область психологии и перинатологии	2	4	8	14	6
Тема 2. Динамика психического развития системы «мать-дитя»	2	8	12	22	10
Тема 3. Особенности патологического развития системы «мать-дитя»	2	4	12	18	8
Тема 4. Взаимодействие врача с родителями в ситуации перинатальной потери	-	8	10	18	9
ИТОГО	6	24	42	72	33

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает 50% от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа и 50% от занятий самостоятельной работы.

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	в том числе на ПП*	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия**	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1							
Тема 1.	Перинатальная психология как область психологии и перинатологии	2	-	Место перинатальной психологии в психологии и перинатологии. Роль в сопровождении гинеколога-акушерского профиля. Цель, задачи и основные методы психологического сопровождения пациентов в период планирования и вынашивания беременности, в родовом и послеродовом периоде. Биопсихосоциальная модель перинатальной психологии (биологический, психологический и социальный компоненты и основные теории).	УК-1.2., УК-5.2.	Мультимедийная презентация	КВ, ТЗ
Тема 2.	Динамика психического развития системы «мать-дитя»	2	-	Динамика психического развития системы «мать-дитя» Стадии развития жизненного цикла семьи. Специфика установления оптимального контакта с беременной. Психология родов. Психология раннего постнатального периода. Психологическая готовность к материнству.	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.	Мультимедийная презентация	КВ, ТЗ
Тема 3.	Особенности патологического развития системы «мать-дитя»	2	-	Закономерности развития системы «мать-дитя» в условиях патологии беременности, родов, отклонений в развитии на ранних этапах онтогенеза. Особенности взаимоотношений медицинских работников, пациенток, их родственников в условиях патологического развития системы «мать-дитя».	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3	Мультимедийная презентация	КВ, ТЗ
Всего за ПА		6	0				

**Практическая подготовка (ПП)* - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.

** *Оценочные средства*: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания

4.4. Тематический план занятий семинарского типа — семинары

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП ** в час.	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций,	Оценочные средства для текущего контроля
Курс 1							
Тема 1.	Семинар	Перинатальная психология как область психологии и перинатологии	4	2	Варианты теоретических подходов к обоснованию перинатальной психологии (эkleктически-дилетантский, медико-редукционалистский, психолого-редукционалистский, интегративный биопсихосоциальный подход). Диадический подход к перинатальным психологическим исследованиям. Биопсихосоциальная модель перинатальной психологии (биологический, психологический и социальный компоненты и основные теории).	УК-1.2., УК-5.2.	КВ, ТЗ
Тема 2.	Семинар	Динамика психического развития системы «мать-дитя»	8	4	Динамика психического развития системы «мать-дитя» Стадии развития жизненного цикла семьи. Зачатие (как начало репродуктивного процесса; мотивы зачатия; незапланированное зачатие; зачатие на разных стадиях жизненного цикла семьи) Физиология и психология беременности (по триместрам). Психологический компонент гестационной доминанты (варианты и определение особенностей) Специфика установления оптимального контакта с беременной. Психология родов. Психофизиологические аспекты родов. Эффективные методы психологической помощи в родах. Формирование привязанности ребенка к матери. Психология раннего постнатального периода. Психологическая готовность к материнству. Мотивация рождения ребенка. Факторы, влияющие на адаптацию к беременности и материнству.	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.	КВ, ТЗ
Тема 3.	Семинар	Особенности патологического развития системы «мать-дитя»	4	2	Незапланированное зачатие. Закономерности развития системы «мать-дитя» в условиях патологии беременности, родов, отклонений в развитии на ранних этапах онтогенеза. Нарушение эмоциональной связи между матерью и ребенком. Феномен психологической депривации. Особенности взаимоотношений медицинских работников, пациенток, их родственников в условиях патологического развития системы «мать-дитя».	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.	КВ, ТЗ
Тема 4.	Семинар	Взаимодействие врача с родителями в ситуации перинатальной потери	8	4	Виды (антенатальная, интранатальная, ранняя неонатальная гибель) ситуации (внематочная беременность, неудачная попытка ЭКО, аборт, выкидыш, репродуктивный выбор, тяжелый диагноз ребенка) перинатальной утраты. Переживание перинатальной утраты в семье (супруги, дети, прародители). Стадии горевания по Э. Кюблер-Росс. Алгоритмы общения с родителями в ситуации перинатальной потери.	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.	КВ, ТЗ
Всего за ПА в час.			24	12			

* *Формы проведения занятий семинарского типа: семинар.** Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания,*

4.5. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	из них на ПП в час.	Содержание самостоятельной работы	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства* для текущего контроля
1.	Тема 1. Перинатальная психология как область психологии и перинатологии	8	4	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подбор и изучение литературных источников, интернет ресурсов	УК-1.2., УК-5.2.	КВ, ТЗ
2.	Тема 2. Динамика психического развития системы «мать-дитя»	12	5	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подбор и изучение литературных источников, интернет-ресурсов	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.	КВ, ТЗ
3	Тема 3. Особенности патологического развития системы «мать-дитя»	12	6	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подбор и изучение литературных источников, интернет-ресурсов	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.	КВ, ТЗ
4	Тема 4. Взаимодействие врача с родителями в ситуации перинатальной потери	10	5	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подбор и изучение литературных источников, интернет-ресурсов	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.	КВ, ТЗ
Всего:		42	21			

****Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
3. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)
4. Технологии активного обучения (инновационные)
5. Технологии группового обучения
6. Технологии игрового обучения

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего контроля:

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств	
		КВ	ТЗ
Текущий контроль	Тема 1.Перинатальная психология как область психологии и перинатологии	16	25
	Тема 2. Динамика психического развития системы «мать-дитя»	16	25
	Тема 3. Особенности патологического развития системы «мать-дитя»	17	25
	Тема 4. Взаимодействие врача с родителями в ситуации перинатальной потери	15	25
ИТОГО		64	100

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы

5.2. Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ТЗ, Р
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	ТЗ, Р
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	ТЗ, Р

ТЗ – тестовые задания, Р- реферат

Примерные темы рефератов:

1. Определение перинатологии, ее становление и развитие
2. Исторические аспекты перинатальной психологии в России и за рубежом.
3. Перинатальная психология как область перинатологии
4. Перинатальная психология как область психологии
5. Роль гестационной доминанты в трудах И.А. Аршавского, А.А. Ухтомского.
6. Теория личности как основа перинатальной психологии в концепции В.Н. Мясищева.
7. Биопсихосоциальный подход в перинатальной психологии И.В. Добрякова.
8. Теории, характеризующие стадии жизненного цикла семьи.
9. Конструктивные и деструктивные репродуктивные установки.
10. Беременность и влияние её на нервно-психологические процессы у матери
11. Психофизиологические основы доминанты материнства.
12. Особенности психологического компонента гестационной доминанты.
13. Типология психологического компонента гестационной доминанты.
14. Определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты.
Скрининг-тест отношений беременных И.В. Добрякова
15. Характеристика женщин с особенностями оптимального психологического компонента гестационной доминанты.

5.3 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет.

Критерии оценивания результата промежуточной аттестации:

«Зачтено» – при условии положительных результатов по ТЗ и Р.

«Не зачтено» – при наличии одного или более неудовлетворительных результатов.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

1. Тестирование. Тестовая база содержит 100 заданий, из которых случайным образом выбирается 20 заданий на которые студент должен дать ответ за 20 минут.
2. Предоставление реферата по дисциплине.

Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции или индикаторы достижения компетенции
ТЗ	1. Перинатальная психология - это: а) область психологической науки, изучающая возникновение,	УК-1.2., УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3,

	<p>динамику и особенности психологического и психического развития системы «мать-дитя», закономерности самых ранних этапов онтогенеза человека от зачатия до первых лет жизни после рождения в его взаимодействии с матерью;</p> <p>b) область психологии, изучающая возникновение и особенности развития системы «дитя-отец»;</p> <p>c) область психологии, изучающая этапы дизонтогенеза человека от зачатия до первых лет жизни после рождения.</p> <p>2. По мнению Р. Джонсона, женщина воспринимает пренейта как:</p> <p>a) своего ребенка, имеющего определенную внешность и пол;</p> <p>b) часть собственного тела, от которой можно избавиться;</p> <p>c) живое существо, наделенное разумом и чувствами.</p> <p>3. Оптимальный вариант психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) у женщин характеризуется:</p> <p>a) ответственным и без лишней тревоги отношением к беременности;</p> <p>b) равнодушным отношением к беременности, раздражением к распросам окружающих;</p> <p>c) нахождением женщины во власти дурных предчувствий, в постоянном нервном напряжении.</p> <p>4. Бондинг - это:</p> <p>a) интуитивная незримая связь между ребенком и матерью, возникающая после рождения.</p> <p>b) наследственно запрограммированная способность организма моментально и стойко запечатлевать то или иное переживание.</p>	УК-5.2.
КВ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте определение перинатальной психологии. 2. Опишите различия в четырех теоретических подходах в перинатальной психологии. 3. Составляющие биопсихосоциальной модели перинатальной психологии. 4. Особенности психологического состояния родителей недоношенных детей 5. Назовите проявления бондинга и холдинга в системе «мать-дитя». 6. Охарактеризуйте психологический компонент гестационной доминанты. 7. Что такое импринтинг. 8. Социально-эмоциональные способности новорожденного. 9. Особенности взаимодействия с родителями новорожденного с серьезным диагнозом. 10. Диадные взаимоотношения в послеродовом периоде. 	УК-1.2., УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3, УК-5.2.

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания.*

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *Приложение 1* к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1. Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Программы на платформе Moodle <http://moodle.almazovcentre.ru/>,

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России.

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

Полнотекстовая база данных «ClinicalKey» (www.clinicalkey.com)

HTS The Biomedical & Life Sciences Collection – 2400 аудиовизуальных презентаций (www.hstalks.com)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотека <http://elibrary.ru/defaultx.asp>

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран

(<http://www.multitrans.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ

(<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке

(<http://www.who.int/publications/list/ru/>)

Международные руководства по медицине

(<https://www.guidelines.gov/>)

Единое окно доступа к образовательным ресурсам

(<http://window.edu.ru/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ)

(<http://www.femb.ru/feml>)

Здравоохранение в России

(www.mzsrf.ru)

Боль и ее лечение

(www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health

(www.pubmed.com)

Российская медицинская ассоциация

(www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации

6.2 Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины

Основная литература:

1. Медицинская психология: учебное пособие / Петрова Н. Н. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461181.html>
2. Депрессивное расстройство / Мазо Г. Э., Незнанов Н. Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450383.html>
3. Семейная психология. Эмпирические исследования: практическое пособие для вузов / Л. Б. Шнейдер. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Издательство Юрайт, 2022. - Текст : электронный // URL: <https://urait.ru/bcode/493540>
4. Семейная психология: учебник для вузов / Л. Б. Шнейдер. - 6-е изд., испр. и доп. - М.: Издательство Юрайт, 2022. -Текст : электронный // URL: <https://urait.ru/bcode/493541>

Дополнительная литература:

