федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Психосоматика и практикум по психосоматике

по направлению подготовки (специальности)

37.05.01 «Клиническая психология»

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 37.05.01 «Клиническая психология»

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № \_9\_ от «\_30\_» \_\_\_апреля\_\_\_2021 г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

***ОПК-4*** – способен вести протокол и составлять заключение по результатам психологической диагностики и экспертизы, а также представлять обратную связь по запросу заказчика;

***ПК-4*** – способен определять цели и самостоятельно или в кооперации с коллегами разрабатывать программы психологического вмешательства с учетом нозологических и индивидуально-психологических характеристик, квалифицированно осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития;

***ПК-5*** – способен осуществлять психологическое консультирование медицинского персонала (или работников других учреждений) по вопросам взаимодействия с пациентами (клиентами), создавать необходимую психологическую атмосферу и "терапевтическую среду".

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Модуль 1. Психосоматика**

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* Устный (терминологический) опрос *(рубежный контроль по модулю 1, включен в структуру практического занятия «Психологические особенности больных с ПСР»)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Перечень определений к рубежному контролю по модулю 1:**

***Тема 1. Психосоматические расстройства (ПСР) и «психосоматическая медицина».***

**ПСИХОСОМАТИКА** – **1.** раздел клинической психологии, изучающий проблемы соотношений тела и души, психики и соматики; **2.** На сегодняшний день не существует единого определения слова «психосоматика». С одной стороны, этот термин подразумевает научное направление, которое устанавливает взаимоотношения между психикой и телесными функциями, исследует, как психологические переживания влияют на функции организма, как переживания могут вызывать те или иные болезни. С другой стороны, под термином «психосоматика» подразумевается ряд феноменов, связанных с взаимовлиянием психического и телесного, в том числе целый ряд патологических нарушений. В-третьих, под психосоматикой понимают направление медицины, ставящее своей целью лечение психосоматических нарушений («психосоматическая медицина»).

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА** – **1.** это расстройства органов и систем организма функциональной или органической природы, возникающие в связи с воздействием психотравмирующих факторов при определённом отношении к ним личности; **2.** симптомы и синдромы нарушений соматической сферы (различных органов и систем), обусловленные индивидуально-психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутриличностного конфликта.

**ПСИХОГЕНИИ** – психические состояния от психических реакций до заболеваний (или психические расстройства), обусловленные психическими травмами, тяжелыми переживаниями.

**СОМАТОГЕНИИ(СОМАТОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА)** – психические расстройства, обусловленные воздействием на ЦНС тяжелого соматического заболевания (сосудистого, эндокринного, инфекционного), вызывающего повреждение и гибель нейронов головного мозга (соматическое заболевание выступает как органический фактор). Соматогенные психические расстройства проявляются преимущественно в виде неврозоподобной симптоматики (особенно частыми являются неврастеноподобные состояния – повышенная утомляемость при умственной и физической нагрузке, раздражительность, повышенная чувствительность к внешним раздражителям, нарушения сна, разнообразные симптомы вегетодистонии), однако в ряде случаев на фоне тяжелой органической патологии возможно развитие психотических состояний, а также существенных нарушений высших психических функций вплоть до деменции.

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА** – это концептуальный подход к здоровью и болезни, рассматривающий эти состояния как результат взаимодействия психологических, социальных и биологических факторов.

**КОНВЕРСИЯ** (от лат.преобразование, превращение, изменение) **–** трансформация эмоциональных переживаний в двигательные, сенсорные и вегетативные эквиваленты.

**ВЫГОДА ОТ БОЛЕЗНИ (В ПСИХОЛОГИИ)** – преимущества, бессознательно приобретаемые человеком при его заболевании и извлекаемые им из самой болезни.

**ПЕРВИЧНАЯ ВЫГОДА** – неосознаваемый мотив, ведущий к образованию и первому проявлению симптомов болезни.

**ВТОРИЧНАЯ ВЫГОДА** – преимущество, которое пациент не предполагал или не намеревался (бессознательно) получить от болезни, но которое способствует закреплению болезни и сопротивлению лечению.

**АЛЕКСИТИМИЯ** – **1.** неспособность (а) воспринимать и называть словом (lexis) чувства (thymos). (П. Сифнеос); **2.** психологическая характеристика личности, заключающаяся в снижении или отсутствии способности к распознаванию, дифференцированию и выражению эмоциональных переживаний. Иногда в это понятие также включают низкую эмоциональную чувствительность в отношении других людей, низкую эмоциональную вовлечённость в обыденной жизни и т.д.; **3.** трудности в осознании и выражении своих эмоций.

**ВЫУЧЕННАЯ БЕСПОМОЩНОСТЬ** – основанная на прошлом опыте убежденность в невозможности изменить ситуацию собственными силами.

***Тема 2. Основные виды и группы ПСР. Классификация ПСР в МКБ-10.***

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ** – кратковременные изменения со стороны различных систем организма (учащение пульса, покраснение или бледность кожных покровов и др.), обусловленные разного рода эмоциональными переживаниями.

**КОНВЕРСИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА** – группа психогенных расстройств, при которых наблюдается утрата или нарушение физиологических функций, указывающие на физическое (органическое) нарушение, которое, однако, не обнаруживается. Конверсионные проявления *преимущественно* затрагивают произвольную моторику и органы чувств (например: истерический паралич, парестезии, психогенная слепота и глухота и др.), но могут быть связаны с любой системой или органом. Симптомы конверсионных расстройств являются символическим выражением каких-то мощных желаний и чувств, зачастую неприемлемых для сознательной части личности пациента, а потому отвергаемых им и неосознаваемых. Возникновение расстройства по времени обычно связано с психотравмирующим событием, внутриличностным конфликтом, неразрешимой и субъективно невыносимой ситуацией. В происхождении расстройств имеют большое значение демонстративные личностные черты. Выделяется условие психологической «приятности», «желательности» симптома, получение из него выгоды (неосознаваемой), однако больным заболевание переживается тяжело, симптомы заболевания не поддаются произвольному контролю (и их нельзя путать с установочным поведением) или прогнозированию.

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ** – группа психосоматических расстройств, при которых имеются только функциональные нарушения отдельных органов или систем; какие-либо органические изменения, как правило, не обнаруживаются. В отличие от конверсионных симптомов, отдельные симптомы здесь не имеют специфического символического значения, а являются неспецифическим следствием телесного (физиологического) сопровождения эмоций или сравнимых с ними психических состояний. Александер описал эти телесные проявления как сопровождающие признаки эмоционального напряжения без характерных черт и обозначил их органными неврозами (Александер, 2002).

**СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА** – группа психогенных расстройств, характеризующиеся наличием соматических симптомов, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическим заболеванием и которые не являются вторичными последствиями другой психической патологии (например, депрессии или панического расстройства).

**СОМАТИЗИРОВАННОЕ РАССТРОЙСТВО** – вариант соматоформного расстройства, для которого характерны множественные, повторно возникающие и часто видоизменяющиеся соматические симптомы, относящиеся к двум и более системам организма и имеющие место на протяжении двух и более лет.

**ИПОХОНДРИЯ** – убежденность пациента в том, что он тяжело болен, несмотря на то, что медицинское обследование указывает на отсутствие органического заболевания. Такие больные склонны оценивать нормальные физиологические ощущения (н-р учащение дыхания и пульса при физической нагрузке) как симптомы болезни.

**СОМАТИЗИРОВАННАЯ ДЕПРЕССИЯ** – атипично протекающая депрессия, при которой собственно симптомы депрессии скрыты за маской стойких соматических и вегетативных жалоб.

**ПСИХОСОМАТОЗЫ**(психосоматические болезни в более узком смысле) –соматические заболевания органической природы, в возникновении и течении которых существенную роль играют психологические факторы.

**«КЛАССИЧЕСКАЯ СЕМЕРКА» (ТАКЖЕ «СВЯТАЯ СЕМЕРКА», «ЧИКАГСКАЯ СЕМЕРКА») ПСИХОСОМАТОЗОВ:**

1. бронхиальная астма;
2. язвенный колит;
3. эссенциальная гипертензия;
4. нейродермит;
5. ревматоидный артрит;
6. язвенная болезнь желудка;
7. язва двенадцатиперстной кишки.

Современная медицина добавляет в этот список также: ишемическую болезнь сердца, тиреотоксикоз, сахарный диабет 2-го типа, ожирение, онкологические заболевания, мигрени и др.

***Тема 3. Изучение внутренней картины болезни (ВКБ): общемедицинский и психологический подходы.***

**ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ** – **1.**комплекс переживаний больного, связанных с заболеванием: общее самочувствие, ощущения, восприятие, эмоции, представления о болезни (Р. А. Лурия); **2.** совокупность субъективных представлений человека о своем заболевании, включающая в себя несколько уровней психического отражения: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный и мотивационный.

**НОРМОНОЗОГНОЗИЯ** – адекватный тип реагирования на болезнь, при котором больные правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка совпадает с оценкой врача.

**ГИПОНОЗОГНОЗИЯ** – склонность больных недооценивать значимость заболевания.

**ГИПЕРНОЗОГНОЗИЯ** – склонность больных преувеличивать значимость отдельных симптомов и своего заболевания в целом.

**ДИСНОЗОГНОЗИЯ** – искаженное восприятие своего заболевания с элементами гипер- и гипонозогнозии.

**АНОЗОГНОЗИЯ** – неосознавание болезни, ее симптомов.

**НОЗОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (нозогении)**– **1.** психогенные расстройства, обусловленные влиянием психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием (А. Б. Смулевич); **2.**дезадаптивные личностные реакции на болезнь.

**ЯТРОГЕНИЯ** – изменения здоровья пациента к худшему, вызванные неосторожным действием или словом врача.

***Тема 4. Восприятие болезни, типы реакций на нее и отношений к ней.***

**ДИССИМУЛЯЦИЯ** – одна из возможных форм психологического реагирования в ситуации болезни, при которой пациент, отдавая себе отчет в том, что он болен, сознательно скрывает симптомы болезни.

**АГГРАВАЦИЯ** – преувеличение симптомов, тяжести состояния, демонстрируемое больным.

**РЕАКЦИЯ «УХОДА В БОЛЕЗНЬ»** – заключается в том, что пациент, фиксируясь на своем болезненном состоянии, ставит его в центр собственных интересов, отношений, игнорируя все, что не связано с заболеванием.

**АНОЗОГНОЗИЯ** – неосознавание болезни, ее симптомов. Как бы ни были очевидны признаки болезни для других людей, больной утверждает, что здоров, не нуждается в медицинской помощи и отказывается обращаться к врачам.

**СИМУЛЯЦИЯ** – сознательное предъявление симптомов болезни, которой данное лицо не страдает. Поведение симуляции не является реакцией на заболевание, так как оно отсутствует. Симуляция наблюдается в тех случаях, когда болезнь приносит человеку какую-либо выгоду: избавляет его от необходимости нести военную службу, позволяет получить группу инвалидности и т. п.

***Тема 5. Психологические особенности больных с ПСР.***

**ТИП ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ «А»** – характеризуется следующими чертами:

1. сверхвовлеченность в работу, неумение отвлечься от работы, расслабиться;
2. нехватка времени для отдыха и развлечений;
3. постоянное напряжение душевных и физических сил в борьбе за успех;
4. нетерпеливость, стремление делать все быстро: ходить, есть, говорить, принимать решения;
5. соревновательность, склонность к соперничеству и признанию, амбициозность, агрессивность по отношению к субъектам, противодействующим осуществлению планов;
6. тенденция подчёркивать значимость количества продукции и недооценивать её качество;
7. повышенная потребность контролировать происходящее и поведение окружающих.

М. Фридман и Р. Розенман соотносили данный [тип](http://psychology_pedagogy.academic.ru/18611/%D0%A2%D0%B8%D0%BF) личности с повышенным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

**ТИП ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ «В»** – является противоположностью типа «А». Для личности типа «В» характерно расслабленное, спокойное отношение к жизни, преимущественное сосредоточение на качестве, а не на количестве, низкий дух соперничества, тенденция к рефлексии.

**«ЯЗВЕННЫЙ» ТИП ЛИЧНОСТИ.** Считается, что почти у всех больных язвенной болезнью имеет место внутренний конфликт по типу «взять-отдать» – борьба между двумя противоположными стремлениями (зависимости и боязни открыто демонстрировать эту зависимость). В связи с этим различают пассивный и гиперактивный тип язвенного больного.

***Пассивный (манифестно-зависимый) язвенный тип*** прямо выражает свои потребности в зависимости [от другого человека]. При пассивном типе бессознательный страх быть покинутым стоит на первом плане и ведет к постоянному напряжению. Эти индивидуумы ищут обстоятельства и людей, которые их «не могут покинуть». В результате каждое сомнение, отсутствие любящего взгляда может вызвать паническую реакцию. Шаги к самостоятельности и независимости не предпринимаются. Больной наслаждается преимуществами зависимости и отказа от всякого риска. Жизненная стратегия заключается в том, чтобы быть защищенным. Язвенный приступ наступает, «когда бессознательные или сознательные желания зависимости встречают отказ» (Freyberger, 1972). Болезнь может быть источником восстановления отношений со значимой фигурой или установлению новых – с врачом. Отношение к болезни гипернозогностическое.

При ***гиперактивном язвенном типе*** желания зависимости очень сильны, однако отвергаются больными. В представлении таких больных любовь и отношения, основанные на эмоциональной теплоте, делают человека слабым, зависимым и, следовательно, неприемлемы с точки зрения позитивного восприятия себя. Гиперактивный тип лишен покоя. Он агрессивно преследует свою цель, компенсаторно стремится к независимости и постоянно стремится доказать свою силу. Пациент нуждается в таком подтверждении, поскольку не в состоянии обеспечить себе чувство защищенности иным способом, кроме достижения успеха. Этот тип ищет успеха, но в целом неуспешен, поскольку предметом его стремлений являются признание себя и престиж. Заболевание воспринимается как угроза образу Я и отношение к нему, как правило, анозогностическое.

**ВАРИАНТЫ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО МЕХАНИЗМА ПАТОГЕНЕЗА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ** – неврастеноподобный, истероподобный, психастеноподобный и смешанный, или «шунтовой» (от англ. shunt — шунтировать, переводить на запасный путь). Для каждого варианта свойственны свои внутри- и межличностные невротические конфликты.

При ***истероподобном варианте*** развитие приступа бронхиальной астмы является определенным способом привлечь внимание окружающих и освободиться от ряда требований, условий, обстоятельств, которые больной считает неприятными для себя и обременительными.

При ***неврастеноподобном варианте*** формируется внутренний конфликт вследствие несоответствия возможностей пациента как личности и повышенных требований к себе (т.е. своего рода недостижимому идеалу). В этом случае приступ бронхиальной астмы становится как бы оправданием своей несостоятельности.