1. За гранью себя: беременность как психическая трансформация (психологическое исследование) / К.В. Кулешова. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. <https://www.medlib.ru/library/library/books/4104>
2. Дифференциальная психология: учеб. пособие / С. К. Нартова-Бочавер. - 6-е изд., стер. - М.: ФЛИНТА, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN97859765205231.html>
3. Логопедическое и психолого-педагогическое сопровождение развития детей младенческого возраста с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом: учебно-метод. пособие / Е. Ф. Архипова. - М.: В. Секачев, 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785448104695.html>
4. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466322.html>
5. Депрессивные расстройства младенческого и раннего детского возраста. Клиника, диагностика, лечение и коррекция: Пособие для врачей / Н.И. Голубева, Г.В. Козловская. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. - Текст : электронный // URL :<https://www.medlib.ru/library/library/books/3207>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы* для обучающихся

Методические материалы для обучающихся по выполнению самостоятельной работы»: Методическое пособие для обучающихся в ординатуре/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2022

7.2 Учебно-методические материалы* для преподавателей

Методические материалы по дисциплине «Основы перинатальной психологии» для специальности 31.08.18 Неонатология/Санкт-Петербург, НМИЦ «Центр им. В.А. Алмазова», 2022.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Основы перинатальной психологии» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.18 Неонатология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Основы перинатальной психологии» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Основы перинатальной психологии» соответствует требованиям ФГОС ВО - программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.18 Неонатология и отражен в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Основы перинатальной психологии» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в

указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«Основы перинатальной психологии»**

Специальность ординатуры	31.08.18 Неонатология
Направленность	«Неонатология»
Квалификация (степень) выпускника:	«Врач-неонатолог»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**
по дисциплине «**Основы перинатальной психологии**»

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

Наименование раздела (темы) дисциплины	Коды индикаторов контролируемых компетенций	Наименование оценочного средства *
Тема 1 Перинатальная психология как область психологии и перинатологии	УК-1.2., УК-5.2.	ТЗ, КВ
Тема 2. Динамика психического развития системы «мать-дитя»	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.	КВ, ТЗ
Тема 3. Особенности патологического развития системы «мать-дитя»	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.	КВ, ТЗ
Тема 4. Взаимодействие врача с родителями в ситуации перинатальной потери	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.	КВ, ТЗ
Подготовка реферативной работы	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	Р

* *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р-реферат*

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Универсальная компетенция – УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	Знает: - возможности и способы применения перинатальной психологии в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - критически оценивать возможности и способы применения перинатальной психологии в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	Знает: - методы и приемы перинатальной психологии для применения в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 2,3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - использовать методы и приемы перинатальной психологии в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 2,3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

Универсальная компетенции – УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-4.1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	Знает: - принципы общения с учетом культурологических и социальных особенностей пациентов гинеколога-акушерского профиля	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 2,3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - учитывать в профессиональной деятельности культурологические и социальные особенности пациентов гинеколога-акушерского профиля	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 2,3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	Знает: - приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 2,3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - использовать приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 2,3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

Универсальная компетенции – УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-5.2. Способен применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знает: - методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 2,3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 2,3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

Оценка	Критерии
Зачтено	В целом формулирует правильный ответ. Владеет понятийным аппаратом дисциплины. Демонстрирует знание терминов, концепций и теорий по дисциплине, устанавливает содержательные междисциплинарные связи, аргументирует выдвигаемые положения, приводит убедительные примеры,

	демонстрирует знание специальной литературы в рамках учебной программы. На вопросы отвечает четко, логично, по существу. Могут быть допущены недочеты в ответах на вопросы, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.
Не зачтено	При ответе на вопрос допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Показывает недостаточное раскрытие терминов, концепций, теорий по дисциплине. Ответ содержит ряд серьезных неточностей, выводы поверхностны или неверны. Не может привести примеры из практики. Логически непоследовательно излагает материал.

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания	
	Выполнение тестовых заданий	Защита реферата
Не зачтено	70% и менее	Тема не раскрыта. Выбор источников не соответствует теме. Требования к оформлению и структуре реферата не соблюдены.
Зачтено	Более 70%	Степень раскрытия темы достаточная. Обоснованный выбор источников. Требования к оформлению и структуре реферата соблюдены. Выводы соответствуют практической значимости.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не знает основные признаки или термины изучаемого элемента содержания, их отнесенность к определенной науке, отрасли или объектам, не узнает их в текстах, изображениях или схемах и не знает, к каким источникам нужно обращаться для более детального его усвоения.
Компетенция (часть) сформирована	Знает изученный элемент содержания не ниже репродуктивного уровня, демонстрируя при этом уровень профессионального умения не ниже среднего.

5. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	тестирование	КВ, ТЗ	УК-1., УК-4., УК-5.
2 этап	Написание реферата по теме	Экспертная оценка преподавателя	УК-1., УК-4., УК-5.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

Тема 1. Перинатальная психология как область психологии и перинатологии (УК-1.2., УК-5.2.)

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение перинатальной психологии как науки.
2. Покажите связь перинатальной психологии с другими науками.

3. Перечислите варианты теоретических подходов к обоснованию
4. перинатальной психологии.
5. Суть медико-редукционистского варианта подхода к обоснованию перинатальной психологии.
6. Суть психолого-редукционистского варианта подхода к обоснованию перинатальной психологии.
7. Суть интегративного биопсихосоциального варианта подхода к обоснованию перинатальной психологии.
8. Сформулируйте задачи современной перинатальной психологии.
9. Раскройте суть диадического подхода к перинатальным психологическим исследованиям.
10. Биологический компонент биопсихосоциальной модели перинатальной психологии.
11. Психологический и социальный компонент биопсихосоциальной модели перинатальной психологии.
12. Психоанализ как теоретическая основа перинатальной психологии.
13. Теория личности как основа перинатальной психологии
14. Психология семейных отношений как основа перинатальной психологии
15. Суть принципа доминанты Ф.Ф Ухтомского
16. Значение работ Д.В. Винникота в становлении перинатальной психологии
17. Составляющие биопсихосоциальной модели перинатальной психологии

Тестовые задания:

1. Перинатальная психология является разделом:
 - a) Перинатальной медицины
 - b) Перинатальной психиатрии
 - c) Клинической перинатальной психологии
 - d) Перинатологии

2. Перинатальная психология это:
 - a) Новое научное направление в медицине и преследует цель изучения психической жизни плода, ее влияния на формирование личности человека
 - b) Область психологической науки, изучающая возникновение, динамику и особенности психологического и психического развития системы «мать – дитя», закономерности самых ранних этапов онтогенеза человека от зачатия до первых лет жизни после рождения в его взаимодействии с матерью
 - c) Система знаний, объединившая в себя то, что жизненно необходимо для рождения потомства высокого качества, человека будущего
 - d) Новая область знаний, которая изучает обстоятельства и закономерности развития психики на ранних этапах: антенатальной, интранатальной и неонатальной фазе и их влияние на всю последующую жизнь
 - e)

3. Разделом перинатальной психологии не является:
 - a) Психология раннего постнатального периода
 - b) Перинатальная психотерапия
 - c) Медицинская перинатальная психология
 - d) Психология беременности

4. Примером какого подхода к перинатальной психологии является книга «Тайны зачатия. Зачатие как психический процесс» Семеновой С.Б. (1997)
 - a) Медико-редукционистского
 - b) Электически-делитантского

- c) Психолого-редукционистского
 - d) Интегративного биопсихосоциального
5. Для медико-редукционистского подхода характерно:
- a) Объяснять все возникающие с репродуктивным здоровьем проблемы исключительно биологическими причинами
 - b) Понимать психологию как набор тестов и техник
 - c) Опирается на биологический закон сохранения рода
 - d) Объяснять все возникающие с репродуктивным здоровьем проблемы исключительно биологическими причинами и понимать психологию как набор тестов и техник
6. Редукционизм проявляется:
- a) Уверенностью, что все проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем обусловлены биологическими причинами
 - b) Уверенностью в том, что все проблемы человека и общества связаны исключительно с перинатальным периодом.
 - c) Уверенностью, что все психологические проблемы человека и общества решаются с помощью перинатальной педагогики
 - d) Уверенностью, что все проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем обусловлены социальными причинами
7. Термин «перинатология» произошел от
- a) лат. «вокруг» + «рождение»
 - b) греч. «ребенок» + «учение»
 - c) греч. «вокруг», лат. «рождение» + «наука»
 - d) лат. «около» + «рождение», греч. «наука»
8. К какому подходу к перинатальной психологии можно отнести высказывание: «Цель обучения – путем интегрально-кардинального образования помочь супружеской паре понять истинный смысл рождения, родить детей в атмосфере любви и святости, обрести счастье участия в священном действии – приходе Души в мир»
- a) Медико-редукционистского
 - b) Электически-делитантского
 - c) Психолого-редукционистского
 - d) Интегративного биопсихосоциального
9. Сутью биопсихосоциального подхода к перинатальной психологии является:
- a) Соединение биологических, психологических и социальных теоретических построений в единую теоретическую модель
 - b) Объяснение как биологический компонент влияет на психологический и социальный компоненты, влияет на репродуктивную сферу
 - c) Объяснение взаимосвязей психологических, биологических и социальных процессов в контексте репродуктивной сферы
 - d) Соединение биологических, психологических и социальных теоретических построений в единую теоретическую модель, способствующую наиболее полному пониманию закономерностей психологических, биологических и социальных процессов, связанных с репродукцией, раскрытию их взаимосвязей.
10. Автор термина «гестационная доминанта»:
- a) Добряков И.В.
 - b) Филиппока Г.Г.
 - c) Ухтомский А.А.

- d) Аршавский И.А.
- 11.** Доминанта это:
- a) очаг более или менее устойчивой повышенной возбудимости центров, временно господствующий рефлекс, тогда как в других отделах центральной нервной системы отмечаются явления торможения
 - b) очаг более или менее устойчивой повышенной возбудимости центров, временно господствующий рефлекс, тогда как в других отделах центральной нервной системы отмечаются явления возбуждения
 - c) очаг более или менее устойчивого торможения центров, временно господствующий рефлекс, тогда как в других отделах центральной нервной системы отмечаются явления возбуждения
 - d) очаг устойчивой повышенной возбудимости центров, временно господствующий рефлекс, тогда как в других отделах центральной нервной системы не отмечаются явления торможения
- 12.** Материнская доминанта это
- a) Последовательно возникающие в связи с репродуктивной функцией и сменяющие друг друга доминантные состояния в организме женщины, детерминированные биологическими изменениями, психологическими и социальными факторами
 - b) Состояние женщины в связи с мыслями о материнстве
 - c) Последовательно возникающие в связи с репродуктивной функцией и сменяющие друг друга доминантные состояния в организме женщины, детерминированные биологическими (прежде всего гормональными) изменениями
 - d) Последовательно возникающие в связи с репродуктивной функцией и сменяющие друг друга доминантные состояния в организме женщины, детерминированные психологическими и социальными факторами
- 13.** основоположником перинатальной психологии и психотерапии следует считать
- a) О. Ранк
 - b) Ш. Ференци
 - c) З. Фрейд
 - d) Дж. Боулби
- 14.** Под понятием «отношения» В. Н. Мясищев подразумевал
- a) То латентное состояние, которое определяет основанный на прошлом опыте характер действия или переживания человека по поводу каких-либо обстоятельств
 - b) Отношения к себе, к противоположному полу, к семье, к нравственности, к мировоззрению, к религии
 - c) Это оценка объекта отношения, варьирующаяся от крайне негативной до крайне позитивной.
 - d) Психологическая конструкция, ментальная и эмоциональная сущность, которая присуща человеку или характеризует его
- 15.** Представителем отечественной школы семейной психотерапии является:
- a) Эйдемиллер Э.Г.
 - b) Мясищев В.Н.
 - c) Леонтьев А.А.
 - d) Лазурский А.Ф.
- 16.** Система «мать-дитя» в перинатальном периоде не характеризуется признаком:
- a) наличие симбиотической связи матери и ребенка
 - b) несамостоятельность психики ребенка, зависимость ее от особенностей

- материнских психических функций
- c) отсутствие у ребенка самосознания, т. е. четких телесных границ и границ психики, неспособность его выделять себя из окружающего мира
 - d) отсутствие у ребенка речи
17. Семье как системе не присуще свойство:
- a) система как целое больше, чем сумма ее частей
 - b) любое воздействие на систему в целом влияет и на каждый составляющий ее элемент
 - c) изменение любого элемента системы приводит к изменениям остальных элементов системы и всей системы в целом
 - d) изменение любого элемента системы не приводит к изменениям остальных элементов системы и всей системы в целом
18. К важнейшим характеристикам семьи по Э. Г. Эйдемиллеру не относится:
- a) структура
 - b) функции
 - c) динамика
 - d) достижения
19. Биопсихосоциальная модель перинатальной психологии по Добрякову И.В. не базируется на теории:
- a) концепция Ухтомского – Аршавского о материнской доминанте, состоящей из физиологического и психологического компонентов
 - b) вышедшая из психоанализа теория привязанности Джона Боулби и Мэри Эйнсворт
 - c) системный подход к психологии семейных отношений и семейной психотерапии Сальвадора Минухина
 - d) концепция инстинктов В. И. Гарбузова.
20. В теории Отто Ранка говорится:
- a) о влиянии на психическое развитие и становление личности человека полученной им при рождении травмы
 - b) о единстве системы «мать – дитя», о формировании в этой системе объектных отношений, о значении переходного объекта
 - c) о закономерности развития ребенка только в связи с генетической и личностной потенцией родителей
 - d) о закономерностях развития психики на ранних этапах: антенатальной, интранатальной и неонатальной фазе и их влиянии на всю последующую жизнь
21. Специальная перинатальная психология призвана исследовать:
- a) психологические особенности людей, ожидающих рождения детей с особенностями развития, заниматься поисками путей оказания им психологической помощи
 - b) психологические особенности новорожденных с ограниченными возможностями, заниматься поисками путей оказания психологической помощи семье
 - c) психологические особенности репродуктивных функций у людей с ограниченными возможностями, заниматься поисками путей оказания им психологической помощи
 - d) репродуктивных функций у людей с ограниченными возможностями
22. Гестационная доминанта обеспечивает:
- a) изменение гормонального фона женщины
 - b) направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода

- c) изменение психологического состояния женщины
 - d) направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для возникновения беременности
23. Материнскую доминанту по И.А. Аршавскому последовательно составляют:
- a) гестационная, родовая, лактационная доминанты
 - b) доминанта зачатия, гестационная, родовая
 - c) гестационная, родовая, доминанта холдинга
 - d) доминанта зачатия, гестационная, родовая, доминанта холдинга
24. Д. В. Винникотт считал:
- a) что психическое здоровье младенца зависит от качества заботы о нем матери
 - b) что физическое здоровье младенца зависит от качества заботы о нем матери
 - c) что физическое здоровье младенца зависит от его психического здоровья
 - d) что «младенец, при условии включения заботы, которую он получает от матери, представляет психическую систему»
25. Результаты работ Дж. Боулби и М. Эйнсворт показали:
- a) для психического здоровья ребенка необходимо, чтобы его отношения с матерью приносили взаимную радость и тепло
 - b) потребность в близости – базовая потребность ребенка
 - c) основой отношения ребенка к матери является «принцип наслаждения»
 - d) для психического здоровья ребенка необходимо, чтобы его отношения с матерью приносили взаимную радость и тепло; потребность в близости – базовая потребность ребенка

Тема 2. Динамика психического развития системы «мать-дитя»
(УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.)

Контрольные вопросы:

1. С чем связаны изменения психического функционирования и поведения женщины во время беременности?
2. Опишите периоды развития диады «мать-дитя».
3. Чем характеризуется оптимальный вариант психологического компонента гестационной доминанты?
4. В чем выражается эйфорический и гипогестогнозический вариант ПКГД?
5. Расскажите о трех ступенях отношения новорожденного к миру по Винникотту Д. В.
6. Расскажите о специфике установления оптимального контакта врача с беременной.
7. Варианты поведения мужчин в партнерских родах.
8. Чему способствует импринтинг?
9. Расскажите о психофизиологических аспектах родов.
10. Состояние психических процессов (восприятия, мышления, сознания, эмоциональных и волевых) и поведение женщины в родах.
11. Эффективные методы психологической помощи в родах.
12. Формирование привязанности ребенка к матери.
13. Расскажите о психологической готовности к материнству.
14. Какие бывают виды мотивации рождения ребенка?
15. Факторы, влияющие на адаптацию к беременности и материнству.
16. Зачатие на разных стадиях жизненного цикла семьи и их влияние на семейные отношения.

Тестовые задания:

26. Диада «женщина и пренейт» имеют
- Общий орган, общие границы и зависимые друг от друга физиологию и психическое функционирование;
 - Общие связи нервных систем
 - Независимые физиологию и психическое функционирование
 - Общую эндокринную и нервную системы.
27. Формированию тревожного варианта психологического компонента гестационной доминанты способствуют:
- случайность беременности; манипулятивный характер мотивов, побудивших женщину забеременеть, беременность вне брака, дисфункциональная семья;
 - соматическое и психическое здоровье
 - высокая самооценка, низкий уровень тревожности
 - благоприятные материально-бытовые условия;
28. Определение варианта ПКГД у беременной женщины влияет на:
- прекращение контакта с пациенткой
 - постановку конкретных целей и задач психологической помощи
 - формулирование рекомендаций членам семьи женщины
 - формирование ятрогений
29. Деструктивные мотивы зачатия имеют следующие цели:
- вынудить партнера жениться; родить «назло» партнеру; выполнить настойчивую просьбу родителей о рождении внука или внучки; получить материальные выгоды
 - стремление к бессмертию путем повторения себя в ребенке;
 - выражение благодарности любимому человеку за счастье, которое он доставляет;
 - желание творчества (рождение и воспитание такого человека, которого еще не было)
30. Дж. Боулби полагал, что связь ребенка и матери обусловлена:
- только лишь физиологическими потребностями
 - потребностью в научении социально приемлемым навыкам
 - потребностью в ориентировки в пространстве
 - потребностью в близости к ухаживающему за ним человеку. Близость обеспечивает безопасность, позволяет заниматься исследовательской деятельностью, обучаться, адаптироваться к новым ситуациям.
31. Какие методы коммуникации позволят врачу установить оптимальный контакт с беременной женщиной?
- четкое следование структуре консультации, внимание ко времени,
 - открытые вопросы, паузы, проявления эмпатии, внимательное слушание
 - использование специальных терминов, фокусирование пациентки на негативных вариантах течения беременности
 - закрытые вопросы позволяют оставлять проблемы в фокусе и собрать достаточное количество информации у пациентки
32. Задачи, характерные для импринтинга
- обучение, создает определенные поведенческие модели, используемые во взрослом состоянии в виде поведенческих реакций, способствует формированию бондинга;
 - не влияет на формировании взаимоотношений ребенка и родителей
 - формирование безусловного рефлекса

- d) поддерживает сохранение лактации
33. Стадии жизнедеятельности семьи влияют на:
- Мотивы зачатия, особенности развития и состояние здоровья младенца
 - количество конфликтов
 - количество детей в семье
 - материальное благополучие семей
34. Какие существуют стадии развития семьи:
- начало супружеских отношений, экспериментов внебрачных отношений, развития компромиссов, зрелых супружеских отношений.
 - добрачных отношений, супружеских компромиссов, созависимого супружеского холона, внебрачных отношений, восстановление супружеских отношений;
 - внебрачных отношений; конформности; компромиссов; зрелого супружества; угасания супружеских отношений.
 - добрачных отношений, конфронтации, компромиссов, зрелого супружеского холона, экспериментирования с независимостью, ренессанса супружеских отношений.
35. Продолжительность беременности при нормальном ее течении составляет
- 12 лунных месяцев, или 336 дней
 - 10,5 лунных месяцев, или 294 дня
 - 10 лунных месяцев, или 280 дней
 - 9 лунных месяцев, или 252 дня
36. Когда происходит принятие и перестройка самосознания женщины с постепенным включением в него образа ребенка
- Только в третьем триместре
 - При появлении внешних признаков беременности
 - Во втором триместре
 - Чаще всего после первого шевеления плода.
37. Симптом нетерпения проявляется через:
- Жалобы на то, что беременность женщине надоела, выражение стремления к скорейшему окончанию беременности
 - желание женщины избежать родов,
 - представления женщины о благополучном завершении беременности.
 - тревожно-депрессивные сомнения в желанности беременности
38. Фасилитирующему типу отношения женщины к беременности свойственно:
- восприятие вынашивания ребенка как необязательной части ее жизненного сценария.
 - не соответствие желаниям и стремлениям женщины
 - перестраивания образа жизни, чтобы создать благоприятные условия для течения беременности, родоразрешения и воспитания ребенка
 - присутствие тревожного типа ПКГД
39. Какие методы психологической помощи роженице может использовать медицинский персонал?
- доброжелательное обращение и своевременное и деликатное информирование о предстоящих манипуляциях и связанных с ними ощущениях,
 - обмен роженицами информацией псевдомедицинского или негативного характера,

- c) строгое обращение, отсутствие физического комфорта
- d) дефицит информации о происходящем с роженицей сейчас и о том, что предстоит.

40. Женщина называется «роженица»

- a) за месяц до родов
- b) за неделю до родов
- c) неделю после родов
- d) с начала и до окончания родов

41. При партнерских родах:

- a) требуется меньшее количество акушерско-гинекологических вмешательств, формируются оптимальные формы привязанности ребенка к обоим родителям, создают благоприятную ситуацию для формирования перинатального комплаенса.
- b) повышается травматизм новорожденного;
- c) требуется большое количества медикаментозных препаратов, повышается потребность в реабилитации в условиях детской клиники;
- d) повышается физическая и психическая нагрузка на средний медицинский персонал;

42. Чему способствуют бондинг и холдинг

- a) формированию достаточно заботливых отношений между родителями
- b) разлучению матери и ребенка
- c) формированию общих границ матери и ребенка
- d) созданию благоприятной среды для возникновения протодialogа матери и ребенка, способствуют естественному вскармливанию.

43. На что влияет отсутствие естественного грудного вскармливания

- a) на формирование раннего диалога между матерью и ребенком
- b) формирование варианта привязанности и модели отношений ребенка к объектам окружения и к миру в целом
- c) на необходимость обучения матери взаимодействию с ребенком
- d) у ребенка снижается сепарационная (базальная) тревога.