***Психастенический вариант*** характеризуется тем, что приступ бронхиальной астмы появляется при необходимости принять серьезное, ответственное решение. Больные при этом тревожны, неспособны к самостоятельным решениям. Развитие приступа астмы в этой ситуации как бы избавляет больного от чрезвычайно сложной и ответственной для него ситуации.

***Шунтовой вариант*** характерен для детей и позволяет им избегать конфронтации с конфликтами в семье. При ссоре родителей развитие приступа астмы у ребенка уводит родителей от выяснения отношений, так как переключает их внимание на болезнь ребенка, который при этом получает максимум внимания и заботы к себе (А. Ю. Потоцкий, 1996).

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1. Психосоматика**

**Тема 1.** Психосоматические расстройства (ПСР) и «психосоматическая медицина»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* + Тестирование
	+ Устный опрос
	+ Решение проблемно-ситуационных задач в малых группах

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Психосоматика, определение. Психосоматический подход в медицине.
2. Проблема психосоматических и соматопсихических соотношений.
3. Психогении и соматогении.
4. Многофакторный подход к пониманию генеза ПСР.
5. Основные концепции психосоматических расстройств.
6. Происхождение психосоматических симптомов с позиций классического психоанализа Зигмунда Фрейда.
7. Теория специфического психодинамического конфликта Ф. Александера.
8. Концепции личностных черт и «профилей личности», предрасполагающих к развитию психосоматической патологии:
* теория личностных профилей Ф. Данбар;
* концепция алекситимии П. Сифнеоса;
* теория типов поведенческой активности М. Фридмана и Р. Розенмана.
1. Психосоматические расстройства и теории научения:
* условно-рефлекторная теория И.П. Павлова;
* кортико-висцеральная теория К.М. Быкова и И.Т. Курцина;
* модель выученной беспомощности М. Селигмана.
1. Психосоматические расстройства как «болезни адаптации»: теория стресса Г. Селье и теория релаксации Г. Бенсона.

**Вопросы для фронтального опроса:**

1. В каком значении может применяться термин «психосоматика»?
2. Раскройте содержание понятия «психосоматическая медицина». В чем заключается психосоматический подход к лечению соматических заболеваний?
3. Назовите ученых-основоположников современной психосоматической медицины в России и за рубежом.
4. Что такое психосоматические реакции? Приведите примеры психосоматических реакций. Можно ли отнести психосоматические реакции к патологии?
5. Дайте определение понятию «психосоматические расстройства». Назовите две основные группы психосоматических расстройств.
6. Каким образом сильные отрицательные эмоции приводят к развитию психосоматической патологии (каким образом эмоции влияют на тело)?
7. Что такое психосоматозы? Какие заболевания относятся к психосоматозам?
8. Что такое соматоформные расстройства? В чем отличие соматоформных расстройств от психосоматозов? Может ли соматоформное расстройство привести к развитию психосоматоза?
9. К какому вектору соотношений между психической и соматической сферами относятся психосоматические реакции и психосоматические расстройства? Какие еще патологические явления возникают в результате влияния психологических переживаний на функции организма?
10. Что такое конверсионные психосоматические симптомы? При каких психических расстройствах они чаще всего наблюдаются?
11. Что такое соматопсихические расстройства? Назовите две группы соматопсихических расстройств.
12. Раскройте содержание понятий «нозогении» и «соматогении». В рамках какого вектора соотношений между психической и соматической сферами они возникают?
13. Что такое психогенные расстройства (психогении)? Какие расстройства, наблюдаемые в психосоматической клинике, можно отнести к психогенным?
14. Какие критерии психогенных расстройств сформулировал К. Ясперс («триада Ясперса»)?
15. Какая симптоматика характерна для соматогенных психических расстройств?
16. Какие критерии соматогенных психических расстройств приводятся в МКБ-10?
17. Перечислите факторы, играющие роль в развитии психосоматических расстройств
18. Какие личностные особенности предрасполагают к развитию психосоматических расстройств?
19. Какие переживания во время психотравмирующих событий способствуют развитию психосоматических заболеваний, а какие переживания и личностные качества способствуют успешному совладанию с трудностями и сохранению здоровья?
20. Какие отношения семье способствуют, а какие – препятствуют развитию психосоматических расстройств?
21. Как связаны степень тяжести психотравмирующего события и вероятность развития психосоматических нарушений?
22. Перечислите основные группы теорий и моделей развития психосоматических расстройств (для каждой назовите представителей).
23. Какую трактовку психосоматических нарушений предложил Зигмунд Фрейд?
24. Что такое конверсия (в психоанализе)?
25. Как с точки зрения психоаналитической теории Зигмунда Фрейда объясняется приступ бронхиальной астмы?
26. Какова психоаналитическая интерпретация расстройств пищеварения?
27. Какова психоаналитическая трактовка расстройств опорно-двигательного аппарата?
28. По какому механизму, согласно Фрейду, развиваются истерические (конверсионные) нарушения движений, чувствительности, зрения, речи?
29. Какие нарушения особенно хорошо объясняет конверсионная модель Зигмунда Фрейда?
30. Согласно конверсионной модели Зигмунда Фрейда, в чем проявляется коммуникативный эффект психосоматического симптома?
31. К каким заболеваниям, согласно теории специфического психодинамического конфликта Александера, приводят частые переживания гнева, злости или раздражения и к каким – переживания обиды, вины или фрустрации потребности в принятии и защищенности?
32. Как Александер называл расстройства, вызванные хроническим вегетативным сопровождением длительно сохраняющихся негативных эмоций, не находящих разрядки?
33. Какие три фактора, по мнению Александера, участвуют в развитии любого психосоматического расстройства? Раскройте содержание каждого из них.
34. Какую теорию сформулировала Фландерс Данбар? Какое объяснение развития тех или иных заболеваний дается в этой теории? Приведите примеры связи между конкретными чертами личности и заболеваниями.
35. Назовите общие особенности, присущие всем больным с психосоматическими расстройствами, согласно Фландерс Данбар.
36. Что такое алекситимия? Какой ученый разработал концепцию алекситимии как фактора развития психосоматических расстройств?
37. К чему приводит неспособность человека, страдающего алекситимией, осознавать свои эмоции? Как это отражается на соматическом здоровье?
38. Согласно концепции Фридмана и Розенмана, какие черты характерны для личности А-типа (личности типа А)? К каким заболеваниям с высокой долей вероятности предрасполагают эти черты? Как они назвали тип личности, обладающий качествами, противоположными А-типу?
39. Какое применение нашло учение об условных рефлексах И.П. Павлова в психосоматике?
40. Приведите пример образования «патологического» условного рефлекса у больного бронхиальной астмой.
41. Могут ли приступы бронхиальной астмы возникать на основе оперантного обуславливания?
42. Какое объяснение происхождения психосоматических заболеваний дается в кортико-висцеральной теории К.М. Быкова и И.Т. Курцина? Какой метод лечения психосоматических болезней ими был предложен?
43. Коротко опишите эксперимент по формированию выученной беспомощности у крыс? Как опыт беспомощности (и опыт успешного сопротивления неблагоприятным обстоятельствам) у этих крыс отразился в дальнейшем при повторном столкновении с трудностями и на попытках приживления им злокачественных опухолей?
44. Назовите физиологическую реакцию, противоположную стрессу, которая представляет собой совокупность закономерных регуляторных сдвигов, призванных нейтрализовать, уравновесить изменения в организме, вызванные острым стрессом. Какой ученый первым выделил и описал эту реакцию?
45. Как сочетаются реакция стресса и реакция релаксации в норме (в здоровом организме)? Что происходит, если физиологическая подготовка к борьбе или бегству осталась не востребованной организмом и реакция релаксации не приходит ей на смену?
46. Приведите пример естественного «включения» реакции релаксации после перенесенного острого стресса.
47. Препятствует ли мысленное воспроизведение стрессовой ситуации после ее завершения, «зацикливание» на ней развитию реакции релаксации? Обоснуйте ответ.
48. Чему необходимо научиться человеку, чтобы избежать повреждающего влияния негативных эмоций на состояние здоровья или хотя бы ослабить его?

**БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО ТЕМЕ:**

1. Термин «психосоматика» в медицину ввел:
	1. Гиппократ
	2. Райх
	3. Хайнрот
	4. Гроддек
	5. Якоби
2. Термин «психосоматический» вошел в общепринятый медицинский оборот благодаря:
	1. психоаналитикам
	2. бихевиористам
	3. когнитивным психологам
	4. системным семейным терапевтам
3. В рамках психосоматического подхода в медицине здоровье и болезнь рассматриваются как результат взаимодействия факторов:
4. психологических и социальных
5. психологических и биологических
6. психологических, социальных и биологических
7. физических и химических
8. К основным группам психосоматических расстройств относятся:
9. соматоформные расстройства
10. конверсионные расстройства
11. психосоматозы
12. расстройства пищевого поведения
13. соматизированная депрессия
14. К соматическим расстройства психогенного происхождения относятся:
15. соматоформные расстройства
16. конверсионные расстройства
17. психосоматозы
18. расстройства пищевого поведения
19. соматизированная депрессия
20. Чаще всего конверсионные расстройства наблюдаются при:
21. неврастении
22. диссоциативных неврозах
23. обсессивно-компульсивных расстройствах
24. нервной анорексии
25. расстройствах адаптации
26. К группам психических расстройств, возникающих вследствие влияния соматической патологии на психику, относятся:
27. нозогенные психические расстройства
28. соматоформные расстройства
29. соматогенные психические расстройства
30. психосоматозы
31. Нозогенные психические расстройства обусловлены:
32. влиянием психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием
33. воздействием на ЦНС тяжелого соматического заболевания
34. реакцией личности на свое соматическое заболевание
35. повреждением и гибелью нейронов головного мозга
36. К психогенным расстройствам относятся:
37. психосоматозы
38. соматоформные расстройства
39. неврозы
40. психосоматические расстройства
41. конверсионные расстройства
42. По мнению К. Ясперса, признаком психогенного заболевания является следующее:
	1. возникновение расстройства непосредственно после действия психотравмы
	2. отражение психотравмы в клинических проявлениях болезни
	3. выздоровление после разрешения психотравмирующей ситуации
	4. кататонический синдром
43. Соматогенные психические расстройства обусловлены:
44. влиянием психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием
45. воздействием на ЦНС тяжелого соматического заболевания
46. реакцией личности на свое соматическое заболевание
47. повреждением и гибелью нейронов головного мозга
48. В МКБ-10 соматогенные психические расстройства представлены преимущественно в разделе
49. F00 – F09
50. F10 – F19
51. F20 – F29
52. F30 – F39
53. F40 – F49
54. К соматогенным психическим расстройствам относится:
55. органическое тревожное расстройство
56. синдром «эйфорической псевдодеменции»
57. расстройство адаптации
58. легкое когнитивное расстройство
59. ипохондрическая депрессия
60. К соматогенным психическим расстройствам относится:
61. органическое диссоциативное расстройство
62. синдром «прекрасного равнодушия»
63. депрессивное расстройство органической природы
64. синдром «патологического отрицания болезни»
65. посттравматическое стрессовое расстройство
66. Сторонники теории неспецифичности считают, что:
	1. психосоматические заболевания имеют общие причины
	2. за локализацию заболевания отвечает локальная уязвимость пораженного органа
	3. отсутствует специфическая связь между характером эмоционального стресса и его соматическими последствиями
	4. определенная эмоция может содействовать возникновению определенного соматического симптома
67. Теория специфичности утверждает, что:
	1. каждое психосоматическое заболевание подобно другому психосоматическому заболеванию
	2. специфичность определяет феномен алекситимии
	3. каждое психосоматическое расстройство связано с определенным психологическим паттерном
	4. определенные черты личности определяют соответствующие соматические симптомы
68. Кого из перечисленных авторов можно отнести к характерологическому направлению в психосоматике:
	1. З. Фрейд
	2. Ф. Данбар
	3. Г. Селье
	4. М. Фридман и Р. Розенман
69. По представлениям Флендерс Данбар личностный тип, склонный к ишемической болезни сердца, характеризуют следующие черты:
70. стремление к соперничеству и самореализации
71. склонность уделять много времени работе
72. настойчивость в достижении целей
73. хроническое пребывание в состоянии цейтнота
74. стремление избегать конфликтов
75. По представлениям Флендерс Данбар личностный тип, склонный к язвенной болезни желудка, характеризуют следующие черты:
76. частое раздражение по поводу несоответствия реальной ситуации собственным идеальным представлениям о ней
77. неспособность получать удовольствие от жизни
78. потребность в физической ласке и опеке
79. забота об окружающих
80. завистливость и обидчивость
81. В концепции личностных профилей Флендерс Данбар лицам, склонным к гипертонической болезни, приписываются эти черты:
82. сдержанность и упорядоченность
83. стремление избегать любых конфликтов и выяснения отношений
84. стремление к соперничеству и утверждению собственного авторитета
85. склонность к навязчивостям и интеллектуальной деятельности
86. склонность удерживать раздражение и злость, ничем не выражать их
87. В концепции личностных профилей Флендерс Данбар у лиц, склонных к атопической бронхиальной астме, присутствуют эти черты:
88. мягкость, потребность в опеке, материнской ласке
89. зависимость от лидера
90. капризность в сочетании с боязнью показаться слабым и зависимым
91. опрятность, стремление к порядку
92. забота об окружающих, нежелание беспокоить людей понапрасну
93. Неосознаваемый мотив, ведущий к образованию и первому проявлению симптомов болезни – это:
94. первичная выгода
95. вторичная выгода
96. соматизация
97. третичная выгода
98. конверсия
99. Преимущество, которое пациент не предполагал или не намеревался (бессознательно) получить от болезни, но которое способствует закреплению болезни и сопротивлению лечению – это:
100. первичная выгода
101. вторичная выгода
102. соматизация
103. третичная выгода
104. конверсия
105. Ф. Александер рассматривал психосоматический симптом как:
	1. символическое замещение подавленного конфликта
	2. физиологическое сопровождение хронического эмоционального состояния
	3. неспецифическую реакцию на конфликт
	4. результат неправильного научения
106. С позиции теории специфического психодинамического конфликта Франца Александера язвенная болезнь объясняется как:
107. результат блокады потребности в опеке, заботе, насыщении
108. последствие активного преодоления внутренней агрессии, переполнения внутренней энергией, требующей выхода
109. следствие подавленного стремления к нападению и расправе
110. результат неудовлетворенного стремления к общению и душевному разговору
111. поиск телесных ласк, прикосновений, поглаживаний
112. С позиции теории специфического психодинамического конфликта Франца Александера гипертоническая болезнь болезнь объясняется как:
113. результат блокады потребности в опеке, заботе, насыщении
114. последствие активного преодоления внутренней агрессии, переполнения внутренней энергией, требующей выхода
115. следствие подавленного стремления к нападению и расправе
116. результат неудовлетворенного стремления к общению и душевному разговору
117. поиск телесных ласк, прикосновений, поглаживаний
118. С позиции теории специфического психодинамического конфликта Франца Александера артрит объясняется как:
119. результат блокады потребности в опеке, заботе, насыщении
120. последствие активного преодоления внутренней агрессии, переполнения внутренней энергией, требующей выхода
121. следствие подавленного стремления к нападению и расправе
122. результат неудовлетворенного стремления к общению и душевному разговору
123. поиск телесных ласк, прикосновений, поглаживаний
124. С позиции теории специфического психодинамического конфликта Франца Александера бронхиальная астма объясняется как:
125. результат блокады потребности в опеке, заботе, насыщении
126. последствие активного преодоления внутренней агрессии, переполнения внутренней энергией, требующей выхода
127. следствие подавленного стремления к нападению и расправе
128. результат неудовлетворенного стремления к общению и душевному разговору
129. поиск телесных ласк, прикосновений, поглаживаний
130. С позиции теории специфического психодинамического конфликта Франца Александера кожные заболевания рассматриваются как:
131. результат блокады потребности в опеке, заботе, насыщении
132. последствие активного преодоления внутренней агрессии, переполнения внутренней энергией, требующей выхода
133. следствие подавленного стремления к нападению и расправе
134. результат неудовлетворенного стремления к общению и душевному разговору
135. поиск телесных ласк, прикосновений, поглаживаний
136. Автором концепции двухфазного вытеснения является:
137. З. Фрейд
138. А. Митчерлих
139. Ф. Данбар
140. П. Сифнеос
141. Г. Селье
142. Что из перечисленного характеризует концепцию утраты веры в будущее Энгеля и Шмале:
143. в основе психосоматических заболеваний лежит неспособность адекватно переработать переживание потери объекта
144. реальная или символическая потеря объекта может привести к отказу от веры в будущее, что в свою очередь приводит к снижению иммунитета
145. симптомы болезни символически выражают эмоциональные переживания больного
146. на «выбор» заболевания влияют не только психологические факторы, но и наследственная предрасположенность
147. Согласно Райху, существенной характеристикой личности пациентов с нервно-психическими и психосоматическими расстройствами, является:
	1. чувство общности
	2. ориентация на внешний или внутренний мир
	3. организмический процесс оценки
	4. защитный «характерный» панцирь
148. Пациент с соматизированным расстройством не может связать свои чувства со своими мыслями и действиями. Это называется:
	1. атимия
	2. дистимия
	3. дисфория
	4. алексия
	5. алекситимия
149. Термин «алекситимия» ввел:
	1. Эллис
	2. Карасу
	3. Сифнеос
	4. Розенман
	5. Александер
150. В концепции алекситимии психосоматические заболевания рассматриваются как следствие:
151. нарушений в иммунной системе, которые обусловлены отказом от веры в будущее
152. хронического дистресса
153. накопления телесных проявлений неотреагированных, не получивших разрядки эмоций
154. активизации противоречащих друг другу безусловных реакций, выработанных на один и тот же условный стимул
155. верно все перечисленное
156. Создателем кортико-висцеральной патологии, как одного из направлений психосоматики, является:
	1. Павлов
	2. Анохин
	3. Быков
	4. Симонов
	5. Бернштейн
157. Представление о том, что нарушение баланса возбуждения и торможения в коре головного мозга приводит к развитию заболеваний внутренних органов за счет связи между внутренними органами и определенными участками коры, сформулировал:
158. З. Фрейд
159. К.М. Быков
160. М. Шур
161. Г. Селье
162. Ф. Александер
163. Учащение проблем со здоровьем у ребенка из-за того, что во время болезни он получает больше родительского внимания и ласки, чем обычно – это пример:
164. оперантного научения
165. алекситимии
166. десоматизации
167. утраты веры в будущее
168. Основанная на прошлом опыте убежденность в невозможности изменить ситуацию собственными силами – это:
169. алекситимия
170. специфический психодинамический конфликт
171. первичная выгода
172. выученная беспомощность
173. ресоматизация
174. Модель выученной беспомощности разработал:
175. М. Селигман
176. З. Фрейд
177. П. Сифнеос
178. А. Адлер
179. И.П. Павлов
180. В наибольшей степени увеличивает риск соматического заболевания после действия стресса индивидуально-личностная особенность человека – ....
181. предприимчивость
182. активность
183. чувство беспомощности
184. энергичность
185. сензитивность
186. Реакция организма на стрессор проявляется в следующем:
187. повышение кровяного давления
188. увеличение уровня адреналина
189. учащение сердцебиения
190. замедление пищеварения

**ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

**Задание:**

*Определите является ли данное нарушение по своей природе преимущественно психогенным или соматогенным? Необходимо иметь ввиду, что в ряде из этих случаев состояние больного имеет смешанную природу.*

|  |  |
| --- | --- |
| **НАРУШЕНИЕ** | **Факторы, обусловившие нарушение *(психогенные / соматогенные / комплексное влияние факторов обеих групп)*** |
| Артериальная гипертония |  |
| Нервная анорексия |  |
| Легкое когнитивное расстройство в связи с травмой головного мозга |  |
| Постинфекционная депрессия |  |
| Конверсионный паралич |  |
| Соматизированное расстройство |  |
| Экзема |  |
| Конверсионные судороги |  |
| Гипоманиакальное расстройство в связи с новообразованием (опухолью) головного мозга |  |
| Устойчивое соматоформное болевое расстройство |  |
| Конверсионная слепота |  |
| Психотическое депрессивное расстройство в связи с травмой головного мозга |  |
| Нервная булимия |  |
| Органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга |  |
| Конверсионная анестезия (потеря чувственного восприятия) |  |
| Синдром «прекрасного равнодушия» у пациента с ишемической болезнью сердца |  |
| Ипохондрическое расстройство |  |
| Язвенный колит |  |
| Нозогенная депрессия при онкологическом заболевании |  |
| Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы  |  |
| Бронхиальная астма |  |
| Конверсионный ступор |  |

**Тема 2.** Основные виды и группы ПСР. Классификация ПСР в МКБ-10

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* + Тестирование
	+ Устный опрос
	+ Решение проблемно-ситуационных задач в малых группах

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Подходы к классификации психосоматических расстройств. Психосоматические расстройства в МКБ-10.
2. Психосоматические реакции.
3. Конверсионные расстройства.
4. Соматоформные расстройства.
5. Соматизированная депрессия.
6. Синдромы, связанные с физиологическими нарушениями (нервная анорексия, нервная булимия и др.).
7. Психосоматические заболевания («органические психосоматозы»).

**Вопросы для фронтального опроса:**

1. Какие группы соматических расстройств психогенного происхождения выделяют в настоящее время?
2. Какие психические расстройства относятся к группе поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами?
3. Приведите примеры конверсионных невротических симптомов (не менее 4-х).
4. Согласно МКБ-10 какие виды соматоформных нарушений можно выделить?
5. Приведите примеры заболеваний, относящихся к психосоматозам (не менее одного для каждой из следующих систем организма: нервная, сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная, мочеполовая, опорно-двигательный аппарат, кожа).
6. Какие группы психосоматических расстройств выделяли Н.И. Косенков и С.Г. Жейна?
7. Какие расстройства изначально были отнесены к классическим психосоматическим заболеваниям («Holy Seven»)? Какие заболевания были включены в перечень психосоматозов в дальнейшем?
8. Перечислите характерные особенности конверсионных симптомов (критерии диагностики).
9. Как соотносятся термины «конверсионное расстройство» и «диссоциативное расстройство» в российских и зарубежных изданиях?
10. От каких расстройств необходимо дифференцировать конверсионные расстройства (какие расстройства имеют проявления, схожие с конверсионными расстройствами)?
11. Перечислите диагностические критерии соматоформных расстройств.
12. Укажите характерные особенности соматизированных расстройств, которые отличают их от остальных видов соматоформных расстройств.
13. Укажите характерные особенности недиффференцированных соматоформных расстройств, которые отличают их от остальных видов соматоформных расстройств.
14. Укажите характерные особенности ипохондрического расстройства, которые отличают его от остальных видов соматоформных расстройств.
15. Укажите характерные особенности соматоформной вегетативной дисфункции, которые отличают ее от остальных видов соматоформных расстройств.
16. Как соотносятся роли психолога и врача-специалиста в процессе лечения соматоформных расстройств?
17. Перечислите синонимы к термину «соматизированная депрессия».
18. Дайте краткое описание клинической картины соматизированной депрессии. Какие симптомы могут выступать в роли «маски» депрессии?
19. Какие опорные признаки используются для выявления соматизированной депрессии (коротко)?
20. Перечислите известные Вам расстройства пищевого поведения.
21. Назовите диагностические критерии нервной анорексии.
22. Назовите диагностические критерии нервной булимии.
23. Назовите диагностические критерии психогенного переедания. Чем психогенное переедание отличается от нервной булимии?
24. Какая рубрика МКБ-10 используются для обозначения психологических факторов, играющих роль в этиопатогенезе физических расстройств.
25. При помощи каких рубрик МКБ-10 кодируются психосоматозы (на примере мигрени, артериальной гипертонии, бронхиальной астмы и язвы желудка)?
26. Как соотносятся роли психолога и врача-специалиста в процессе лечения психосоматозов?

**БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО ТЕМЕ:**

1. Соматические расстройства психогенного происхождения представлены в этой рубрике МКБ-10:
2. F20-F29
3. F45
4. F50-F59
5. F44
6. К психосоматическим расстройствам в строгом (узком) понимании этого термина можно отнести:
7. ипохондрия
8. хроническое соматоформное болевое расстройство
9. нервная булимия
10. соматизированная депрессия
11. артериальная гипертония
12. К психосоматическим расстройствам в строгом (узком) понимании этого термина можно отнести:
13. диссоциативные судороги (псевдоприпадки)
14. нейродермит
15. гастроневроз (невроз желудка)
16. нейроциркуляторная астения
17. нервная анорексия
18. К психосоматическим расстройствам в строгом (узком) понимании этого термина можно отнести:
19. психогенное переедание
20. диссоциативная анестезия (потеря чувственного восприятия)
21. тиреотоксикоз
22. психогенные формы кашля и одышки
23. язва желудка
24. Кратковременные изменения со стороны различных систем организма (учащение пульса, покраснение или бледность кожных покровов и др.), обусловленные разного рода эмоциональными переживаниями – это:
25. соматоформные расстройства
26. психосоматозы
27. психосоматические реакции
28. вегетативные неврозы
29. органные неврозы
30. Какие расстройства включают в себя перевод подавленных побуждений и внутренних конфликтов в соматовегетативные симптомы:
31. вегетодистонические
32. ипохондрические
33. психалгические
34. конверсионные
35. Признаками диссоциативного расстройства (F44) являются все перечисленные, кроме:
36. наличие временной связи с травмирующими событиями, неразрешимыми и невыносимыми проблемами или нарушенными взаимоотношениями
37. прогрессирующая амнезия
38. отсутствие явных физических или неврологических нарушений
39. потеря памяти на прошлые события, чувствительности или способности управлять движениями тела
40. К диссоциативным расстройствам относятся следующие расстройства, кроме:
41. расстройство в форме амнезии
42. паническое расстройство
43. дереализация-деперсонализация
44. расстройство ощущений и движений
45. расстройство множественной личности
46. Конверсионные симптомы …:
47. не имеют реальной телесной патологической основы
48. затрагивают преимущественно сердечно-сосудистую, дыхательную систему и пищеварительный тракт
49. не имеют для больного психологической «приятности», «желательности»
50. чаще всего развиваются у личностей демонстративного (истерического) типа
51. не поддаются произвольному контролю или прогнозированию
52. Конверсионные симптомы …:
53. выражают в символической форме какое-либо подавляемое и неосознаваемое желание или чувство больного
54. приносят больному очевидную, хотя неосознаваемую им, выгоду
55. возникают в ответ на психотравмирующую ситуацию и зачастую ослабевают или полностью исчезают после ее
56. затрагивают преимущественно произвольную моторику и органы чувств
57. чаще всего развиваются у личностей шизоидного типа
58. К соматоформным нарушениям (F45) относится:
59. хроническое болевое соматоформное расстройство
60. ипохондрическое расстройство
61. соматизированное расстройство
62. соматоформная вегетативная дисфункция
63. О наличии соматизированного расстройства (F45.0) можно судить в том случае, если симптомы заболевания, не имеющие органической основы, длятся в течение этого времени:
64. от 2-3 недель до 1 месяца
65. не менее полугода
66. не менее 2 лет
67. от 5 лет и более
68. При ипохондрии:
69. пациент уверен в наличии у него тяжелой болезни, хотя результаты клинического обследования это опровергают
70. убежденность пациента в том, что он болен, носит бредовой характер
71. нормальные физиологические ощущения (н-р учащение дыхания и пульса при физической нагрузке) расцениваются как симптомы болезни
72. наблюдаются тревожное и депрессивное настроение
73. При дифференциальной диагностике ипохондрического расстройства (F45.2) с бредовой дисморфофобии (F22.8) в пользу второго будет говорить:
74. вычурный и необычный характер жалоб
75. озабоченность человека вероятностью наличия у него тяжелого, прогрессирующего заболевания или нескольких заболеваний
76. восприятие нормальных ощущений как ненормальных и беспокоящих
77. расстройства мышления
78. Ипохондрия рассматривается как нормальная реакция на болезнь при этом условии:
79. в прошлом человек перенес тяжелое, угрожающее жизни заболевание (рак, туберкулез)
80. высокий уровень алекситимии
81. со времени выздоровления прошло не более 6 месяцев
82. высокий уровень личностной тревожности
83. При постановке диагноза ипохондрии, кроме соматического заболевания, необходимо исключить:
84. панические атаки
85. умственную отсталость
86. депрессию
87. шизофрению
88. Лечение соматоформных расстройств должно начинаться с:
89. консультации врача соответствующего профиля с целью исключения органической основы симптомов
90. изучения личности пациента и его психобиографии
91. исследования актуальных переживаний больного, его психологических комплексов
92. определения типичных паттернов реагирования больного в стрессовой ситуации
93. применения психотерапевтических техник
94. К классическим психосоматическим заболеваниям («Holy Seven» — «Святая Семерка») относятся все нижеперечисленные заболевания за исключением:
95. нейродермита
96. сахарного диабета 1 типа
97. ревматоидного артрита
98. язвенной болезни
99. бронхиальной астмы
100. Классические психосоматозы, такие как астма, ишемическая болезнь сердца или язвенная болезнь желудка кодируются при помощи этой рубрики МКБ-10:
101. F54
102. F45
103. F51
104. F44
105. F50
106. Психотравмирующие факторы могут играть значительную роль в возникновении этого заболевания:
107. ишемическая болезнь сердца
108. бруцеллез
109. бронхиальная астма
110. синдром Дауна
111. нейродермит
112. Психотравмирующие факторы могут играть значительную роль в возникновении этого заболевания:
113. ДЦП
114. язвенный колит
115. артериальная гипертония
116. ревматоидный артрит
117. болезнь Альцгеймера
118. Эссенциальная гипертония …:
119. характеризуется артериальным давлением, стабильно превышающим 140/90 мм рт. ст.
120. развивается первично, т.е. не является следствие какой-либо иной патологии
121. проявляется пульсирующими головными болями, тошнотой и мельканием мушек перед глазами
122. развивается вторично, т.е. вследствие другого заболевания либо приема лекарственных средств
123. Лечение органических психосоматозов предусматривает:
124. обязательное участие клинического психолога или психотерапевта
125. ведущую роль клинического психолога
126. ведущую роль врача соответствующего [соматическому заболеванию] профиля
127. изучение личности больного и его психобиографии
128. преобладание психотерапевтических техник
129. преобладание медикаментозной терапии и иных средств, воздействующих непосредственно на организм больного
130. Нервная анорексия, нервная булимия, психогенное переедание, психогенная рвота и психогенные расстройства сна рассматриваются в этой рубрике МКБ-10:
131. поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-F59)
132. невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48)
133. расстройства настроения (аффективные расстройства) (F30-F39)
134. органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09)
135. Атипично протекающая депрессия, при которой собственно симптомы депрессии скрыты за маской стойких соматических и вегетативных жалоб – это:
136. маскированная депрессия
137. скрытая депрессия
138. соматизированная депрессия
139. биполярное аффективное расстройство
140. К соматическим признакам депрессии относятся:
141. запоры
142. дисменорея
143. похудание
144. Признаками соматизированной депрессии являются:
145. многочисленные разнообразные соматовегетативные жалобы, которые не могут быть объяснены каким-либо органическим неврологическим или соматическим заболеванием
146. снижение интересов или утрата чувства удовольствия
147. суточные колебания самочувствия – ухудшение состояния в ночное и предрассветное время и улучшение во второй половине дня
148. значимые стрессовые события, которые предшествовали появлению основных жалоб больного
149. Основные симптомы депрессии по МКБ-10 включают:
150. пессимизм
151. мысли о смерти и / или самоубийстве
152. устойчиво подавленное настроение, вне зависимости от обстоятельств
153. ангедонию
154. нарушенный сон (бессонница, повышенная сонливость)
155. Дополнительные симптомы депрессии по МКБ-10 включают:
156. чувство вины
157. устойчиво подавленное настроение, вне зависимости от обстоятельств
158. выраженную утомляемость, упадок сил
159. заниженную самооценку
160. снижение или прибавка в весе
161. К вариантам соматизированной (маскированной) депрессии относится:
162. алгическая (болевая) форма (в т. ч. цефалгия)
163. кожная форма
164. пульмонологическая форма
165. сердечно-сосудистая форма
166. гинекологическая форма

**ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

**ЗАДАЧА 1**

Больная 42 года поступила в неврологическое отделение с жалобами на внезапную потерю чувствительности в нижних конечностях возникшую сразу после скандала с мужем. Считает себя тяжело больной и нуждающейся в постороннем уходе. В течение полугода муж настаивает на разводе и встречается с другой, более молодой женщиной. Находится в ясном сознании, объективное неврологическое исследование не выявило органических нарушений нервной системы. Назначенное лечение получает аккуратно, довольна, что муж два раза в день навещает ее и озабочен состоянием ее здоровья. После консультации заведующего неврологическим отделением принято решение о переводе больной в отделение неврозов.

**Вопросы:**

1. Определите, исходя из теоретических основ психосоматической медицины, какое расстройство (состояние) описано в данной задаче?
2. Какая модель возникновения психосоматического симптома объясняет возникновение данного расстройства?
3. Что могло стать пусковым механизмом патологического процесса и начальной стадии его развития?
4. Какой метод лечения может быть использован для лечения данного расстройства?
5. Определите наличие либо отсутствие у пациентки признаков конверсионного расстройства?

**ЗАДАЧА 2**

Больная 30 лет обратилась в очередной раз к терапевту с жалобами на внутреннее беспокойство, нарушенный сон, страх по ночам и сниженное настроение, быструю истощаемость внимания и трудность сосредоточения. Кроме того, ее беспокоят неприятные ощущения в области сердца, затрудненное дыхание, отрыжка и ком в горле, ощущения покалывания в языке, кончиках пальцев рук и ног. В поликлинику обращается регулярно, 1-2 раза в неделю. Многочисленные и разнообразные обследования различных органов и систем не обнаруживали каких либо тканевых изменений в органах и системах. Врач относила пациентку в категорию «трудных больных» и испытывала при этом определенную беспомощность.

**Вопросы:**

1. Какое нарушение возникло у больной?
2. В чем особенность предъявляемых больной жалоб?
3. Какой критерий может быть ведущим при установлении данного диагноза?
4. Чем данное нарушение отличается от конверсионного расстройства?
5. Как называл данное расстройство Ф. Александер? Каковы его механизмы?

**ЗАДАЧА 3**

Девочка 10 лет стала отказываться от приема практически любой пищи, вскоре у нее появились клинические симптомы истощения. Каждый прием пищи становился поводом для бурных сцен, завершавшимися проглатыванием нескольких кусочков пищи. Общеукрепляющее лечение у педиатра не дало никакого результата. До возникновения данного состояния пациентка обычно принимала пищу вместе с мамой и двухлетней младшей сестрой, которую кормила мамы под пристальным наблюдением матери. У пациентки регулярно появлялось желание переключить во время процесса еды внимание матери и няни с кормления младшей сестры на себя. Девочка понимала, что тем самым пытается отнять любовь матери и няни к младшей сестре, и хотела сама получать их любовь. Это вызывало у нее чувство вины. Кроме того, она испытывала сильную злость на родителей за то, что они очень много внимания уделяют ее сестре и совершенно недостаточно самой пациентке. По рекомендации психиатра родители стали обедать вместе со старшей дочерью (пациенткой) в ресторане, подчеркивая при этом, что посещение ресторана доступно только старшим по возрасту детям. Отказы от приема пищи прекратились после этого практически сразу.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание возникло у ребенка?
2. Какая эмоция чувство могло сыграть роль в развитии данного заболевания?
3. Какая неудовлетворенная потребность пациентки, способствовала развитию заболевания?
4. Какие еще психологические факторы играли роль в развитии данного заболевания?
5. К какому классу заболеваний по МКБ -10 относится нервная анорексия?

**Задание:** *дайте характеристику конверсионным расстройствам, соматоформным расстройствам и психосоматозам по следующим критериям:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **КРИТЕРИЙ** | **Конверсионные расстройства** | **Соматоформные расстройства** | **Психосоматические заболевания (психосоматозы)** |
| Наличие реального физического заболевания *(при условии, что эта болезнь полностью объясняет тяжесть, обширность, вариабельность и упорство физических жалоб больного)* |  |  |  |
| Система организма, нарушение которой можно предположить исходя из жалоб больного |  |  |  |
| Симптомы служат средство символического выражения внутреннего конфликта пациента |  |  |  |
| Психологическая «желательность» симптомов *(получение больным очевидной, но неосознаваемой им выгоды от симптомов)* |  |  |  |
| Прослеживается связь между симптомом и психотравмирующими обстоятельствами жизни больного *(симптом возникает в ответ на психотравмирующую ситуацию и ослабевает или исчезает после ее разрешения)* |  |  |  |
| Личностные особенности, предрасполагающие к развитию данного расстройства |  |  |  |
| Наличие в окружении больного лица, страдающего реальным физическим заболеванием, с симптоматикой, напоминающей таковую у больного |  |  |  |

**Тема 3.** Изучение внутренней картины болезни (ВКБ): общемедицинский и психологический подходы

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* + Тестирование
	+ Устный опрос
	+ Решение проблемно-ситуационных задач в малых группах

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Понятие внутренней картины здоровья (ВКЗ).
2. Влияние болезни на психику человека. Подходы к определению понятия и структуры внутренней картины болезни (ВКБ).
3. Влияние на ВКБ преморбидных биологических и личностных факторов: пол, возраст, темперамент, характер, профессия и социальное положение, личность.
4. Влияние на ВКБ характера заболевания и его возможных последствий.
5. Влияние на ВКБ медицинских факторов (условий диагностики и лечения).
6. Динамика ВКБ и связь ее со стратегиями адаптивного поведения (копинг- и психологически – защитные стратегии).
7. Понятие нозогении. Типы нозогенных реакций.
8. Клинический расспрос с целью изучения ВКБ при ПСР.
9. Исследование больных с помощью Гиссенского опросника соматических жалоб.

**Вопросы для фронтального опроса:**

1. Какие два вида патогенного влияния соматической болезни на психику можно выделить? Коротко охарактеризуйте оба вида влияний.
2. Какие термины в научной литературе используются для описания субъективно-психологической стороны соматического заболевания (с указанием авторов)?
3. Какой ученый ввел термин «внутренняя картина болезни»? Какое определение данному феномену он предложил? Какие компоненты включала внутренняя картина болезни в его представлении?
4. Какие стороны (уровни) внутренней картины болезни выделяются в модели В.В. Николаевой?
5. Перечислите и коротко охарактеризуйте типы реагирования на болезнь в зависимости от «масштаба переживаний» (по С.С. Либиху).
6. Какие факторы влияют на формирование внутренней картины болезни?
7. Укажите особенности самой болезни, на основании которых формируется психологическое отношение к ней (по В.Д. Менделевичу).
8. Перечислите психогенные расстройства, которые возникают под влиянием условий диагностики и лечения.
9. Что такое ятрогения? Приведите примеры ятрогении.
10. Что такое соррогения? Приведите примеры соррогении.
11. Что такое эгротогения? Приведите примеры эгротогении.
12. Как проявляется госпитализм у взрослых пациентов?
13. Какие стадии можно выделить в динамике внутренней картины болезни?
14. Посредством каких мер осуществляется психологическая коррекция интеллектуальной стороны внутренней картины болезни?
15. Сформулируйте рекомендации к психологической коррекции чувственной (болевой) стороны внутренней картины болезни.
16. При помощи каких мер психологической коррекции можно влиять на эмоциональную сторону внутренней картины болезни (т. е. на эмоциональное состояние больного)?
17. Какие методы используются для коррекции волевой (мотивационной) стороны внутренней картины болезни?
18. Какие расстройства можно отнести к нозогенным реакциям по гипернозогнозическому типу (по А.Б. Смулевичу)? Дайте им краткую характеристику.
19. Какие расстройства можно отнести к нозогенным реакциям по гипонозогнозическому типу (по А.Б. Смулевичу)? Дайте им краткую характеристику.
20. Опишите алгоритм изучения внутренней картины болезни. Какие пункты должен включать клинический расспрос? Предполагается ли применение психологических тестов (если да, то каких)?

**БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО ТЕМЕ:**

1. Что из перечисленного не является определением внутренней картины болезни:
2. совокупность переживаний (эмоциональных, когнитивных, волевых), связанных с наличием у человека заболевания
3. субъективное отношение больного к своему заболеванию, складывающееся из болезненных ощущений и внешних проявлений болезни, оценки механизмов их возникновения, тяжести и значения для будущего, а также типы реагирования на болезнь
4. совокупность субъективных представлений человека о своем заболевании, включающую в себя несколько уровней психического отражения
5. совокупность субъективных представлений о нормальном и патологическом состоянии, как переживание человеком статуса и динамики своего здоровья, осознание своих душевных и физических возможностей и ресурсов
6. комплекс переживаний больного, связанных с заболеванием: общее самочувствие, ощущения, восприятие, эмоции, представления о болезни
7. Внутренняя картина болезни включает:
8. переживания больного по поводу болезни
9. совокупность ощущений и общее самочувствие
10. представления о причинах заболевания
11. объективные данные, которые врач получает с помощью специальных методов исследования
12. Термином, тождественным понятию внутренней картины болезни либо описывающим один из ее аспектов, является:
13. аутопластическая картина
14. внешняя картина болезни
15. отношение к болезни
16. переживание болезни
17. позиция к болезни
18. А. Гольдшейдер выделял два уровня картины болезни:
19. мотивационный и чувственный
20. сенситивный и интеллектуальный
21. эмоциональный и интеллектуальный
22. мотивационный и интеллектуальный
23. эмоциональный и сенситивный
24. Р.А. Лурия определял внутреннюю картину болезни (ВКБ) как:
25. целостную систему сознательных и избирательных связей, отражающую направленность личности, наличие жизненных целей, осмысленность выборов и оценок, удовлетворенность жизнью (самореализацией) и способность брать за нее ответственность, влияя на ее ход
26. состояние человека, проявляющееся в постоянном беспокойстве по поводу возможности заболеть одной или несколькими болезнями, жалобах или озабоченности своим физическим здоровьем, восприятии своих обычных ощущений как ненормальных и неприятных, предположениях, что кроме основного заболевания есть какое-то дополнительное
27. совокупность субъективных представлений о нормальном и патологическом состоянии, как переживание человеком статуса и динамики своего здоровья, осознание своих душевных и физических возможностей и ресурсов
28. трансформацию эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные и вегетативные эквиваленты, превращение неприемлемых мыслей, тревоги в соматический симптом
29. комплекс переживаний больного, связанных с заболеванием: общее самочувствие, ощущения, восприятие, эмоции, представления о болезни
30. Модель внутренней картины болезни по Р.А. Лурия содержит компоненты:
31. сензитивный
32. интеллектуальный
33. эмоциональный
34. мотивационный
35. Модель внутренней картины болезни по В.В. Николаевой включает компоненты:
36. сенсорный
37. эмоциональный
38. рациональный (интеллектуальный)
39. мотивационный
40. Структура внутренней картины болезни по В.В. Николаевой включает в себя все уровни, кроме:
41. интеллектуальный (когнитивный)
42. эмоциональный (аффективный)
43. психодинамический
44. мотивационный (поведенческий)
45. чувственный
46. Какой из перечисленных уровней в структуре внутренней картины болезни по В.В. Николаевой включает в себя представления, знания о своем заболевании, размышления о его причинах и возможных последствиях:
47. мотивационный
48. чувственный
49. эмоциональный
50. интеллектуальный
51. психодинамический
52. В структуре внутренней картины болезни изменение поведения и образа жизни в условиях болезни, а также действия, направленные на возвращение здоровья – это:
53. чувственный уровень
54. мотивационный уровень
55. интеллектуальный уровень
56. психодинамический уровень
57. эмоциональный уровень
58. Классификация когнитивных реакций на заболевание включает типы:
59. нормонозогнозия
60. гипонозогнозия
61. гипернозогнозия
62. анозогнозия
63. симуляция
64. Что из перечисленного относится к числу основных факторов, определяющих ВКБ:
65. характер заболевания и его возможные последствия
66. медицинские факторы (условия диагностики и лечения)
67. преморбидные биологические и личностные факторы
68. социальное положение больного и влияние окружения
69. Ятрогении (иатрогении) – это:
70. кратковременное психическое расстройство, вызванное соматической патологией
71. трансформация эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные и вегетативные эквиваленты
72. изменения здоровья пациента к худшему, вызванные неосторожным действием или словом врача
73. соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями другой психической патологии
74. кратковременные приходящие состояния, проявляющиеся в напряженных жизненных ситуациях (сердцебиение, потеря аппетита)
75. Эгротогении – это:
76. психогенное расстройство, вызванное неправильным поведением врача
77. ухудшение состояния больного, вызванное неправильным поведением медицинской сестры
78. отрицательное влияние других больных на психическое и физическое состояние других, что ведет к появлению новых симптомов или усилению уже имеющихся
79. соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями другой психической патологии
80. недооценка и попытка игнорирования проявлений болезни
81. А.Б. Смулевич выделял следующие группы синдромов нозогений:
82. невротические
83. психотические
84. аффективные
85. патохарактерологические
86. допсихотические
87. Патохарактерологические синдромы нозогений (Смулевич А.Б.) включают:
88. ипохондрию здоровья
89. синдром «патологического отрицания болезни»
90. тревожно-фобическиенозогении (вплоть до панических атак с соматовегетивной симптоматикой)
91. синдром «прекрасного равнодушия» (невротического вытеснения болезни)
92. ипохондрическую депрессию
93. синдром «эйфорической псевдодеменции»
94. Аффективные синдромы нозогений (Смулевич А.Б.) включают:
95. ипохондрию здоровья
96. синдром «патологического отрицания болезни»
97. тревожно-фобическиенозогении (вплоть до панических атак с соматовегетивной симптоматикой)
98. синдром «прекрасного равнодушия» (невротического вытеснения болезни)
99. ипохондрическую депрессию
100. синдром «эйфорической псевдодеменции»
101. Невротические синдромы нозогений (Смулевич А.Б.) включают:
102. ипохондрию здоровья
103. синдром «патологического отрицания болезни»
104. тревожно-фобическиенозогении (вплоть до панических атак с соматовегетивной симптоматикой)
105. синдром «прекрасного равнодушия» (невротического вытеснения болезни)
106. ипохондрическую депрессию
107. синдром «эйфорической псевдодеменции»
108. В соответствии с типологией нозогенных реакций по А.Б. Смулевичу (1999) гипернозогнозическое реагирование включает следующие формы:
109. невротические тревожно-фобические состояния
110. невротическое вытеснение (синдром «прекрасного равнодушия»)
111. аффективные синдромы тревожной и ипохондрической депрессии
112. аффективный синдром эйфорической «псевдодеменции»
113. патохарактерологический синдром по типу «ипохондрии здоровья»
114. патохарактерологический синдром в форме «отрицания болезни»
115. В соответствии с типологией нозогенных реакций по А.Б. Смулевичу (1999) гипонозогнозическое реагирование включает следующие формы:
116. гипернозогнозическое реагирование включает следующие формы:
117. невротические тревожно-фобические состояния
118. невротическое вытеснение (синдром «прекрасного равнодушия»)
119. аффективные синдромы тревожной и ипохондрической депрессии
120. аффективный синдром эйфорической «псевдодеменции»
121. патохарактерологический синдром по типу «ипохондрии здоровья»
122. патохарактерологический синдром в форме «отрицания болезни»
123. Получить дополнительные сведения о мотивационном компоненте ВКБ позволяет эта методика:
124. опросник самооценки социальной значимости болезни Сердюка
125. копинг-тест Лазаруса
126. шкала депрессии Цунга
127. опросник «Индекс жизненного стиля»
128. Коррекция интеллектуальной стороны ВКБ включает:
129. разъяснение диагноза, объяснение механизмов возникновения симптомов, прогноза заболевания
130. психологические приемы, направленные на облегчение боли
131. приемы, провоцирующие «отреагирование» негативных эмоций
132. приемы релаксации
133. внушение надежды на выздоровление, рассказывание воодушевляющих историй о выздоровлении других пациентов с подобной болезнью
134. Коррекция чувственной (сензитивной) стороны ВКБ включает:
135. разъяснение диагноза, объяснение механизмов возникновения симптомов, прогноза заболевания
136. психологические приемы, направленные на облегчение боли
137. приемы, провоцирующие «отреагирование» негативных эмоций
138. приемы релаксации
139. внушение надежды на выздоровление, рассказывание воодушевляющих историй о выздоровлении других пациентов с подобной болезнью
140. Положительное воздействие на эмоциональную сторону ВКБ оказывают:
141. разъяснение диагноза, объяснение механизмов возникновения симптомов, прогноза заболевания
142. психологические приемы, направленные на облегчение боли
143. приемы, провоцирующие «отреагирование» негативных эмоций
144. приемы релаксации
145. внушение надежды на выздоровление, рассказывание воодушевляющих историй о выздоровлении других пациентов с подобной болезнью
146. Психологическая коррекция волевой стороны ВКБ включает:
147. разъяснение диагноза, объяснение механизмов возникновения симптомов, прогноза заболевания
148. психологические приемы, направленные на облегчение боли
149. приемы, провоцирующие «отреагирование» негативных эмоций
150. приемы релаксации
151. внушение надежды на выздоровление, рассказывание воодушевляющих историй о выздоровлении других пациентов с подобной болезнью

**ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

**ЗАДАЧА 1**

Больной 45 лет, инженер, был направлен на стационарное обследование с подозрением на опухолевый процесс в легком. После проведения флюорографии, когда диагноз подтвердился, больному была рекомендована операция. Он категорически отказался от оперативного лечения, хотя врач рассказал о предполагаемом характере опухоли и последствиях. После этого больной самовольно ушел из стационара, жене сообщил, что не совсем грамотные врачи приняли последствия перелома ребер в юношеском возрасте за онкологическое заболевание и хотели оперировать его с другими “раковыми” больными.

**Вопросы:**

1. Какими механизмами психологической защиты обусловлено поведение больного?
2. Дайте характеристику этим механизмам психологической защиты.
3. Какой ученый первым сформулировал представление о механизмах психологической защиты? Какому психолого-психотерапевтическому направлению он принадлежал?
4. В чем отличие механизмов психологической защиты от копинг-поведения?
5. Сформулируйте рекомендации к психокоррекционной работе с пациентом. Какие методы психотерапии могут быть для этого использованы?

**ЗАДАЧА 2**

У больной, 19 лет, с полным средним образованием, обнаружена положительная реакция Вассермана. Не отрицая случайных половых связей и указывая, что около месяца назад у нее были высыпания на теле, которые прошли сами собой, категорически отказалась от лечения, и не вняла объяснениям медицинского персонала. Вечером рассказала подруге, плача от обиды, что ее заставляют лечить “позорную болезнь”, какой у нее нет и быть не может.

**Вопросы:**

1. Какими механизмами психологической защиты обусловлено поведение больной?
2. Дайте характеристику этим механизмам психологической защиты.
3. Какой тип отношения к болезни по классификации Личко наблюдается у пациентки? Дайте его характеристику.
4. Какие факторы способствовали появлению именно такой реакции на болезнь у пациентки?
5. Сформулируйте рекомендации к психокоррекционной работе с пациенткой. Какие методы психотерапии могут быть для этого использованы?

**ЗАДАЧА 3**

Во время беседы у нарколога пациент отказывается принимать лечение, мотивируя свой отказ тем, что у него нет проблемы с алкоголем. «Я в любой момент могу остановиться, и если захочу, то смогу контролировать употребление спиртных напитков». Из анамнеза известно, что пациент злоупотребляет алкоголем на протяжении пятнадцати лет.пьянство носит псевдозапойный характер. Запои до одного месяца, со «светлыми» промежутками до двух недель. Неоднократно лечился у нарколога, максимальный срок ремиссии три месяца.

**Вопросы:**

1. Какой способ психологической защиты использует пациент?
2. Дайте характеристику этому механизмам психологической защиты.
3. Определите стадия алкогольной зависимости у пациента. Что на это указывает?
4. Какой тип отношения к болезни по классификации Личко имеет место у пациента? Дайте его характеристику.
5. Сформулируйте рекомендации к психокоррекционной работе с пациентом. Какие методы психотерапии могут быть для этого использованы?

**Задача 4**

Врач после осмотра больной с язвеннымблефоритом сказал ей: «Я назначаю вам мазь и полоскание ромашкой, но оно все равно не поможет, а если и поможет, то болезнь будет рецидивировать». Больная впала в депрессивное состояние, считая себя обреченной на всю жизнь.

**Вопросы:**

1. О каком влиянии врача на больную идет речь?
2. Дайте определение этого влияния.
3. Какие особенности личности пациентки обусловили ее состояние?
4. Какой тип отношения к болезни (по классификации Личко) имеет место у пациентки? Дайте ему характеристику.
5. Сформулируйте рекомендации к работе с пациенткой? Какие методы психотерапии будут эффективны в данном случае?

**Задание:**

*На основании факторов, влияющих на формирование внутренней картины болезни, определите, у которого из двух пациентов (при прочих равных условиях) вероятность развития нозогенного расстройства выше? Ответ обоснуйте.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ДИАГНОЗ** | **Пациент 1** | **Пациент 2** | **ОТВЕТ** |
| ***Мигрень*** | мужчина | женщина |  |
| женщина на пике фертильного возраста | женщина в период климакса |  |
| ***Витилиго*** | мужчина | женщина |  |
| ребенок младшего школьного возраста | подросток |  |
| ***Аденома (доброкачественная опухоль) простаты***  | мужчина 40 лет | мужчина 70 лет |  |
| меланхолик | флегматик |  |
| ***Саркома (злокачественная опухоль) легкого***  | ребенок | взрослый |  |
| человек с высшим немедицинским образованием – | человек с высшим медицинским образованием |  |
| ***Хронический гастрит*** | ребенок младшего школьного возраста | подросток |  |
| выпускник техникума | выпускник университета |  |
| ***Бесплодие*** | женщина 30 лет | женщина 60 лет |  |
| мужчина | женщина |  |
| ***Перелом костей голени*** | мужчина | женщина |  |
| ребенок | пожилой человек |  |
| ***Ишемическая болезнь сердца*** | суеверный человек | человек с преобладанием рационального типа мышления |  |
| мужчина 40 лет | мужчина 70 лет |  |
| ***Сахарный диабет II типа*** | выпускник техникума | выпускник университета |  |
| сангвиник | холерик |  |
| ***Туберкулез легких*** | ребенок | взрослый |  |
| женщина на пике фертильного возраста | женщина в период климакса |  |
| ***Инсульт*** | религиозный человек | атеист |  |
| человек с высшим немедицинским образованием – | человек с высшим медицинским образованием |  |

**Тема 4.** Восприятие болезни, типы реакций на нее и отношений к ней

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* + Тестирование
	+ Устный опрос
	+ Решение проблемно-ситуационных задач в малых группах

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Психологические (поведенческие) реакции больных на заболевание: диссимуляция, аггравация, анозогнозия, реакция «ухода в болезнь».
2. Типы личностной реакции на заболевание и их последствия по Б.А. Якубову.
3. Типы отношения к болезни и их характеристика (по А.Е. Личко, Н.Я. Иванову).
4. Этапы переживания болезни во времени.
5. Психологическое воздействие госпитализации. Синдром госпитализма.
6. Психологическая сущность плацебо-эффекта.
7. Исследование типа отношения личности к болезни, к лечению, к медицинскому персоналу с помощью опросника ЛОБИ.

**Вопросы для фронтального опроса:**

1. Перечислите психологические реакции больных на заболевание, связанные преимущественно с поведенческой сферой.
2. При каких заболеваниях чаще всего возникает реакция диссимуляции?
3. Какие черты характера предрасполагают к реакции аггравации? Почему поведение аггравации часто отмечается у пожилых пациентов?
4. Какая мотивация лежит в основе реакции «ухода в болезнь»? Какие личностные черты предрасполагают к данной поведенческой реакции?
5. Является ли симуляция реакцией на заболевание? Обоснуйте ответ.
6. Перечислите типы личностной реакции на заболевание по Б.А. Якубову.
7. Перечислите типы отношения к болезни по А.Е. Личко, Н.Я. Иванову.
8. Перечислите этапы переживания болезни во времени.
9. Что такое плацебо-эффект? от каких факторов зависит степень проявления плацебо-эффекта?
10. Как при помощи плацебо-эффекта можно повысить эффективность фармакотерапии?
11. В каких случаях назначение препаратов, являющихся плацебо, допустимо, а в каких – нет?
12. Как эффект плацебо применяется при клинических испытаниях новых препаратов?
13. Что такое эффект ноцебо? Приведите примеры ноцебо-эффекта. Почему данный эффект необходимо учитывать при предоставлении больному информации о его заболевании?

**БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО ТЕМЕ:**

1. ОДНА ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ФОРМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВА­НИЯ В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ, ПРИ КОТОРОЙ ПАЦИЕНТ, ОТДАВАЯ СЕБЕ ОТЧЕТ В ТОМ, ЧТО ОН БОЛЕН, СОЗНАТЕЛЬНО СКРЫВАЕТ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ, ЭТО:
2. диссимуляция
3. реакция «ухода в болезнь»
4. аггравация
5. симуляция
6. анозогнозия
7. ПРИ КАКОЙ ИЗ ФОРМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ПАЦИЕНТЫ СТАРАЮТСЯ ПРЕДСТАВИТЬ (ЧАСТО ПРЕДНАМЕРЕННО) РЕАЛЬНО СУ­ЩЕСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ БОЛЕЗНЕННОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ И ОПАСНЫМ, ЧЕМ ЭТО ЕСТЬ НА САМОМ ДЕЛЕ:
8. анозогнозия
9. диссимуляция
10. симуляция
11. реакция «ухода в болезнь»
12. аггравация
13. НЕОСОЗНАВАНИЕ БОЛЕЗНИ, ЕЕ СИМПТОМОВ, ЭТО:
	1. симуляция
	2. аггравация
	3. анозогнозия
	4. диссимуляция
	5. реакция «ухода в болезнь»
14. РЕАКЦИЯ «УХОДА В БОЛЕЗНЬ» ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО:
15. человек сознательно предъявляет симптомы болезни, которым он не страдает
16. пациент, фиксируясь на своем болезненном состоянии, ставит его в центр собственных интересов, отношений, игнорируя все, что не связано с заболеванием
17. больной «скрывает» свое заболевание не только от окружающих людей, но и от самого себя
18. пациенты стараются представить реально существующее заболевание или болезненное состояние более тяжелым и опасным, чем это есть на самом деле
19. отдавая себе отчет в том, что он болен, пациент сознательно скрывает симптомы болезни и прикладывает значительные усилия, чтобы скрыть их
20. КАКАЯ ИЗ ЭТИХ РЕАКЦИЙ ЧАЩЕ ДРУГИХ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ:
21. анозогнозия
22. аггравация
23. симуляция
24. диссимуляция
25. реакция «ухода в болезнь»
26. СИМУЛЯЦИЯ – ЭТО:
27. убежденность человека в наличии у него серьезного заболевания, основанная на каких-либо соматических (телесных) симптомах или физических проявлениях, которые на самом деле не являются признаками заболевания
28. сознательное отрицание или преуменьшение проявлений или выраженности или тяжести существующего заболевания
29. отрицание и непонимание серьезности или тяжести существующего заболевания
30. осознанная имитация болезни или болезненных симптомов
31. преувеличение тяжести существующих проявлений болезни или своего состояния
32. АГГРАВАЦИЯ - ЭТО:
33. отрицание и непонимание серьезности или тяжести существующего заболевания
34. осознанная имитация болезни или болезненных симптомов
35. сознательное отрицание или преуменьшение проявлений или выраженности или тяжести существующего заболевания
36. убежденность человека в наличии у него серьезного заболевания, основанная на каких-либо соматических (телесных) симптомах или физических проявлениях, которые на самом деле не являются признаками заболевания
37. преувеличение тяжести существующих проявлений болезни или своего состояния
38. КАКАЯ ИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ЛИЦ С ИСТЕРОИДНЫМИ ЧЕРТАМИ ХАРАКТЕРА:
39. диссимуляция
40. реакция «ухода в болезнь»
41. симуляция
42. аггравация
43. верно 2 и 4
44. КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ТИПОВ ЛИЧНОСТНОЙ РЕАКЦИИ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ВЫДЕЛЯЕТ Б.А. ЯКУБОВ:
45. 6
46. 7
47. 12
48. 5
49. 3
50. НЕОСОЗНАВАЕМАЯ РЕАКЦИЯ В КЛАССИФИКАЦИИ ТИПОВ ЛИЧНОСТНОЙ РЕАКЦИИ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ Б.А. ЯКУБОВА СООТВЕТСТВУЕТ ЭТОЙ ФОРМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ:
51. анозогнозия
52. диссимуляция
53. реакция «ухода в болезнь»
54. аггравация
55. симуляция
56. КАРТИНА: "УДРУЧЕННОСТЬ БОЛЕЗНЬЮ, НЕВЕРИЕ В ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ, В ЭФФЕКТ ЛЕЧЕНИЯ, АКТИВНЫЕ ДЕПРЕССИВНЫЕ ВЫСКАЗЫВАНИЯ, ВПЛОТЬ ДО СУИЦИДАЛЬНЫХ МЫСЛЕЙ, ПЕССИМИСТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ВСЕ ВОКРУГ, НЕВЕРИЕ В УСПЕХ ЛЕЧЕНИЯ ДАЖЕ ПРИ ОБЪЕКТИВНЫХ БЛАГОПРИЯТНЫХ ДАННЫХ" СООТВЕТСТВУЕТ ...ТИПУ РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ:
57. ипохондрическому
58. меланхолическому
59. гармоничному
60. тревожному
61. апатическому
62. КАКОЙ ТИП ПСИХИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ ВОЗНИКАЕТ ЧАЩЕ ДРУГИХ В ОТВЕТ НА ДИАГНОСТИКУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ:
63. анозогнозический
64. обсессивно-фобический
65. ипохондрический
66. неврастенический
67. апатический
68. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО **НЕ** ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГАРМОНИЧНОГО ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПО А.Е. ЛИЧКО:
69. пассивность, при которой пациент как бы «вручает себя медицинскому работнику», не прилагая собственных усилий для оздоровления
70. в случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации — переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному
71. трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни
72. нежелание заболевшего обременять других тяготами ухода за собой, наряду с готовностью принимать помощь от окружающих в том объеме, который они готовы ему предоставить
73. отношение к болезни основано на известных науке фактах о возможности ее излечения, о происхождении симптомов и пр.
74. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО **НЕ** ОТНОСИТСЯ К ОПИСАНИЮ СЕНСИТИВНОГО СТИЛЯ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ (ПО А.Е. ЛИЧКО):
75. непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения
76. больные нередко в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу или медицинской сестре («Зачем их отвлекать по пустякам») даже в случаях угрожающего для жизни состояния
77. ориентация на мнение и оценку окружающих в сочетании с чрезмерной ранимостью
78. боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим
79. верно 1 и 3
80. ЭРГОПАТИЧЕСКИЙ ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ (ПО А.Е. ЛИЧКО), ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ХАРАКТЕРИЗУЕТ:
81. непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения
82. «принятие» болезни и поиски выгод в связи с болезнью
83. поведение по типу «раздражительной слабости»
84. «уход от болезни в работу»
85. активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного
86. В КАКОМ ПУНКТЕ верно указана характеристика, которая отличает неврастенический тип отношения к болезни от дисфорического (по классификации А.Е. Личко):
87. преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий
88. стремление облегчить близким тяготы ухода за собой
89. уверенность, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла
90. вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения
91. в последующем – критическое отношение к своим поступкам и необдуманным словам, просьбы о прощении
92. ЭЙФОРИЧЕСКИЙ **ВАРИАНТ ЭТОГО ТИПА** ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ В КЛАССИФИКАЦИИ А.Е. ЛИЧКО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НЕОБОСНОВАННО ПОВЫШЕННЫМ НАСТРОЕНИЕМ, ЖЕЛАНИЕМ ПОЛУЧАТЬ ОТ ЖИЗНИ ВСЕ, ЧТО И РАНЕЕ, НЕСМОТРЯ НА БОЛЕЗНЬ, И СКЛОННОСТЬЮ НАРУШАТЬ РЕЖИМ И ВРАЧЕБНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ, ЧТО ПАГУБНО СКАЗЫВАЕТСЯ НА ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ:
93. апатический
94. анозогнозический
95. эргопатический
96. паранойяльный
97. эгоцентрический
98. КАКОЙ ИЗ ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ (ПО А.Е. ЛИЧКО) С БОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ БУДЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ РЕАКЦИЕЙ ДИССИМУЛЯЦИИ:
99. эргопатический
100. тревожный
101. гармоничный
102. меланхолический
103. эгоцентрический
104. В КАКОМ ПУНКТЕ ВЕРНО УКАЗАНА ФАЗА ПЕРЕЖИВАНИЯ БОЛЕЗНИ ВО ВРЕМЕНИ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНЫ СОМНЕНИЯ И ТРЕВОГИ, ОТСУТСТВИЕ УВЕРЕННОСТИ В ХАРАКТЕРЕ И ПРОГНОЗЕ СВОЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТРЫВ ОТ РАБОТЫ, А ЧАСТО И СЕМЬИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ НЕОБХОДИМОСТЬЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:
105. фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни
106. фаза адаптации к болезни
107. фаза ломки жизненного стереотипа
108. фаза «капитуляции»
109. премедицинская фаза
110. АДАПТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА РЕДУКЦИЮ ПАТОГЕННОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ, ПРЕДОХРАНЯЯ ОТ БОЛЕЗНЕННЫХ ЧУВСТВ И ВОСПОМИНАНИЙ И ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, ЭТО:
111. типы отношения к болезни
112. механизмы психологической защиты
113. психологические реакции на заболевание
114. копинг-ресурсы
115. копинг-стратегии
116. МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ В ОТЛИЧИЕ ОТ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ:
117. направлены на смягчение психического дискомфорта
118. искажают, отрицают или фальсифицируют реальность
119. как правило, бессознательны, то есть действуют преимущественно на неосознаваемом уровне
120. направлены на активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей
121. верно все, кроме 4
122. КАКОЙ МЕХАНИЗМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ ДРУГИХ ПРИ АНОЗОГНОЗИЧЕСКОМ ТИПЕ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПО А.Е. ЛИЧКО:
123. сублимация
124. проекция
125. регрессия
126. отрицание
127. замещение

**ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

**Задача 1**

Больной А., 46 лет, лечился в терапевтическом отделении по поводу язвенной болезни желудка в стадии ремиссии. К состоянию своего здоровья всегда относился внимательно, подчас с мнительностью, застреванием на переживаниях, связанных с заболеванием. Два года назад после операции по поводу рака желудка умер сосед по квартире. Вскоре после этого больной обратился к врачу с жалобами на боли в области желудка, раздражительность, утомляемость плохой сон. Во время обследования в стационаре установлен диагноз хронический гастрит с пониженной секреторной функцией. Выписан со значительным улучшением, однако через 6 месяцев состояние ухудшилось и при повторном стационарном обследовании был установлен диагноз «язвенная болезнь желудка». У больного нарастали тревожность, раздражительность, быстрая истощаемость, все внимание фиксировалось на возможных последствиях, особенно беспокоила мысль о раке желудка. Разубеждения о несостоятельности опасений достигали положительного эффекта нон на непродолжительное время. В процессе лечение состояние нормализовалось и стал строить на будущее реальные жизненные планы.

**Вопросы:**

1. Какая форма реагирования больного на свое заболевание у пациента? Обоснуйте ответ.
2. Какой вариант названной вами формы реагирования отмечается у больного? Обоснуйте ответ.
3. Определите, соответствует ли объективной тяжести заболевания субъективная значимость симптомов? Обоснуйте ответ.
4. Отмечается или нет завышенная оценка пациентом болезни в целом, ее последствий? Обоснуйте ответ.
5. Что такое «соматонозогнозия»? Назовите варианты соматонозогнозии.

**ЗАДАЧА 2**

Больной 70 лет поступил в глазное отделение с диагнозом: глаукома левого глаза, ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз. Себя считает добродушным, спокойным, к своему здоровью относится беспечно. Настоящее обращение к врачам связано с ощущением неловкости, периодическим потемнением в глазах, ухудшением зрения. Данное заболевание расценивает как легкое, не грозящее серьезными последствиями не только для жизни, но и для здоровья. При разъяснении врачам всей серьезности заболевания и необходимости продолжительного и систематического лечения вначале соглашается с их доводами и лечебные назначения выполняет регулярно. Однако через несколько дней начинает вновь считать свое заболевание легким и несерьезным, ввиду этого лечебные процедуры попускает и считает их необязательными и даже ненужными.

**Вопросы:**

1. Какая форма реагирования больного на свое заболевание у пациента? Обоснуйте ответ.
2. Какой вариант названной вами формы реагирования отмечается у больного? Обоснуйте ответ.
3. Определите, соответствует ли объективной тяжести заболевания субъективная значимость симптомов? Обоснуйте ответ.
4. Отмечается или нет заниженная оценка пациентом болезни в целом, ее последствий? Обоснуйте ответ.
5. Каковы рекомендации по работе с анозогнозическими больными?

**ЗАДАЧА 3**

Больная Т., 45 лет, находится на стационарном лечении по поводу язвенной болезни желудка. Очень мнительна. Постоянно сомневается в правильности поставленного диагноза, в грамотности назначенного лечения. Читает много специальной литературы, проявляет выраженный интерес к результатам анализов и обследований. Требует все новых и новых консультаций. Беспокоится из-за возможных осложнений. Считает, что у нее рак желудка. Тревожна, подавлена.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте характеристику типа отношения к болезни у данной больной.
3. Определите масштаб переживания болезни у пациентки. Обоснуйте ответ.
4. Какие рекомендации можно дать лечащему врачу пациентки?
5. Сформулируйте рекомендации к психокоррекционной работе с пациенткой? Какие психотерапевтические методы могут быть использованы?

**ЗАДАЧА 4**

Больная Д., 42 года, с диагнозом ИБС, стенокардия. Несмотря на частые приступы, продолжает работать. Характерно сверхответственное, одержимое отношение к работе, выраженное в еще большей степени, чем до начала болезни. Избирательно относится к обследованию и лечению, стремится во что бы то ни стало сохранить свой профессиональный статус и возможность продолжения трудовой деятельности.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте характеристику типа отношения к болезни у данной больной.
3. Определите масштаб переживания болезни у пациентки. Обоснуйте ответ.
4. Насколько адаптивным является тип отношения к болезни у пациентки?
5. Какой тактики должен придерживаться психолог в работе с этой пациенткой? Каким методам психотерапии стоит отдать предпочтение?

**ЗАДАЧА 5**

В онкологическую больницу поступил пациент с диагнозом рак желудка, 2 ст., с метастазами в брюшной полости. При сборе анамнестических данных, выяснено, что больной является очень общительным человеком, постоянно стремится занять главенствующее положение в любом коллективе. В больнице постоянно старается различными способами привлечь к себе внимание медицинского персонала и больных. Выставлял напоказ свои страдания. Требует признания своей исключительности.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данного больного.
2. Дайте характеристику типа отношения к болезни у данного больного.
3. При каком типе акцентуации характера чаще всего встречается такой вариант отношения к болезни?
4. Какой метод психотерапии будет эффективен при работе с такими больными? С какой особенностью личности больных это связано?
5. Какие методы психологической диагностики можно использовать для исследования особенностей личности и типов отношения к болезни у таких больных?

**ЗАДАЧА 6**

Больная Н., 10 лет. Диагноз: бронхиальная астма. Ни на шаг не отпускает свою маму. Боится, что как только она останется одна, с ней случится приступ. Постоянно думает о своем заболевании. Постоянный страх девочки перед приступами мешает ей нормально учиться, общаться с друзьями.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте характеристику типа отношения к болезни у данной больной.
3. Какие методы психологического воздействия можно использовать?
4. Какие заболевания входят в «чикагскую семерку»?
5. К какому патопсихологическому симптомокомплексу относятся психосоматические расстройства?

**ЗАДАЧА 7**

Больная М., 26 лет, по специальности врач. Поступила в больницу с приступом аппендицита. После операции, прошедшей успешно, больная стала требовать введения больших доз активных антибиотиков, хотя объективных показателей для их назначения не было. Неприятные ощущения в организме, связанные с периодом восстановления в послеоперационный период, больная восприняла как признаки инфицирования.

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте характеристику типа отношения к болезни у данной больной.
3. При помощи каких методов психодиагностики можно исследовать особенности личности таких больных?
4. Какой тактики психокоррекционной работы рекомендуется придерживаться при работе с подобными больными?
5. Какие методы психотерапии можно использовать?