44. Какие типы поведения детей формируются под влиянием общения с матерью (по М. Эйнсворт)

- a) девиантная привязанность, объективная привязанность, организованная привязанность
- b) опасная привязанность, зависимая привязанность, ненадежная привязанность, оптимальная привязанность
- c) созависимая привязанность, оптимальная привязанность, ситуативная привязанность, опасная привязанность
- d) Избегающая привязанность, надежная привязанность, амбивалентная привязанность, дезорганизованная привязанность

45. Чем характеризуется избегающая привязанность

- a) ребенок идет на контакт с матерью, когда она начинает с ним заигрывать
- b) ребенок все время ищет контакта с матерью
- c) на уход из комнаты матери, а затем на ее возвращение ребенок не обращает внимания, не ищет с ней контакта, продолжает игру.
- d) ребенок избегает зрительного контакта с матерью

46. Чем характеризуется безопасная, или надежная, привязанность

- a) ребенок не отпускает мать
 - b) в присутствии матери ребенок чувствует себя некомфортно.
 - c) ребенок долго не может успокоиться после расставания с матерью
 - d) Если мать уходит, ребенок начинает беспокоиться, расстраивается, прекращает исследовательскую деятельность. При возвращении матери ищет контакта с ней и, установив его, быстро успокаивается, вновь продолжает свои занятия.
47. Чем характеризуется амбивалентная привязанность
- a) При возвращении матери ребенок ищет контакта с ней и, установив его, быстро успокаивается, вновь продолжает свои занятия.
 - b) ребенок идет на контакт с матерью, когда она начинает с ним заигрывать
 - c) ребенок долго не может успокоиться после расставания с матерью
 - d) в присутствии матери ребенок остается тревожным. При ее уходе тревога возрастает. Когда она возвращается, малыш стремится к ней, но контакту сопротивляется. Если мать берет его на руки, он вырывается.
48. Чем характеризуется дезорганизованная привязанность
- a) ребенок внимательно следит за матерью, при малейшей попытке выйти из комнаты хватается за нее и не отпускает от себя
 - b) Если мать уходит, ребенок начинает беспокоиться, расстраивается, прекращает исследовательскую деятельность
 - c) ребенок идет на контакт с матерью, когда она начинает с ним заигрывать
 - d) Этот тип привязанности считается патологическим, ребенок, увидев вернувшуюся мать, застывает или убегает от нее.
49. Чем характеризуется симбиотическом типе привязанности.
- a) на уход из комнаты матери, а затем на ее возвращение ребенок не обращает внимания, не ищет с ней контакта, продолжает игру.
 - b) ребенок идет на контакт с матерью, когда она начинает с ним заигрывать
 - c) Если мать уходит, ребенок начинает беспокоиться, расстраивается, прекращает исследовательскую деятельность
 - d) ребенок внимательно следит за матерью, при малейшей попытке выйти из комнаты хватается за нее и не отпускает от себя
50. Психологическая готовность к материнству характеризуется как
- a) специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъект-объектная ориентация в отношении к еще не родившемуся ребенку
 - b) набор особенностей коммуникативного опыта женщины
 - c) желанность ребенка
 - d) установки женщины на стратегию воспитания ребенка

Тема 3. Особенности патологического развития системы «мать-дитя»
(УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.)

Контрольные вопросы:

1. Перечислите деструктивные мотивы зачатия
2. Назовите деструктивные мотивы сохранения беременности
3. Психологические аспекты незапланированных зачатий
4. Назовите трудности, с которыми может встретиться женщина при беременности на стадии добрых отношений
5. Назовите трудности, с которыми может встретиться женщина при беременности на

- стадии конфронтации
6. Назовите трудности, с которыми может встретиться женщина при беременности на стадии экспериментов с независимостью
 7. Перечислите факторы, способные негативно влиять на гестационную доминанту
 8. Перечислите неблагоприятные психосоциальные факторы беременности, на которые следует обратить внимания врачу
 9. Дайте характеристику женщин с гипогестогнозическим вариантом ПКГД
 10. Дайте характеристику женщин с тревожным вариантом ПКГД
 11. Какой характер страхов чаще всего встречается у беременных?
 12. Что такое фобическая гипотемия
 13. Какой вариант ПКГД достоверно чаще встречается у женщин с угрозой невынашивания беременности
 14. Назовите возможные психологические причины проблем при становлении лактации
 15. Ненадежные типы привязанности, их характеристики, причины возникновения
 16. Психосоматические нарушения в младенческом возрасте
 17. Схема NURSE, основные элементы

Тестовые задания:

51. К деструктивным мотивам зачатия можно отнести
 - a) стремление к бессмертию путем повторения себя в ребенке
 - b) выражение благодарности любимому человеку за счастье, которое он доставляет
 - c) желание творчества (рождение и воспитание такого человека, которого еще не было)
 - d) укрепить отношения в семье

52. Если женщина вынашивает нежеланного ребенка, то ее эмоциональный фон обычно характеризуется:
 - a) амбивалентностью
 - b) тревожностью
 - c) внушаемостью
 - d) угнетенным состоянием

53. Зачатие ребенка на каком этапе жизненного цикла семьи наиболее благоприятно для ребенка и супружеской пары:
 - a) компромиссов
 - b) добрачных отношений
 - c) конфронтации
 - d) экспериментирования с независимостью

54. Фактором повышенного риска возникновения нервно-психических нарушений у беременных является
 - a) Возраст до 18 лет
 - b) Возраст от 20 до 30 лет
 - c) Возраст от 35 до 40
 - d) Возраст после 40

55. Какой возраст беременной женщины коррелирует с большей тревожностью:
 - a) Возраст до 18 лет
 - b) Возраст от 18 до 25 лет
 - c) Возраст от 30 до 35 лет
 - d) Возраст старше 35 лет

56. Для женщин с гипогестогнозическим вариантом ПКГД характерно высказывание:

- a) я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с моей беременностью
 - b) я испытываю волнение в связи с моей беременностью
 - c) я испытываю страх в связи с мыслями о предстоящих родах
 - d) я часто думаю о предстоящем материнстве
57. Термин «атиофориогнозия» произошел от:
- a) греч. «отрицание», «беременность»
 - b) греч. «случайность», «беременность»
 - c) греч. «отрицание», «беременность», «знание»
 - d) греч. «случайность», «зачатие», «против»
58. Гипогестогнозический тип ПКГД определяется каким стилем переживания беременности:
- a) амбивалентным
 - b) отвергающим
 - c) игнорирующим
 - d) тревожным
59. Эйфорический тип ПКГД характеризуется:
- a) не критичным отношением женщины к возможным проблемам беременности и материнства
 - b) обязательным поиском второго, а то и третьего мнения
 - c) отрицанием женщиной состояния беременности
 - d) высоким чувством ответственности
60. При каком типе ПКГД беременность часто воспринимается женщиной как соматически болезненное состояние
- a) оптимальном типе ПКГД
 - b) эйфорическом типе ПКГД
 - c) тревожном типе ПКГД
 - d) гипогестогнозическом типе ПКГД
61. При каком типе ПКГД беременная может демонстрировать максимально выраженные тревожные состояния, а также бредовые, ипохондрические идеи, идеи самоуничижения, намерения «освобождения от ребенка»:
- a) депрессивном типе ПКГД
 - b) эйфорическом типе ПКГД
 - c) тревожном типе ПКГД
 - d) гипогестогнозическом типе ПКГД
62. Психологическая готовность к материнству у женщин, не встающих на учет по беременности (по данным исследований):
- a) слабо выражена
 - b) формируется
 - c) сформирована, если есть веские причины не встать вовремя на учет
 - d) сформирована
63. Явления инфантильной анорексии младенцев являются важным проявлением
- a) анаклитической депрессии
 - b) дистимии
 - c) атипичной депрессии
 - d) постнатальной депрессии

64. Пищевое недоразвитие младенцев развивается:
- при нарушении взаимоотношений в системе «мать – дитя» в связи с нахождением в лечебном учреждении
 - при нарушении взаимоотношений в системе «мать – дитя» в связи с пренебрежением ребенком и его эмоциональной и сенсорной депривацией
 - при нарушении взаимоотношений в системе «мать – дитя» в связи с нарушением режима питания
 - при нарушении взаимоотношений в системе «мать – дитя» в связи с болезнью ребенка
65. Руминация проявляется в форме
- многократного произвольного отрыгивания проглоченной пищи и повторного ее пережевывания
 - отказа от еды
 - многократных непроизвольных срыгиваний пищи
 - рвоты
66. К ятрогениям беременных относятся нарушения появившиеся
- в результате высказываний или/и действий медицинских работников, неблагоприятно воздействующих на психику беременной женщины
 - в результате высказываний/ и действий близких людей, неблагоприятно воздействующих на психику беременной женщины
 - в результате высказываний/ и действий других беременных, неблагоприятно воздействующих на психику беременной женщины
 - в результате высказываний/ и действий посторонних людей, неблагоприятно воздействующих на психику беременной женщины
67. С какого возраста при хирургических операциях плодам, по данным исследований, плод реагирует на боль:
- с возраста 14-15 недель
 - с возраста 18-19 недель
 - с возраста 20-21 недели
 - с возраста 22 недели
68. К факторам, влияющим на нарушение эмоциональной связи между матерью и ребенком можно отнести:
- разлучение в первые часы после рождения
 - депрессивный тип ПКГД у матери
 - невозможность тактильного контакта
 - разлучение в первые часы после рождения; депрессивный тип ПКГД у матери; невозможность тактильного контакта
69. Психическое состояние, появившееся в результате ситуаций, при которых субъект не имеет возможности удовлетворить некоторые основные психические потребности в достаточной мере на протяжении длительного периода:
- Сенсорная депривация
 - Психологическая депривация
 - Двигательная депривация
 - Когнитивная депривация
70. Госпитализм у детей возникает в ситуации:

- a) Двигательной депривации
 - b) Когнитивной депривации
 - c) Эмоциональной депривации
 - d) Сенсорной депривации
71. Фобическая гипотемия это
- a) Сниженное настроение, связанное с навязчивым страхом или страхами
 - b) Кратковременное возбуждение, вызванное стрессовой ситуацией
 - c) Сниженное настроение из-за плохого самочувствия
 - d) Сниженное настроение из-за трудностей в общении с близкими
72. Схема NURSE инструмент
- a) Выражения своего мнения
 - b) Выражения эмпатии
 - c) Эффективного информирования
 - d) Работы с возражениями
73. Симптомом послеродовой депрессии является
- a) Нарушения сна более 2-х недель
 - b) Нарушения пищевого поведения более 2-х недель
 - c) Мысли о причинении вреда себе или ребенку
 - d) Нарушения сна более 2-х недель; Нарушения пищевого поведения более 2-х недель; Мысли о причинении вреда себе или ребенку
74. Низкий уровень готовности к материнству характеризуется:
- a) Противоречивой установкой на воспитание
 - b) Наличием колебаний в принятии решения иметь ребенка, негативных ощущений и переживаний в период беременности
 - c) Наличием колебаний в принятии решения о способе родоразрешения
 - d) Оптимальным вариантом ПКГД
75. Типичным примером психологической депривации может служить:
- a) Ограничение двигательной активности
 - b) Тактильная депривация
 - c) Эмоциональная депривация
 - d) Тактильная депривация; Эмоциональная депривация

Тема 4. Взаимодействие врача с родителями в ситуации перинатальной потери (УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.)

Контрольные вопросы:

1. Виды перинатальной потери (антенатальная, интернатальная, ранняя неонатальная гибель)
2. Ситуации перинатальной утраты.
3. Переживание перинатальной утраты в семье (супруги, дети, прародители).
4. Стадии горевания по Э. Кюблер-Росс.
5. Алгоритмы общения с родителями в ситуации перинатальной потери.
6. Этические принципы и дилеммы в работе врача при перинатальной утрате.
7. Культурно-исторические аспекты траура и отношения к перинатальным потерям.
8. Опишите психологические факторы риска неблагоприятного исхода беременности.
9. Расскажите о преградах, мешающих родителям переживать горе при перинатальных утратах.
10. Расскажите об объективной и субъективной реальности в ситуации перинатальной

потери по М. Е. Ланцбургу.

11. В каких реакциях может проявляться постабортный синдром у женщин?
12. Расскажите об особенностях коммуникации врача с родителями в ситуации перинатального выбора.
13. С какими признаками осложненного переживания перинатальной потери может столкнуться врач в коммуникации с пациенткой?
14. Виды символических утрат родителей при перинатальных потерях.
15. Особенности процесса горевания при перинатальных потерях.

Тестовые задания:

76. Что такое «потеря»
 - a) Исчезновение того, кто разрушает ощущение безопасности, либо обеспечивает самоидентичность человека
 - b) Исчезновение или нарушение (реальное или переживаемое как таковое), того, что/кто дает ощущение безопасности, либо обеспечивает самоидентичность человека
 - c) Рефлексия по поводу своего опыта горевания и утрат
 - d) Несостоявшаяся попытка повысить свой социальный статус

77. Реакция утраты
 - a) Горе, процесс психических изменений, направленных на приспособление к произошедшей утрате
 - b) Процесс психических изменений, направленных на приспособление к возможной в будущем утрате
 - c) Утрата мечты о ребенке
 - d) Утрата планов на будущее

78. Перинатальная потеря в медицине
 - a) гибель новорождённого через 2 месяца после родов.
 - b) гибель ребенка независимо от возраста
 - c) утрата мечты о ребенке
 - d) гибель плода на различных стадиях беременности, во время родов или смерть новорождённого вскоре после родов.

79. Перинатальная потеря в психологии
 - a) утрата мечты о ребенке
 - b) всевозможные утраты, переживаемые женщиной и людьми, причастными к беременности и рождению ребёнка, произошедшие в период планирования беременности, в пре- и перинатальном периоде и на первом году жизни ребёнка.
 - c) рождение в семье второго и следующего ребенка
 - d) состоявшаяся попытка приобрести социальный статус матери или отца

80. Какие бывают виды нормального (неосложненного) горя
 - a) пролонгированное горе
 - b) патологическое, затяжное горе
 - c) Острое горе, интегрированное горе
 - d) Горе, лишенное прав на эмоциональную реакцию

81. Какие бывают виды символических утрат при перинатальных потерях
 - a) подрыв веры в свои силы
 - b) Утрата статуса (родительства), утрата будущего, утрата стадии жизненного цикла, утрата надежды, мечты, творения, части себя, семьи, друг друга.

- c) физическая утрата значимого другого;
 - d) Утрата внешнего объекта прошлого
82. Особенности горевания у мужчин при перинатальной утрате
- a) Утрата единения с плодом
 - b) Снижение самооценки, подрыв веры в свои силы
 - c) Утрата чувства принадлежности к диаде «мать-дитя».
 - d) Позиция наблюдателя, лишённого права эмоциональной включённости. Самообвинение и обвинение партнёра. Неконструктивные способы: уход в работу, зависимости, появление отношений вне брака.
83. Ситуации перинатальных потерь
- a) преждевременные роды
 - b) внутриутробные патологии плода
 - c) развод с отцом ребенка
 - d) внематочная беременность; антенатальная и интранатальная гибель плода; гибель одного из плодов при многоплодной беременности; ситуации невынашивания беременности; аборт; бесплодие, неудачная попытка при ЭКО, ситуация перинатального выбора
84. Особенности горевания при перинатальной потере
- a) изменение качества жизни семьи
 - b) отсутствие фаз и стадий проживания горя
 - c) Отсутствие ритуалов и социальной поддержки при перинатальной утрате
 - d) отсутствие изменений в семье
85. Как «реакции переживания» проявляются у детей при перинатальной утрате в семье
- a) никак не проявляются
 - b) в отклонениях в поведении, изменениями восприятия реальности, состояниями страха, нарушениями сна, психосоматическими симптомами
 - c) повышением аппетита
 - d) повышением физической активности
86. Возможные особенности горевания родителей при перинатальной потере.
- a) Страх за живых детей, гиперопека.
 - b) Замена умершего ребёнка, переключение внимания только на живых.
 - c) Игнорирование живых детей, погружение в глубокий траур
 - d) Страх за живых детей, гиперопека; Замена умершего ребёнка, переключение внимания только на живых; c) Игнорирование живых детей, погружение в глубокий траур
87. Культурно-религиозные аспекты траура в христианской традиции
- a) аборт и выбор количества эмбрионов считается грехом, церковное поминовение только крещенных младенцев, хоронят на 3 день
 - b) нет этических трудностей при прерывании беременности
 - c) острое горевание длится больше года
 - d) умершие младенцы быстро забываются
88. Какими словами можно поддерживать родителей в ситуации перинатальной потери
- a) Я сожалею», «Я бы хотел, чтобы всё кончилось иначе», «Я сочувствую вам»
 - b) «Так лучше», «Могло быть хуже»
 - c) «Хорошо что ребёнок умер, пока вы ещё не привыкли к нему»...
 - d) «У вас ещё могут быть дети», «Время лечит»

89. Культурно-религиозные аспекты траура в иудейской традиции
- a) вспоминают все плохое
 - b) нет социальной поддержки горюющих
 - c) хоронят в тот же день до восхода солнца, затем 7 дней траура находятся дома (Шива), на 30 день ставят памятник, оплакивать можно 1 год, нет ритуалов после выкидыша, аборт допустим в некоторых случаях
 - d) на могилу приносят цветы
90. Культурно-религиозные аспекты траура в мусульманской традиции
- a) если ребенок родился мертвым совершается намаз.
 - b) сдержанное принятие, громкие рыдания не приветствуются. если при выкидыше или преждевременных родах издал крик или совершил произвольное движение, то считают, что родился живым – читают намаз, если нет-намаз не совершается. Выкидыш старше 4 месяцев считается полноценным человеком-закутывают в ткань.
 - c) разрешена кремация
 - d) большое внимание готовке и порядку
91. Культурно-религиозные аспекты траура в буддийской традиции
- a) выраженные вербальные и эмоциональные проявления скорби.
 - b) тело надо внести в храм.
 - c) мало символических способов для проявления скорби
 - d) слезы не приветствуются, не приветствуют вскрытие, скорбящие облачаются в специальные одежды, ходят с костылем. Разрешена кремация, предание тела земле или воде на 3 день. Считается хорошо умирать в кругу семьи.
92. Этические дилеммы при перинатальной утрате
- a) Угроза жизни матери, необходимо прерывание беременности
 - b) Угроза жизни ребёнка, отказ от манипуляций, лечения, обследования
 - c) Предвзвешивание и убеждения врача (ЛГБТ, аборты, религиозные особенности и проч.)
 - d) Угроза жизни матери, необходимо прерывание беременности; Угроза жизни ребёнка, отказ от манипуляций, лечения, обследования; Предвзвешивание и убеждения врача (ЛГБТ, аборты, религиозные особенности и проч.)
93. Виды ВРТ и альтернативные варианты при бесплодии
- a) Жизнь без детей, ИКСИ, ЭКО, донорство гамет и эмбрионов, суррогатное материнство, усыновление.
 - b) Развод
 - c) Связи вне брака
 - d) Решение на непрерывное лечение принимает только женщина.
94. Факторы риска, влияющие на переживания неудачной попытки ЭКО
- a) наличие единственного брака
 - b) Возраст, наличие/отсутствие детей, финансовые затраты, срок беременности, на котором произошла потеря.
 - c) безразличное отношение к временным затратам
 - d) этические проблемы
95. Признаки осложненного переживания перинатальной потери
- a) Разрешение себе быть счастливой.
 - b) Легкое отношение к новой беременности, «наступит в свое время».

- c) Выстраивание своей жизни в новых условиях.
 - d) Фиксация на идее новой беременности, застревание в трауре, вина, обида, агрессия, запрет на желание быть счастливой.
96. Признаки успешного переживания перинатальной потери.
- a) Принятие и интеграция полученного опыта в свою жизнь, желание думать о будущем, строить планы.
 - b) Мучительные раздумья над вопросом «Для чего мне это было дано?»
 - c) нет интереса к разным сферам жизни
 - d) нет желания думать о будущем и строить планы.
97. Влияние опыта переживания перинатальной потери на последующие беременности
- a) никакого влияния не оказывает.
 - b) фактор риска в аспекте физического и психического здоровья матери.
 - c) сниженная тревожность.
 - d) никак не влияет на вынашивание и воспитание последующих рожденных детей.
98. Особенности коммуникации с женщиной при выявлении патологии развития плода
- a) пониженная значимость коммуникации с врачом для беременной женщины
 - b) особенности коммуникации отсутствуют, следует придерживаться обычной тактики общения
 - c) требуется использование бережных форм общения, способствующих продуктивному контакту и позволяющих снижать риски возникновения конфликтных ситуаций
 - d) требуется особая строгость в требовании соблюдения рекомендаций врачей
99. В ситуации выявления патологии плода родителям важно услышать от врача:
- a) вы видите, что они не справляются, упрекайте за каждую мелочь
 - b) Что в патологии нет вины родителей, что им оказывают и окажут всю возможную помощь
 - c) что они плохие родители
 - d) что Вы видите, как легко им даются эти новости
100. Винсент Монтомери Ру определяет постабортный синдром как:
- a) посттравматическое стрессовое расстройство, характеризующееся развитием симптомов, вызванных определенными эмоциональными реакциями на полученную вследствие аборта физическую и эмоциональную травму,
 - b) постоянное преследование пережитого в подсознании женщины
 - c) опыт насильственной смерти
 - d) сочетание психических симптомов, которые могут появиться после аборта

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ

1. История развития перинатальной психологии
2. Концепция травмы рождения в работе О. Ранка.
3. Концепция детского развития Д. Винникотта.
4. Перинатальные аспекты в трансперсональной психологии С. Грофа.
5. Формирование привязанности в исследованиях Дж. Боулби.
6. Теория объектных отношений в работах М. Кляйн.