**ЗАДАЧА 8**

В клинику скорой помощи поступил К., 42 года, доктор физико-математических наук, заведующий лабораторией, с острыми болями в эпигастральной области. Врачам быстро удалось купировать приступ. К. рассказал, что боли стали его беспокоить 2 месяца назад, но он не придавал им особого значения, поэтому не обращался к врачу, справлялся доступными способами сам. Однако стал читать специальную медицинскую литературу, пытался понять, что происходит.

После медицинского обследования К. поставили диагноз – язва желудка. Врач сказал, что необходимо оперативное вмешательство. Эту информацию К. воспринял спокойно, без каких-либо эмоциональных проявлений. Через 2 дня он стал аргументировано объяснять врачу, что сейчас не может себе позволить ложиться на операцию, лучше ее перенести, а в это время попробовать просто полечиться (об этом он читал в литературе).

**Вопросы:**

1. Определите тип отношения к болезни у данного больного
2. Дайте характеристику типа отношения к болезни у данного больного.
3. Какой метод психологического воздействия можно использовать при данном типе отношения к болезни?
4. Язва желудка относится к функциональным или органным психосоматозам?
5. Какова психокоррекция при органических психосоматозах? Какова роль психолога в лечении органных психосоматозов?

**Задание:** *определите, о каком типе отношения к болезни (по классификации А.Е. Личко) идет речь в данном случае?*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | ОПИСАНИЕ | Тип отношения к болезни по А.Е. Личко |
|  | Больной с таким типом отношения к болезни демонстрирует полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. При настойчивом побуждении со стороны медицинского персонала или родственников больной способен пассивно выполнять действия, связанные с диагностикой и лечением, однако личный интерес к лечению у него отсутствует. |  |
|  | При данном типе отношения к болезни больной чрезмерно сосредоточен на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Он стремится постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим. При этом больной склонен преувеличивать тяжесть симптомов и выискивать несуществующие болезни и страдания. |  |
|  | Для этого типа отношения к болезни характерна оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Пациент стремится во всем активно содействовать успеху лечения и облегчить близким тяготы ухода за собой. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания пациент переключает интересы на те области жизни, которые останутся ему доступными, сосредотачивает внимания на своих делах, заботе о близких. |  |
|  | Для данного типа отношения к болезни характерно необоснованно повышенное настроение, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Больной хочет получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь. Он легко нарушает режим и врачебные рекомендации, что пагубно сказывается на течении болезни. |  |
|  | При данном типе отношения к болезни у больного преобладает угрюмый и недовольный вид, он склонен винить в своей болезни других. Больной требует особого внимания к себе, агрессивно и даже деспотически относится к своим близким, ожидает, чтобы окружающие ему во всем угождали. Также отмечается подозрительность к процедурам и лечению. |  |
|  | Больных с этим типом отношения к болезни характеризует неумение и нежелание терпеть болевые ощущения, нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения. Они повышено раздражительны, причем раздражение нередко изливается на первого встречного. Наряду с этим больные сохраняют критическое отношение к своим поступкам и необдуманным словам, поэтому за подобными вспышками всегда следуют просьбы о прощении. |  |
|  | При этом типе отношения к болезни отмечается «уход от болезни в работу». Больной стремится, во что бы то ни стало, сохранить профессиональный статус и возможность продолжать активную трудовую деятельность в прежнем качестве. |  |
|  | Больные с этим типом отношения к болезни склонны относиться настороженно и с подозрением к лекарственным препаратам и процедурам, которые назначил лечащий врач. Для них характерно стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Такие больные чаще других выдвигают обвинения и требования наказаний в адрес медицинского персонала или фармацевтических фирм. |  |
|  | Для больных с данным типом отношения к болезни характерна чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Они чрезмерно обеспокоены тем, что из-за болезни окружающие станут жалеть их, считать неполноценным, либо относиться пренебрежительно или даже с опаской. |  |
|  | Больных с таким типом отношения к болезни характеризует непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Больной занят поиском дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиском специалиста, чей профессионализм и компетентность не вызывали бы сомнений, склонен к частой смене лечащего врача. Такой больной проявляет больший интерес к объективным данным (результаты анализов, заключения специалистов), нежели к субъективным ощущениям, поэтому предпочитает слушать о проявлениях заболевания у других, а не предъявлять без конца свои жалобы. |  |
|  | Больные с этим типом отношения к болезни требуют от других исключительной заботы о себе, не считаясь с чужими интересами и занятостью, однако сами демонстрируют полное невнимание к проблемам близких. Любые разговоры окружающих такие больные быстро переводят «на себя». К другим людям, требующим внимания и заботы, больные относятся неприязненно, поскольку воспринимают их как конкурентов. Имеют место частые попытки показать другим свою исключительность в отношении болезни, непохожесть на других. Эмоциональное состояние этих больных отличается нестабильностью и непрогнозируемостью. |  |
|  | При этом типе отношения к болезни на первый план проступают сверхудрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Больной высказывает активные депрессивные идеи вплоть до суицидных мыслей. |  |

**Тема 5.** Психологические особенности больных с ПСР

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* + Тестирование
	+ Устный опрос
	+ Решение проблемно-ситуационных задач в малых группах

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Психология больных с психосоматическими заболеваниями дыхательной системы.
2. Психология больных с психосоматическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
3. Психология больных с психосоматическими расстройствами ЖКТ.
4. Психологические аспекты психосоматических заболеваний кожи.
5. Психологические аспекты заболеваний опорно-двигательного аппарата.
6. Психология больных психосоматическими урологическими заболеваниями.
7. Психологические аспекты расстройств пищевого поведения (нервная анорексия, нервная булимия).

**Вопросы для фронтального опроса:**

1. Перечислите личностные черты, предположительно характерные для больных бронхиальной астмой.
2. Какого рода стрессовые ситуации (по данным Н.П. Ванчаковой и соавт.) провоцируют приступ бронхиальной астмы у больного?
3. Дайте характеристику неврастеноподобного механизма патогенеза бронхиальной астмы (особенности личности больного, ситуации, которые провоцируют приступ астмы).
4. Дайте характеристику истероподобного механизма патогенеза бронхиальной астмы (особенности личности больного, ситуации, которые провоцируют приступ астмы).
5. Дайте характеристику психастеноподобного механизма патогенеза бронхиальной астмы (особенности личности больного, ситуации, которые провоцируют приступ астмы).
6. Дайте характеристику «шунтового» механизма патогенеза бронхиальной астмы (особенности личности больного, ситуации, которые провоцируют приступ астмы).
7. Какие особенности личности считаются предрасполагающими к заболеваниям сердечно-сосудистой системы (на примере артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца)?
8. Какого рода стрессовые ситуации представляют наибольшую сложность для лиц, по складу личности склонных к кардиологическим заболеваниям?
9. Что такое «поведение типа А»? К каким заболеваниям предрасполагает поведение этого типа? Какие ученые первыми описали данный тип поведенческой активности?
10. Какие особенности личности считаются предрасполагающими к заболеваниям пищеварительной системы (на примере язвенной болезни желудка)?
11. Какого рода стрессовые ситуации представляют наибольшую сложность для лиц, по складу личности склонных к заболеваниям желудочно-кишечного тракта?
12. Какие особенности личности считаются предрасполагающими к заболеваниям кожи?
13. Какого рода стрессовые ситуации представляют наибольшую сложность для лиц, по складу личности склонных к кожным заболеваниям?
14. Какие особенности личности считаются предрасполагающими к заболеваниям опорно-двигательного аппарата?
15. Какого рода стрессовые ситуации представляют наибольшую сложность для лиц, по складу личности склонных к заболеваниям опорно-двигательной системы?
16. Как проявляется нервная анорексия? Какую неосознаваемую выгоду приносит данное заболевание больному? Какие психологические проблемы провоцируют развитие нервной анорексии?
17. Как проявляется нервная булимия? Какие черты личности характерны для данных больных? какие переживания лежат в основе приступа булимии?
18. Как Вы относитесь к концепциям личностных черт и типов личности, повышающих вероятность развития определенных соматических заболеваний (коронарный тип личности, язвенный тип личности, поведение типа А и др.)? Насколько Вы согласны с авторами этих теорий? Обоснуйте ответ.

**БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО ТЕМЕ:**

1. КАКОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ФАКТОРОВ **НЕ** ВХОДИТ В ЧИСЛО ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА:
2. неудовлетворенность работой
3. низкая социальная активность
4. высокий уровень холестерина в крови
5. гипернормативность
6. курение
7. ОСОБЕННО ПРЕДРАСПОЛОЖЕНЫ К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА МУЖЧИНЫ В ВОЗРАСТЕ 39-40 ЛЕТ (ПО М. ФРИДМЭНУ И Р. РОЗЕНМЭНУ):
8. со скрупулезностью, ананкастичностью
9. с добродушием
10. с неуверенностью в себе, склонностью к сомнениям
11. со способностью энергично добиваться продвижения по службе, ощущением нехватки времени
12. верно 1 и 2
13. ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЕЙ НАИБОЛЬШУЮ ТРУДНОСТЬ:
14. ответственное отношение к своему труду
15. контроль проявлений враждебности
16. работа в одной и той же организации на протяжении многих лет
17. выражение враждебных чувств
18. верно все, кроме 4
19. ТРУДНОСТИ В ВЫРАЖЕНИИ ВРАЖДЕБНЫХ ЧУВСТВ ФОРМИРУЮТСЯ В СЕМЬЯХ:
20. с холодной, претенциозной и авторитарной матерью и слабым, подавляемым матерью отцом
21. где родители безоговорочно принимают ребенка и учитывают его интересы
22. матерей-одиночек
23. с преобладанием в конфликтных ситуациях негативно-невербальной коммуникации (например, не давать ответ, отворачивать голову, избегать контакта взглядами)
24. верно 1 и 4
25. ДЛЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИСТУПЫ МОГУТ СЛУЖИТЬ ДОСТИЖЕНИЮ ЭТОЙ ЦЕЛИ:
26. уйти от необходимости выбора
27. занять исключительное положение
28. разрядить конфликтную обстановку в семье
29. смягчить нереалистичных требований к себе
30. все ответы верны
31. При истероподобном механизме патогенеза бронхиальной астмы больные отличаются:
32. повышенными требованиями к окружающим и сниженными к себе
33. непосильными, завышенными требованиями к себе и тягостным сознанием своей несостоятельности
34. защитным манипулированием лицами значимого окружения
35. верно все перечисленное
36. верно 1 и 3
37. Отличительной чертой пациентов с психастеноподобным вариантом патогенеза бронхиальной астмы является:
38. низкая способность к самостоятельным решениям
39. тенденция перекладывать ответственность за себя и за то, что с ними происходит в жизни, на окружающих
40. несформированность собственной ценностной системы
41. верно все перечисленное
42. верно 1 и 3
43. НЕВРОТИЧЕСКОЕ ЧУВСТВО НЕХВАТКИ ВОЗДУХА В ОТЛИЧИЕ ОТ СОМАТИЧЕСКОГО (ПО КАРВАСАРСКОМУ):
44. проходит при волнении
45. проходит при физической нагрузке
46. проходит во время сна
47. проходит при отвлечении внимания
48. правильно 3 и 4
49. Пассивный (манифестно-зависимый) тип язвенного больного характеризует:
50. выраженная потребность в близких отношениях как источнике безопасности и защиты
51. бессознательный страх быть покинутым
52. отказ от самостоятельности и независимости
53. верно все перечисленное
54. верно 1 и 2
55. Характеристикой гиперактивного язвенного типа является:
56. убежденность в том, что любовь и близкие отношения делают человека слабым, а потому неприемлемы
57. анозогнозический тип отношения к болезни
58. стремление к успеху как источнику чувства защищенности
59. верно все перечисленное
60. верно 1 и 3
61. ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ КОЖИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
62. гипертрофированное чувство социальной и физической неполноценности, нарушения коммуникабельности
63. фрустрированная потребность в любви
64. конфликт между жертвенностью и эгоизмом
65. конфликт между «желанием нежности» и «страхом нежности»
66. установки типа «я должен быть готов ко всему», «я такой, что принимаю на себя все трудности»
67. ЖАДНОСТЬ К ПИЩЕ У РЕБЕНКА ДВУХ ЛЕТ С ПОЗИЦИИ ПСИХОАНАЛИЗА ПСИХОЛОГИЧЕСКИ МОЖНО ТРАКТОВАТЬ КАК:
68. усиление инстинктивных влияний
69. ослабление позиции "Я"
70. реактивное образование против вытесненного садизма
71. символическая замена материнской любви
72. все названное

**ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

**Задача 1**

Больные обычно держаться внешне спокойно, но высказывают много жалоб и часто импульсивны. Хотя они открыто гнева не выражают, у них может потенциально накапливаться ярость. Их поведение в целом описывается как чрезмерно адаптивное, уступчивое, ориентированное на социальный успех со стремлением сдерживания как положительных, так и отрицательных аффектов.

**Вопросы:**

1. О каком психосоматическом заболевании идет речь. К какому типу психосоматических расстройств по М. Блейеру оно относится?
2. Дайте характеристику внутриличностного конфликта при этом заболевании.

**Задача 2**

Считается, что для этих больных характерна повышенная потребность в зависимости. По мнению Ф. Александер, у них выражена сильная бессознательная потребность в защите и ласке со стороны матери (или лица, ее заменяющего). Приступы болезни развиваются при фрустрации этой потребности. Больные находятся в состоянии внутреннего конфликта между желанием завоевывать доверие и страхом перед этим.

**Вопросы:**

1. О каком психосоматическом заболевании идет речь?
2. Какие особенности личности могут способствовать возникновению заболевания?

**Тема 6.** Задачи, алгоритм и основные методы патопсихологического исследования при ПСР

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* + Тестирование
	+ Устный опрос
	+ Решение проблемно-ситуационных задач в малых группах
	+ Проверка практических навыков

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Алгоритм психологического исследования больных с ПСР.
2. Психобиографический подход в психосоматической диагностике. Этапы сбора психосоматического анамнеза.
3. Психологические тесты в психосоматической практике.
4. Исследование преморбидных особенностей личности больных по личностным опросникам (Леонгарда, Личко и др.).
5. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ (MMPI).
6. Исследование типа поведенческой активности личности по опроснику ТПА.
7. Исследование по Торонтской алекситимической шкале.
8. Определение фрустрационной толерантности больных по рисуночной методике Розенцвейга.
9. Исследование по личностным проективным методикам (цветовой тест отношений (ЦТО), методика незаконченных предложений Сакса — Сиднея, модифицированная для психосоматических больных)
10. Исследование особенностей адаптации личности (методика Роджерса – Даймонд, копинг-тест Лазаруса, «Индекс жизненного стиля»).
11. Исследование степени конфликтности с окружением (опросник Басса-Дарки, тест Томаса).
12. Исследование уровня депрессии (шкалы Гамильтона, Бека, Цунга и др.).
13. Определение уровня тревожности (опросники Спилбергера-Ханина, Тейлора, Гамильтона).