7. Концепция Ухтомского – Аршавского о материнской доминанте, состоящей из физиологического и психологического компонентов
8. Основные аспекты перинатальной психологии.
9. Теория личности как основа перинатальной психологии в концепции В.Н. Мясищева.
10. Исследование мира ребенка в работах Ф. Дольто.
11. Системный подход к психологии семейных отношений и семейной психотерапии Сальвадора Минухина.
12. Деструктивные репродуктивные установки
13. Характеристика женщин с особенностями депрессивного ПКГД
14. Характеристика женщин с особенностями гипогестозического ПКГД
15. Характеристика женщин с особенностями тревожного ПКГД
16. Виды психосоматических нарушений в раннем возрасте
17. Язык младенцев. «Затаенная боль» Каролин Эльячефф
18. Девиантные формы материнства
19. Материнство: врожденная или приобретенная форма заботы?
20. Феномен психической депривации в работах Лангеймер Й., Матейчек З.
21. Сообщение плохих новостей в перинатологии
22. Дезорганизованный тип привязанности
23. Схема NURSE, как инструмент эффективной коммуникации в перинатологии при сложных разговорах
24. Эффективные стратегии бережного информирования в перинатологии
25. Протокол SPIKES при сообщении плохих новостей
26. Неблагоприятные факторы, влияющие на формирование контакта в системе «мать-дитя» в первые часы после рождения

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Перинатальная психология является разделом:

- a) Перинатальной медицины
- b) Перинатальной психиатрии
- c) Клинической перинатальной психологии
- d) Перинатологии

2. Перинатальная психология это:

- a) Новое научное направление в медицине и преследует цель изучения психической жизни плода, ее влияния на формирование личности человека
- b) Область психологической науки, изучающая возникновение, динамику и особенности психологического и психического развития системы «мать – дитя», закономерности самых ранних этапов онтогенеза человека от зачатия до первых лет жизни после рождения в его взаимодействии с матерью
- c) Система знаний, объединившая в себя то, что жизненно необходимо для рождения потомства высокого качества, человека будущего
- d) Новая область знаний, которая изучает обстоятельства и закономерности развития психики на ранних этапах: антенатальной, интранатальной и неонатальной фазе и их влияние на всю последующую жизнь

3. Разделом перинатальной психологии не является:

- a) Психология раннего постнатального периода
- b) Перинатальная психотерапия
- c) Медицинская перинатальная психология
- d) Психология беременности

4. Примером какого подхода к перинатальной психологии является книга «Тайны зачатия. Зачатие как психический процесс» Семеновой С.Б. (1997)

- a) Медико-редукционистского
- b) Электически-делитантского
- c) Психолого-редукционистского
- d) Интегративного биопсихосоциального

5. Для медико-редукционистского подхода характерно:

- a) Объяснять все возникающие с репродуктивным здоровьем проблемы исключительно биологическими причинами
- b) Понимать психологию как набор тестов и техник
- c) Опирается на биологический закон сохранения рода
- d) Объяснять все возникающие с репродуктивным здоровьем проблемы исключительно биологическими причинами и понимать психологию как набор тестов и техник

6. Редукционизм проявляется:

- a) Уверенностью, что все проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем обусловлены биологическими причинами
- b) Уверенностью в том, что все проблемы человека и общества связаны исключительно с перинатальным периодом.
- c) Уверенностью, что все психологические проблемы человека и общества решаются с помощью перинатальной педагогики
- d) Уверенностью, что все проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем обусловлены социальными причинами

7. Термин «перинатология» произошел от

- a) лат. «вокруг» + «рождение»
- b) греч. «ребенок» + «учение»
- c) греч. «вокруг», лат. «рождение» + «наука»
- d) лат. «около» + «рождение», греч. «наука»

8. К какому подходу к перинатальной психологии можно отнести высказывание:

«Цель обучения – путем интегрально-кардинального образования помочь супружеской паре понять истинный смысл рождения, родить детей в атмосфере любви и святости, обрести счастье участия в священном действии – приходе Души в мир»

- a) Медико-редукционистского
- b) Электически-делитантского
- c) Психолого-редукционистского
- d) Интегративного биопсихосоциального

9. Сутью биопсихосоциального подхода к перинатальной психологии является:

- a) Соединение биологических, психологических и социальных теоретических построений в единую теоретическую модель
- b) Объяснение как биологический компонент влияет на психологический и социальный компоненты, влияет на репродуктивную сферу
- c) Объяснение взаимосвязей психологических, биологических и социальных процессов в контексте репродуктивной сферы
- d) Соединение биологических, психологических и социальных теоретических построений в единую теоретическую модель, способствующую наиболее полному пониманию закономерностей психологических, биологических и социальных процессов, связанных с репродукцией, раскрытию их взаимосвязей.

10. Автор термина «гестационная доминанта»:

- a) Добряков И.В.
- b) Филиппока Г.Г.
- c) Ухтомский А.А.
- d) Аршавский И.А.

11. Доминанта это:

- a) очаг более или менее устойчивой повышенной возбудимости центров, временно господствующий рефлекс, тогда как в других отделах центральной нервной системы отмечаются явления торможения
- b) очаг более или менее устойчивой повышенной возбудимости центров, временно господствующий рефлекс, тогда как в других отделах центральной нервной системы отмечаются явления возбуждения
- c) очаг более или менее устойчивого торможения центров, временно господствующий рефлекс, тогда как в других отделах центральной нервной системы отмечаются явления возбуждения
- d) очаг устойчивой повышенной возбудимости центров, временно господствующий рефлекс, тогда как в других отделах центральной нервной системы не отмечаются явления торможения

12. Материнская доминанта это

- a) Последовательно возникающие в связи с репродуктивной функцией и сменяющие друг друга доминантные состояния в организме женщины, детерминированные биологическими изменениями, психологическими и социальными факторами
- b) Состояние женщины в связи с мыслями о материнстве
- c) Последовательно возникающие в связи с репродуктивной функцией и сменяющие друг друга доминантные состояния в организме женщины, детерминированные биологическими (прежде всего гормональными) изменениями
- d) Последовательно возникающие в связи с репродуктивной функцией и сменяющие друг друга доминантные состояния в организме женщины, детерминированные психологическими и социальными факторами

13. Основоположником перинатальной психологии и психотерапии следует считать

- a) О. Ранк
- b) Ш. Ференци
- c) З. Фрейд
- d) Дж. Боулби

14. Под понятием «отношения» В. Н. Мясищев подразумевал

- a) То латентное состояние, которое определяет основанный на прошлом опыте характер действия или переживания человека по поводу каких-либо обстоятельств
- b) Отношения к себе, к противоположному полу, к семье, к нравственности, к мировоззрению, к религии
- c) Это оценка объекта отношения, варьирующаяся от крайне негативной до крайне позитивной.
- d) Психологическая конструкция, ментальная и эмоциональная сущность, которая присуща человеку или характеризует его

15. Представителем отечественной школы семейной психотерапии является:

- a) Эйдемиллер Э.Г.
- b) Мясищев В.Н.
- c) Леонтьев А.А.
- d) Лазурский А.Ф.

- 16. Система «мать-дитя» в перинатальном периоде не характеризуется признаком:**
- наличие симбиотической связи матери и ребенка
 - несамостоятельность психики ребенка, зависимость ее от особенностей материнских психических функций
 - отсутствие у ребенка самосознания, т. е. четких телесных границ и границ психики, неспособность его выделять себя из окружающего мира
 - отсутствие у ребенка речи
- 17. Семье как системе не присуще свойство:**
- система как целое больше, чем сумма ее частей
 - любое воздействие на систему в целом влияет и на каждый составляющий ее элемент
 - изменение любого элемента системы приводит к изменениям остальных элементов системы и всей системы в целом
 - изменение любого элемента системы не приводит к изменениям остальных элементов системы и всей системы в целом
- 18. К важнейшим характеристикам семьи по Э. Г. Эйдемиллеру не относится:**
- структура
 - функции
 - динамика
 - достижения
- 19. Биопсихосоциальная модель перинатальной психологии по Добрякову И.В. не базируется на теории:**
- концепция Ухтомского – Аршавского о материнской доминанте, состоящей из физиологического и психологического компонентов
 - вышедшая из психоанализа теория привязанности Джона Боулби и Мэри Эйнсворт
 - системный подход к психологии семейных отношений и семейной психотерапии Сальвадора Минухина
 - концепция инстинктов В. И. Гарбузова.
- 20. В теории Отто Ранка говорится:**
- о влиянии на психическое развитие и становление личности человека полученной им при рождении травмы
 - о единстве системы «мать – дитя», о формировании в этой системе объектных отношений, о значении переходного объекта
 - о закономерности развития ребенка только в связи с генетической и личностной потенциальностью родителей
 - о закономерностях развития психики на ранних этапах: антенатальной, интранатальной и неонатальной фазе и их влиянии на всю последующую жизнь
- 21. Специальная перинатальная психология призвана исследовать:**
- психологические особенности людей, ожидающих рождения детей с особенностями развития, заниматься поисками путей оказания им психологической помощи
 - психологические особенности новорожденных с ограниченными возможностями, заниматься поисками путей оказания психологической помощи семье
 - психологические особенности репродуктивных функций у людей с ограниченными возможностями, заниматься поисками путей оказания им психологической помощи
 - репродуктивных функций у людей с ограниченными возможностями
- 22. Гестационная доминанта обеспечивает:**

- a) изменение гормонального фона женщины
- b) направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода
- c) изменение психологического состояния женщины
- d) направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для возникновения беременности

23. Материнскую доминанту по И.А. Аршавскому последовательно составляют:

- a) гестационная, родовая, лактационная доминанты
- b) доминанта зачатия, гестационная, родовая
- c) гестационная, родовая, доминанта холдинга
- d) доминанта зачатия, гестационная, родовая, доминанта холдинга

24. Д. В. Винникотт считал:

- a) что психическое здоровье младенца зависит от качества заботы о нем матери
- b) что физическое здоровье младенца зависит от качества заботы о нем матери
- c) что физическое здоровье младенца зависит от его психического здоровья
- d) что «младенец, при условии включения заботы, которую он получает от матери, представляет психическую систему»

25. Результаты работ Дж. Боулби и М. Эйнсворт показали:

- a) для психического здоровья ребенка необходимо, чтобы его отношения с матерью приносили взаимную радость и тепло
- b) потребность в близости – базовая потребность ребенка
- c) основой отношения ребенка к матери является «принцип наслаждения»
- d) верно для психического здоровья ребенка необходимо, чтобы его отношения с матерью приносили взаимную радость и тепло; потребность в близости – базовая потребность ребенка

26. Диада «женщина и пренейт» имеют

- a) Общий орган, общие границы и зависимые друг от друга физиологию и психическое функционирование
- b) Общие связи нервных систем
- c) Независимые физиологию и психическое функционирование
- d) Общую эндокринную и нервную системы.

27. Формированию тревожного варианта психологического компонента гестационной доминанты способствуют:

- a) случайность беременности; манипулятивный характер мотивов, побудивших женщину забеременеть, беременность вне брака, дисфункциональная семья
- b) соматическое и психическое здоровье
- c) высокая самооценка, низкий уровень тревожности
- d) благоприятные материально-бытовые условия;

28. Определение варианта ПКГД у беременной женщины влияет на:

- a) прекращение контакта с пациенткой
- b) постановку конкретных целей и задач психологической помощи
- c) формулирование рекомендаций членам семьи женщины
- d) формирование ятрогений

29. Деструктивные мотивы зачатия имеют следующие цели:

- a) вынудить партнера жениться; родить «назло» партнеру; выполнить настойчивую просьбу родителей о рождении внука или внучки; получить материальные выгоды

- b) стремление к бессмертию путем повторения себя в ребенке;
- c) выражение благодарности любимому человеку за счастье, которое он доставляет;
- d) желание творчества (рождение и воспитание такого человека, которого еще не было)

30. Дж. Боулби полагал, что связь ребенка и матери обусловлена:

- a) только лишь физиологическими потребностями
- b) потребностью в научении социально приемлемым навыкам
- c) потребностью в ориентировки в пространстве
- d) потребностью в близости к ухаживающему за ним человеку. Близость обеспечивает безопасность, позволяет заниматься исследовательской деятельностью, обучаться, адаптироваться к новым ситуациям.

31. Какие методы коммуникации позволят врачу установить оптимальный контакт с беременной женщиной?

- a) четкое следование структуре консультации, внимание ко времени,
- b) открытые вопросы, паузы, проявления эмпатии, внимательное слушание
- c) использование специальных терминов, фокусирование пациентки на негативных вариантах течения беременности
- d) закрытые вопросы позволяют оставлять проблемы в фокусе и собрать достаточное количество информации у пациентки

32. Задачи, характерные для импринтинга

- a) обучение, создает определенные поведенческие модели, используемые во взрослом состоянии в виде поведенческих реакций, способствует формированию бондинга;
- b) не влияет на формировании взаимоотношений ребенка и родителей
- c) формирование безусловного рефлекса
- d) поддерживает сохранение лактации

33. Стадии жизнедеятельности семьи влияют на:

- a) Мотивы зачатия, особенности развития и состояние здоровья младенца
- b) количество конфликтов
- c) количество детей в семье
- d) материальное благополучие семей

34. Какие существуют стадии развития семьи:

- a) начало супружеских отношений, экспериментов внебрачных отношений, развития компромиссов, зрелых супружеских отношений.
- b) добрачных отношений, супружеских компромиссов, созависимого супружеского холона, внебрачных отношений, восстановление супружеских отношений;
- c) внебрачных отношений; конформности; компромиссов; зрелого супружества; угасания супружеских отношений.
- d) добрачных отношений, конфронтации, компромиссов, зрелого супружеского холона, экспериментирования с независимостью, ренессанса супружеских отношений.

35. Продолжительность беременности при нормальном ее течении составляет

- a) 12 лунных месяцев, или 336 дней
- b) 10,5 лунных месяцев, или 294 дня
- c) 10 лунных месяцев, или 280 дней
- d) 9 лунных месяцев, или 252 дня

36. Когда происходит принятие и перестройка самосознания женщины с постепенным включением в него образа ребенка

- a) Только в третьем триместре
- b) При появлении внешних признаков беременности
- c) Во втором триместре
- d) Чаще всего после первого шевеления плода.

37. Симптом нетерпения проявляется через:

- a) Жалобы на то, что беременность женщине надоела, выражение стремления к скорейшему окончанию беременности
- b) желание женщины избежать родов,
- c) представления женщины о благополучном завершении беременности.
- d) тревожно-депрессивные сомнения в желанности беременности

38. Фасилитирующему типу отношения женщины к беременности свойственно:

- a) восприятие вынашивания ребенка как необязательной части ее жизненного сценария.
- b) не соответствие желаниям и стремлениям женщины
- c) перестраивания образа жизни, чтобы создать благоприятные условия для течения беременности, родоразрешения и воспитания ребенка
- d) присутствие тревожного типа ПКГД

39. Какие методы психологической помощи роженице может использовать медицинский персонал?

- a) доброжелательное обращение и своевременное и деликатное информирование о предстоящих манипуляциях и связанных с ними ощущениях,
- b) обмен роженицами информацией псевдомедицинского или негативного характера,
- c) строгое обращение, отсутствие физического комфорта
- d) дефицит информации о происходящем с роженицей сейчас и о том, что предстоит.

40. Женщина называется «роженица»

- a) за месяц до родов
- b) за неделю до родов
- c) неделю после родов
- d) с начала и до окончания родов

41. При партнерских родах:

- a) требуется меньшее количество акушерско-гинекологических вмешательств, формируются оптимальные формы привязанности ребенка к обоим родителям, создают благоприятную ситуацию для формирования перинатального комплаенса.
- b) повышается травматизм новорожденного;
- c) требуется большое количества медикаментозных препаратов, повышается потребность в реабилитации в условиях детской клиники;
- d) повышается физическая и психическая нагрузка на средний медицинский персонал;

42. Чему способствуют бондинг и холдинг

- a) формированию достаточно заботливых отношений между родителями
- b) разлучению матери и ребенка
- c) формированию общих границ матери и ребенка
- d) созданию благоприятной среды для возникновения протодиалога матери и ребенка, способствуют естественному вскармливанию.

43. На что влияет отсутствие естественного грудного вскармливания

- a) на формирование раннего диалога между матерью и ребенком

- b) формирование варианта привязанности и модели отношений ребенка к объектам окружения и к миру в целом
- c) на необходимость обучения матери взаимодействию с ребенком
- d) у ребенка снижается сепарационная (базальная) тревога.

44. Какие типы поведения детей формируются под влиянием общения с матерью (по М. Эйнсворт)

- a) девиантная привязанность, объективная привязанность, организованная привязанность
- b) опасная привязанность, зависимая привязанность, ненадежная привязанность, оптимальная привязанность
- c) созависимая привязанность, оптимальная привязанность, ситуативная привязанность, опасная привязанность
- d) Избегающая привязанность, надежная привязанность, амбивалентная привязанность, дезорганизованная привязанность

45. Чем характеризуется избегающая привязанность

- a) ребенок идет на контакт с матерью, когда она начинает с ним заигрывать
- b) ребенок все время ищет контакта с матерью
- c) на уход из комнаты матери, а затем на ее возвращение ребенок не обращает внимания, не ищет с ней контакта, продолжает игру.
- d) ребенок избегает зрительного контакта с матерью

46. Чем характеризуется безопасная, или надежная, привязанность

- a) ребенок не отпускает мать
- b) в присутствии матери ребенок чувствует себя некомфортно.
- c) ребенок долго не может успокоиться после расставания с матерью
- d) Если мать уходит, ребенок начинает беспокоиться, расстраивается, прекращает исследовательскую деятельность. При возвращении матери ищет контакта с ней и, установив его, быстро успокаивается, вновь продолжает свои занятия.

47. Чем характеризуется амбивалентная привязанность

- a) При возвращении матери ребенок ищет контакта с ней и, установив его, быстро успокаивается, вновь продолжает свои занятия.
- b) ребенок идет на контакт с матерью, когда она начинает с ним заигрывать
- c) ребенок долго не может успокоиться после расставания с матерью
- d) в присутствии матери ребенок остается тревожным. При ее уходе тревога возрастает. Когда она возвращается, малыш стремится к ней, но контакту сопротивляется. Если мать берет его на руки, он вырывается.

48. Чем характеризуется дезорганизованная привязанность

- a) ребенок внимательно следит за матерью, при малейшей попытке выйти из комнаты хватается ее и не отпускает от себя
- b) Если мать уходит, ребенок начинает беспокоиться, расстраивается, прекращает исследовательскую деятельность
- c) ребенок идет на контакт с матерью, когда она начинает с ним заигрывать
- d) Этот тип привязанности считается патологическим, ребенок, увидев вернувшуюся мать, застывает или убегает от нее.

49. Чем характеризуется симбиотическом типе привязанности.

- a) на уход из комнаты матери, а затем на ее возвращение ребенок не обращает внимания, не ищет с ней контакта, продолжает игру.
- b) ребенок идет на контакт с матерью, когда она начинает с ним заигрывать

- c) Если мать уходит, ребенок начинает беспокоиться, расстраивается, прекращает исследовательскую деятельность
- d) ребенок внимательно следит за матерью, при малейшей попытке выйти из комнаты хватается за нее и не отпускает от себя

50. Психологическая готовность к материнству характеризуется как

- a) специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъект-объектная ориентация в отношении к еще не родившемуся ребенку
- b) набор особенностей коммуникативного опыта женщины
- c) желанность ребенка
- d) установки женщины на стратегию воспитания ребенка

51. К деструктивным мотивам зачатия можно отнести

- a) стремление к бессмертию путем повторения себя в ребенке
- b) выражение благодарности любимому человеку за счастье, которое он доставляет
- c) желание творчества (рождение и воспитание такого человека, которого еще не было)
- d) укрепить отношения в семье

52. Если женщина вынашивает нежеланного ребенка, то ее эмоциональный фон обычно характеризуется:

- a) амбивалентностью
- b) тревожностью
- c) внушаемостью
- d) угнетенным состоянием

53. Зачатие ребенка на каком этапе жизненного цикла семьи наиболее благоприятно для ребенка и супружеской пары:

- a) компромиссов
- b) добрых отношений
- c) конфронтации
- d) экспериментирования с независимостью

54. Фактором повышенного риска возникновения нервно-психических нарушений у беременных является

- a) Возраст до 18 лет
- b) Возраст от 20 до 30 лет
- c) Возраст от 35 до 40
- d) Возраст после 40

55. Какой возраст беременной женщины коррелирует с большей тревожностью:

- a) Возраст до 18 лет
- b) Возраст от 18 до 25 лет
- c) Возраст от 30 до 35 лет
- d) Возраст старше 35 лет

56. Для женщин с гипогестогоническим вариантом ПКГД характерно высказывание:

- a) я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с моей беременностью
- b) я испытываю волнение в связи с моей беременностью
- c) я испытываю страх в связи с мыслями о предстоящих родах
- d) я часто думаю о предстоящем материнстве

57. Термин «атиофориогнозия» произошел от:

- a) греч. «отрицание», «беременность»
- b) греч. «случайность», «беременность»
- c) греч. «отрицание», «беременность», «знание»
- d) греч. «случайность», «зачатие», «против»

58. Гипогестогнозический тип ПКГД определяется каким стилем переживания беременности:

- a) амбивалентным
- b) отвергающим
- c) игнорирующим
- d) тревожным

59. Эйфорический тип ПКГД характеризуется:

- a) не критичным отношением женщины к возможным проблемам беременности и материнства
- b) обязательным поиском второго, а то и третьего мнения
- c) отрицанием женщиной состояния беременности
- d) высоким чувством ответственности

60. При каком типе ПКГД беременность часто воспринимается женщиной как соматически болезненное состояние

- a) оптимальном типе ПКГД
- b) эйфорическом типе ПКГД
- c) тревожном типе ПКГД
- d) гипогестогнозическом типе ПКГД

61. При каком типе ПКГД беременная может демонстрировать максимально выраженные тревожные состояния, а также бредовые, ипохондрические идеи, идеи самоуничижения, намерения «освобождения от ребенка»:

- a) депрессивном типе ПКГД
- b) эйфорическом типе ПКГД
- c) тревожном типе ПКГД
- d) гипогестогнозическом типе ПКГД

62. Психологическая готовность к материнству у женщин, не встающих на учет по беременности (по данным исследований):

- a) слабо выражена
- b) формируется
- c) сформирована, если есть веские причины не встать вовремя на учет
- d) сформирована

63. Явления инфантильной анорексии младенцев являются важным проявлением

- a) анаклитической депрессии
- b) дистимии
- c) атипичной депрессии
- d) постнатальной депрессии

64. Пищевое недоразвитие младенцев развивается:

- a) при нарушении взаимоотношений в системе «мать – дитя» в связи с нахождением в лечебном учреждении
- b) при нарушении взаимоотношений в системе «мать – дитя» в связи с пренебрежением ребенком и его эмоциональной и сенсорной депривацией
- c) при нарушении взаимоотношений в системе «мать – дитя» в связи с нарушением

режима питания

- d) при нарушении взаимоотношений в системе «мать – дитя» в связи с болезнью ребенка

65. Руминация проявляется в форме

- a) многократного произвольного отрыгивания проглоченной пищи и повторного ее пережевывания
- b) отказа от еды
- c) многократных непроизвольных срыгиваний пищи
- d) рвоты

66. К ятрогениям беременных относятся нарушения появившиеся

- a) в результате высказываний или/и действий медицинских работников, неблагоприятно воздействующих на психику беременной женщины
- b) в результате высказываний/ и действий близких людей, неблагоприятно воздействующих на психику беременной женщины
- c) в результате высказываний/ и действий других беременных, неблагоприятно воздействующих на психику беременной женщины
- d) в результате высказываний/ и действий посторонних людей, неблагоприятно воздействующих на психику беременной женщины

67. С какого возраста при хирургических операциях плодам, по данным исследований, плод реагирует на боль:

- a) с возраста 14-15 недель
- b) с возраста 18-19 недель
- c) с возраста 20-21 недели
- d) с возраста 22 недели

68. К факторам, влияющим на нарушение эмоциональной связи между матерью и ребенком можно отнести:

- a) разлучение в первые часы после рождения
- b) депрессивный тип ПКГД у матери
- c) невозможность тактильного контакта
- d) разлучение в первые часы после рождения; депрессивный тип ПКГД у матери; невозможность тактильного контакта

69. Психическое состояние, появившееся в результате ситуаций, при которых субъект не имеет возможности удовлетворить некоторые основные психические потребности в достаточной мере на протяжении длительного периода:

- a) Сенсорная депривация
- b) Психологическая депривация
- c) Двигательная депривация
- d) Когнитивная депривация

70. Госпитализм у детей возникает в ситуации:

- a) Двигательной депривации
- b) Когнитивной депривации
- c) Эмоциональной депривации
- d) Сенсорной депривации

71. Фобическая гипотемия это

- a) Сниженное настроение, связанное с навязчивым страхом или страхами

- b) Кратковременное возбуждение, вызванное стрессовой ситуацией
- c) Сниженное настроение из-за плохого самочувствия
- d) Сниженное настроение из-за трудностей в общении с близкими

72. Схема NURSE инструмент

- a) Выражения своего мнения
- b) Выражения эмпатии
- c) Эффективного информирования
- d) Работы с возражениями

73. Симптомом послеродовой депрессии является

- a) Нарушения сна более 2-х недель
- b) Нарушения пищевого поведения более 2-х недель
- c) Мысли о причинении вреда себе или ребенку
- d) Нарушения сна более 2-х недель; Нарушения пищевого поведения более 2-х недель; Мысли о причинении вреда себе или ребенку

74. Низкий уровень готовности к материнству характеризуется:

- a) Противоречивой установкой на воспитание
- b) Наличием колебаний в принятии решения иметь ребенка, негативных ощущений и переживаний в период беременности
- c) Наличием колебаний в принятии решения о способе родоразрешения
- d) Оптимальным вариантом ПКГД

75. Типичным примером психологической депривации может служить:

- a) Ограничение двигательной активности
- b) Тактильная депривация
- c) Эмоциональная депривация
- d) Тактильная депривация; Эмоциональная депривация

76. Что такое «потеря»

- a) Исчезновение того, кто разрушает ощущение безопасности, либо обеспечивает самоидентичность человека
- b) Исчезновение или нарушение (реальное или переживаемое как таковое), того, что/кто дает ощущение безопасности, либо обеспечивает самоидентичность человека
- c) Рефлексия по поводу своего опыта горевания и утрат
- d) Несостоявшаяся попытка повысить свой социальный статус

77. Реакция утраты

- a) Горе, процесс психических изменений, направленных на приспособление к произошедшей утрате
- b) Процесс психических изменений, направленных на приспособление к возможной в будущем утрате
- c) Утрата мечты о ребенке
- d) Утрата планов на будущее

78. Перинатальная потеря в медицине

- a) гибель новорожденного через 2 месяца после родов.
- b) гибель ребенка независимо от возраста
- c) утрата мечты о ребенке
- d) гибель плода на различных стадиях беременности, во время родов или смерть новорожденного вскоре после родов.

79. Перинатальная потеря в психологии

- a) утрата мечты о ребенке
- b) всевозможные утраты, переживаемые женщиной и людьми, причастными к беременности и рождению ребёнка, произошедшие в период планирования беременности, в пре- и перинатальном периоде и на первом году жизни ребёнка.
- c) рождение в семье второго и следующего ребенка
- d) состоявшаяся попытка приобрести социальный статус матери или отца

80. Какие бывают виды нормального (неосложненного) горя

- a) пролонгированное горе
- b) патологическое, затяжное горе
- c) Острое горе, интегрированное горе
- d) Горе, лишенное прав на эмоциональную реакцию

81. Какие бывают виды символических утрат при перинатальных потерях

- a) подрыв веры в свои силы
- b) Утрата статуса (родительства), утрата будущего, утрата стадии жизненного цикла, утрата надежды, мечты, творения, части себя, семьи, друг друга.
- c) физическая утрата значимого другого;
- d) Утрата внешнего объекта прошлого

82. Особенности горевания у мужчин при перинатальной утрате

- a) Утрата единения с плодом
- b) Снижение самооценки, подрыв веры в свои силы
- c) Утрата чувства принадлежности к диаде «мать-дитя».
- d) Позиция наблюдателя, лишённого права эмоциональной включённости. Самообвинение и обвинение партнёра. Неконструктивные способы: уход в работу, зависимости, появление отношений вне брака.

83. Ситуации перинатальных потерь

- a) преждевременные роды
- b) внутриутробные патологии плода
- c) развод с отцом ребенка
- d) внематочная беременность; антенатальная и интранатальная гибель плода; гибель одного из плодов при многоплодной беременности; ситуации невынашивания беременности; аборт; бесплодие, неудачная попытка при ЭКО, ситуация перинатального выбора

84. Особенности горевания при перинатальной потере

- a) изменение качества жизни семьи
- b) отсутствие фаз и стадий проживания горя
- c) Отсутствие ритуалов и социальной поддержки при перинатальной утрате
- d) отсутствие изменений в семье

85. Как «реакции переживания» проявляются у детей при перинатальной утрате в семье

- a) никак не проявляются
- b) в отклонениях в поведении, изменениями восприятия реальности, состояниями страха, нарушениями сна, психосоматическими симптомами
- c) повышением аппетита
- d) повышением физической активности

86. Возможные особенности горевания родителей при перинатальной потере.

- a) Страх за живых детей, гиперопека.
- b) Замена умершего ребёнка, переключение внимания только на живых.
- c) Игнорирование живых детей, погружение в глубокий траур
- d) Страх за живых детей, гиперопека; Замена умершего ребёнка, переключение внимания только на живых; Игнорирование живых детей, погружение в глубокий траур

87. Культурно-религиозные аспекты траура в христианской традиции

- a) аборт и выбор количества эмбрионов считается грехом, церковное поминовение только крещенных младенцев, хоронят на 3 день
- b) нет этических трудностей при прерывании беременности
- c) острое горевание длится больше года
- d) умершие младенцы быстро забываются

88. Какими словами можно поддерживать родителей в ситуации перинатальной потери

- a) «Я сожалею», «Я бы хотел, чтобы всё кончилось иначе», «Я сочувствую вам»
- b) «Так лучше», «Могло быть хуже»
- c) «Хорошо что ребёнок умер, пока вы ещё не привыкли к нему»...
- d) «У вас ещё могут быть дети», «Время лечит»

89. Культурно-религиозные аспекты траура в иудейской традиции

- a) вспоминают все плохое
- b) нет социальной поддержки горюющих
- c) хоронят в тот же день до восхода солнца, затем 7 дней траура находятся дома (Шива), на 30 день ставят памятник, оплакивать можно 1 год, нет ритуалов после выкидыша, аборт допустим в некоторых случаях
- d) на могилу приносят цветы

90. Культурно-религиозные аспекты траура в мусульманской традиции

- a) если ребенок родился мертвым совершается намаз.
- b) сдержанное принятие, громкие рыдания не приветствуются. если при выкидыше или преждевременных родах издал крик или совершил произвольное движение, то считают, что родился живым – читают намаз, если нет-намаз не совершается. Выкидыш старше 4 месяцев считается полноценным человеком-закутывают в ткань.
- c) разрешена кремация
- d) большое внимание готовке и порядку

91. Культурно-религиозные аспекты траура в буддийской традиции

- a) выраженные вербальные и эмоциональные проявления скорби.
- b) тело надо внести в храм.
- c) мало символических способов для проявления скорби
- d) слезы не приветствуются, не приветствуют вскрытие, скорбящие облачаются в специальные одежды, ходят с костылем. Разрешена кремация, предание тела земле или воде на 3 день. Считается хорошо умирать в кругу семьи.

92. Этические дилеммы при перинатальной утрате

- a) Угроза жизни матери, необходимо прерывание беременности
- b) Угроза жизни ребёнка, отказ от манипуляций, лечения, обследования
- c) Предвзвешивание и убеждения врача (ЛГБТ, аборт, религиозные особенности и проч.)
- d) Угроза жизни матери, необходимо прерывание беременности; Угроза жизни ребёнка, отказ от манипуляций, лечения, обследования; Предвзвешивание и убеждения врача (ЛГБТ, аборт, религиозные особенности и проч.)

93. Виды ВРТ и альтернативные варианты при бесплодии

- a) Жизнь без детей, ИКСИ, ЭКО, донорство гамет и эмбрионов, суррогатное материнство, усыновление.
- b) Развод
- c) Связи вне брака
- d) Решение на непрерывное лечение принимает только женщина.

94. Факторы риска, влияющие на переживания неудачной попытки ЭКО

- a) наличие единственного брака
- b) Возраст, наличие/отсутствие детей, финансовые затраты, срок беременности, на котором произошла потеря.
- c) безразличное отношение к временным затратам
- d) этические проблемы

95. Признаки осложненного переживания перинатальной потери

- a) Разрешение себе быть счастливой.
- b) Легкое отношение к новой беременности, «наступит в свое время».
- c) Выстраивание своей жизни в новых условиях.
- d) Фиксация на идее новой беременности, застревание в трауре, вина, обида, агрессия, запрет на желание быть счастливой.

96. Признаки успешного переживания перинатальной потери.

- a) Принятие и интеграция полученного опыта в свою жизнь, желание думать о будущем, строить планы.
- b) Мучительные раздумья над вопросом «Для чего мне это было дано?»
- c) нет интереса к разным сферам жизни
- d) нет желания думать о будущем и строить планы.

97. Влияние опыта переживания перинатальной потери на последующие беременности

- a) никакого влияния не оказывает.
- b) фактор риска в аспекте физического и психического здоровья матери.
- c) сниженная тревожность.
- d) никак не влияет на вынашивание и воспитание последующих рожденных детей.

98. Особенности коммуникации с женщиной при выявлении патологии развития плода

- a) пониженная значимость коммуникации с врачом для беременной женщины
- b) особенности коммуникации отсутствуют, следует придерживаться обычной тактики общения
- c) требуется использование бережных форм общения, способствующих продуктивному контакту и позволяющих снижать риски возникновения конфликтных ситуаций
- d) требуется особая строгость в требовании соблюдения рекомендаций врачей

99. В ситуации выявления патологии плода родителям важно услышать от врача:

- a) вы видите, что они не справляются, упрекайте за каждую мелочь
- b) Что в патологии нет вины родителей, что им оказывают и окажут всю возможную помощь
- c) что они плохие родители
- d) что Вы видите, как легко им даются эти новости

100. Винсент Монтгомери Ру определяет постабортный синдром как:

- a) посттравматическое стрессовое расстройство, характеризующееся развитием симптомов, вызванных определенными эмоциональными реакциями на полученную вследствие аборта физическую и эмоциональную травму,
- b) постоянное преследование пережитого в подсознании женщины
- c) опыт насильственной смерти
- d) сочетание психических симптомов, которые могут появиться после аборта

ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России
Сертификат [01D9A9C6655B6ED0000BADF200060002](#)
Владелец [Пармон Елена Валерьевна](#)
Действителен [с 28.06.2023 по 28.06.2024](#)