**Вопросы для фронтального опроса:**

1. Какие этапы включает алгоритм психологического исследования больного психосоматического профиля?
2. Почему клинический психолог должен ориентироваться не только в психологических понятиях и концепциях, но и понятийно-концептуальном аппарате медицины?
3. Какие задачи клинический психолог решает на подготовительном этапе психологического обследования психосоматического больного?
4. Почему врач и психолог должны формулировать цель психологического исследования совместно?
5. Для чего психологу нужно знакомиться с клинической историей болезни пациента (включая результаты обследований и заключения специалистов-врачей)
6. Какие методы применяет психолог на этапе клинико-психологического исследования?
7. Какие задачи решаются на этапе клинико-психологического исследования?
8. В какой последовательности рекомендуется производить сбор анамнестических данных (этапы сбора психосоматического анамнеза)?
9. Сформулируйте правила описания психического статуса психосоматического больного.
10. Какие методы использует психолог на этапе экспериментально-психологического исследования?
11. Перечислите методы, которые используются для выявления и оценки тяжести эмоциональных нарушений.
12. Перечислите методы, диагностики реакций личности на болезнь и особенностей адаптации к своему заболеванию.
13. Что такое преморбидные особенности личности? Приведите примеры применительно к психосоматике. Для чего клиническому психологу нужны сведения о данных особенностях личности пациента?
14. Перечислите методы изучения преморбидных особенностей личности больных психосоматического профиля.
15. Перечислите проективные методы, используемые в процессе психологического обследования больных с психосоматическими нарушениями.
16. Какие три важных элемента общения психолога с больным выделил Карл Роджерс?
17. Каких погрешностей при постановке вопросов в беседе с больным должен избегать клинический психолог?
18. Какие темы включает психологический анамнез жизни?
19. Какие вопросы психолог задает больному при сборе психологического анамнеза болезни?
20. Оценка каких показателей является основной задачей наблюдения как метода психодиагностики в клинике?
21. Какие характеристики пациента должны быть предметом клинико-психологического наблюдения (по Н.В. Васильевой и И.А. Горьковой)?
22. Приведите примеры получения сведений о больном посредством наблюдения.

**БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО ТЕМЕ:**

1. На подготовительном этапе психологического обследования больного психосоматического профиля осуществляется:
2. предварительный сбор данных о больном (беседа с лечащим врачом, знакомство с историей болезни)
3. уточнение жалоб в ходе беседы с больным
4. установление эмпатического контакта с больным
5. формирование цели психологического обследования
6. применение батареи психологических тестов
7. На этапе клинико-психологического обследования больного психосоматического профиля происходит:
8. уточнение и конкретизация цели психологического обследования
9. предварительный сбор данных о больном (беседа с лечащим врачом, знакомство с историей болезни)
10. уточнение жалоб в ходе беседы с больным
11. беседа с больным с целью получения анамнестических данных
12. выяснение и описание психического статуса
13. Правильная документальная фиксация психического статуса предполагает:
14. максимально полное и развернутое описание поведения пациента и его реакций
15. следование стандартной схеме
16. свободное изложение терапевтом своих наблюдений
17. перечисление нарушений и их примеры
18. Какой из перечисленных аспектов поведения ти­пически представлен в ходе исследования психического статуса:
19. рефлекторные реакции
20. инстинктивные побуждения
21. бессознательные влечения
22. моторное поведение
23. На этапе экспериментально-психологического обследования больного психосоматического профиля проводится:
24. формирование цели психологического обследования
25. установление эмпатического контакта с больным
26. беседа с больным с целью получения анамнестических данных
27. применение батареи психологических тестов
28. выяснение и описание психического статуса
29. Сбор анамнестических данных рекомендуется проводить в следующей последовательности:
30. исследование жизненной ситуации к моменту начала болезни→установление точного времени появления жалоб→ исследование отдаленного прошлого
31. исследование отдаленного прошлого→установление точного времени появления жалоб→исследование жизненной ситуации к моменту начала болезни
32. установление точного времени появления жалоб→исследование отдаленного прошлого→ исследование жизненной ситуации к моменту начала болезни
33. установление точного времени появления жалоб→исследование жизненной ситуации к моменту начала болезни→исследование отдаленного прошлого
34. В каком пункте этапы сбора психосоматического анамнеза указаны в правильном порядке:
35. анамнестическая ретроспектива – жалобы, основные проявления (симптомы) – точное время появления жалоб – жизненная ситуация к началу жалоб – картина личности и ее конфликты
36. картина личности и ее конфликты – анамнестическая ретроспектива – жалобы, основные проявления (симптомы) – точное время появления жалоб – жизненная ситуация к началу жалоб
37. жалобы, основные проявления (симптомы) – точное время появления жалоб – жизненная ситуация к началу жалоб – анамнестическая ретроспектива – картина личности и ее конфликты
38. анамнестическая ретроспектива – картина личности и ее конфликты – жалобы, основные проявления (симптомы) – точное время появления жалоб – жизненная ситуация к началу жалоб
39. В чем заключается первоочередная цель психосоматического анамнеза:
40. в предоставлении пациенту сведений о том, какими психологическими проблемами, вероятнее всего, обусловлены симптомы его болезни
41. в нахождении связей во времени между началом соматических нарушений и анамнестически достоверными жизненно важными изменениями
42. в том, чтобы сформировать у пациента уверенность в психогенной природе его жалоб
43. в получении информации об особенностях психосексуального развития пациента
44. С какой целью, когда для этого есть возможность, пациент может привлекаться к выбору теста:
45. чтобы уменьшить его сопротивление
46. подчеркнуть его ответственность
47. улучшить интерпретацию результатов
48. минимизировать побочные эффекты процедуры тестирования
49. чтобы подобрать методики наиболее соответствующие цели исследования
50. К тестам, направленным на выявление и оценку степени тяжести эмоциональных нарушений, можно отнести:
51. Шкала самооценки депрессии Цунга (в адаптации Т. И. Балашовой)
52. Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ)
53. Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина
54. Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS)
55. Опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) Дж. Роттера
56. К тестам, направленным на выявление и оценку степени тяжести эмоциональных нарушений, можно отнести:
57. Шкала тревоги Гамильтона (HARS)
58. Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора
59. Опросник Плутчика–Келлермана–Конте «Индекс жизненного стиля»
60. Шкала депрессии Бека
61. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)
62. К методикам диагностики реакций личности на болезнь и особенностей адаптации к своему заболеванию относится:
63. Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ)
64. Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ) (А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина)
65. Опросник Шмишека
66. Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса
67. Диагностика копинг-стратегий Э. Хейма
68. К методикам диагностики реакций личности на болезнь и особенностей адаптации к своему заболеванию относится:
69. Торонтская алекситимическая шкала
70. Опросник Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни
71. Гиссенский опросник соматических жалоб
72. Методика диагностики уровня социальной фрустрированностиВассермана
73. Опросник Плутчика–Келлермана–Конте «Индекс жизненного стиля»
74. К методам, направленным на изучение преморбидных особенностей личности больного психосоматического профиля, относится:
75. Опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) Дж. Роттера
76. Методика «Тип поведенческой активности» Л.И. Вассермана и Н.В. Гуменюка
77. Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) В.П. Зайцева (Мини-Мульт)
78. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)
79. Опросник уровня агрессивности Басса – Дарки
80. К методам, направленным на изучение преморбидных особенностей личности больного психосоматического профиля, относится:
81. Шкала самооценки депрессии Цунга (в адаптации Т. И. Балашовой)
82. Тест описания поведения Томаса
83. Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина (в данном случае представляет интерес шкала личностной тревожности)
84. Торонтская алекситимическая шкала
85. Опросник Шмишека
86. К проективным тестам, используемым в психосоматической клинике, относится:
87. Методика незаконченных предложений Сакса — Сиднея, модифицированная для психосоматических больных
88. Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ)
89. Цветовой тест Люшера
90. Тест руки («Hand-test»)
91. Торонтская алекситимическая шкала
92. К проективным тестам, используемым в психосоматической клинике, относится:
93. Рисуночные тесты («Образ себя», «Телесные состояния», «Дом-Дерево-Человек», «Несуществующее животное», «Рисунок семьи» и др.)
94. Тест фрустрационных реакций Розенцвейга
95. Методика «Тип поведенческой активности» Л.И. Вассермана и Н.В. Гуменюка
96. Метод Г. Роршаха
97. Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Вассермана
98. По классификации К. Леонгарда социально положительными чертами гипертимного типа личности являются все перечисленные, кроме:
99. энергичность
100. сострадание
101. жажда деятельности
102. инициативность
103. оптимизм
104. Наиболее предпочтительным видом деятельности для личности с акцентуацией по гипертимному типу (по классификации К. Леонгарда) является:
105. работа, связанная с постоянным общением и организаторской деятельностью
106. работа, не требующая широкого круга общения
107. физический труд, атлетические виды спорта
108. искусство, художественные виды спорта
109. Для этого типа акцентуаций характера (по К. Леонгарду) характерна легкость перехода от состояния восторга к состоянию печали:
110. педантичный
111. гипертимный
112. экзальтированный
113. тревожный
114. застревающий
115. При каком из типов акцентуаций характера (по классификации К. Леонгарда) присутствует склонность к смене места работы:
116. циклотимный
117. возбудимый
118. гипертимный
119. педантичный
120. При каком из типов акцентуаций характера (по классификации К. Леонгарда) отсутствует склонность к смене места работы:
121. возбудимый
122. педантичный
123. циклотимный
124. гипертимный
125. Какой вид деятельности является предпочитаемым при педантичном типе личности (по классификации К. Леонгарда):
126. работа, дающая ощущение независимости и возможность проявить себя
127. сфера искусств, медицина, воспитание детей, уход за животными, растениями
128. профессии не связанные с большой ответственностью, предпочтительна «бумажная» работа
129. работа связанная с постоянным общением организаторская деятельность, снабженец, служба быта, спорт, театр
130. физический труд, атлетические виды спорта
131. Для личностей с акцентуацией по эмотивному типу (по классификации К. Леонгарда) наиболее предпочтительным видом деятельности является:
132. работа с постоянно меняющимися кратковременными контактами
133. искусство, медицина, воспитание детей, уход за животными, растениями
134. работа, не требующая широкого круга общения
135. физический труд, атлетические виды спорта
136. деятельность, не связанная с большой ответственностью, «бумажная работа»
137. По классификации К. Леонграда к привлекательным чертам эмотивного типа акцентуации характера можно отнести:
138. стремление добиться высоких показателей в любом деле
139. способность радоваться чужим удачам
140. альтруизм
141. крепкие, устойчивые взгляды
142. К отрицательным чертам демонстративного типа акцентуации характера (по К. Леонгарду) относится все перечисленное, кроме:
143. эгоизм
144. лживость
145. боязливость
146. склонность «заболевать» в самые ответственные и трудные моменты
147. склонность к интригам
148. При каком типе акцентуаций характера (по К. Леогарду) характерными чертами являются чрезмерная аккуратность, надежность в делах и чувствах, ровное настроение, обусловленные повышенной ригидностью, инертностью психических процессов:
149. экзальтированный
150. дистимный
151. эмотивный
152. педантичный
153. тревожный
154. Наиболее предпочтительным видом деятельности для личности с акцентуацией по дистимному типу (по классификации К. Леонгарда) является:
155. работа, требующая бурной деятельности, частой смены привычного образа жизни
156. физический труд, атлетические виды спорта
157. работа, не требующая широкого круга общения
158. работа, связанная с постоянным общением и организаторской деятельностью
159. работа, дающая ощущение независимости и возможности проявить себя
160. В каком пункте верно указано предназначение методики СМИЛ (MMPI):
161. определение типа внутриличностного конфликта
162. диагностика типа акцентуации личности
163. исследование ситуативной и личностной тревожности
164. исследование типа отношения личности к болезни, лечению и медицинскому персоналу
165. построение многостороннего портрета личности, включающего черты характера, стиль межличностного поведения, степень адаптированности и возможный тип дезадаптации, наличие психических отклонений, устойчивые профессионально важные свойства и пр.
166. Автором наиболее популярной в России адаптации теста MMPI, получившей название СМИЛ (стандартизированный многофакторный метод исследования личности), является:
167. Ю.Л. Ханин
168. Т.И. Балашова
169. Р.А. Лурия
170. А.И. Сердюк
171. Л.Н. Собчик
172. В каком пункте верно указан диапазон широкого коридора нормы (а) и узкого коридора нормы (б) для результатов методики СМИЛ (MMPI):
173. А – 30-70 Т-баллов, Б – 46-55 Т-баллов
174. А – 0-90 Т-баллов, Б – 30-70 Т-баллов
175. А – 0-70 Т-баллов, Б – 10-50 Т-баллов
176. А – 20-200 Т-баллов, Б – 90-120 Т-баллов
177. При каком показателе шкалы «?» (количество утверждений, на которые испытуемый не смог дать определенного ответа) методики СМИЛ (MMPI) данные теста признаются недостоверными:
178. от 36 сырых баллов
179. от 40 сырых баллов
180. от 60 сырых баллов
181. от 70 сырых баллов
182. от 90 сырых баллов
183. Какая из этих шкал отсутствует в тесте СМИЛ:
184. лжи
185. вербальной агрессии
186. сверхконтроля
187. эмоциональной лабильности
188. мужественности-женственности
189. Высокие показатели по этой шкале методики СМИЛ отражают высокую избирательность в контактах, скрытность, неразговорчивость, неловкость в общении:
190. сверхконтроля
191. интроверсии
192. эмоциональной лабильности
193. импульсивности
194. коррекции
195. Высокие показатели по этой шкале методики СМИЛ свидетельствуют об эмоциональной неустойчивости, социальной и эмоциональной незрелости личности и выраженном желании во что бы то ни стало обратить на себя внимание окружающих:
196. мужественности-женственности
197. сверхконтроля
198. пессимистичности
199. индивидуалистичности
200. эмоциональной лабильности
201. При исследовании больных ишемической болезнью сердца по СМИЛ (MMPI) выявляется значительное преобладание шкалы (по Губачеву и Стабровскому):
202. шизоидности
203. депрессии
204. психастении
205. ипохондрии
206. Русскоязычную адаптацию методики «тип поведенческой активности» выполнили:
207. М. Фридман и Р. Розенман
208. Л.С. Выготский и А.Р. Лурия
209. И.П. Павлов и В.М. Бехтерев
210. А.Е. Личко и Н.Я. Иванов
211. Л.И. Вассерман, Н.В. Гуменюк
212. Укажите пункт, в котором правильно перечислены шкалы опросника «тип поведенческой активности»:
213. тип А, тип Б, тип С
214. тип А, тип АБ, тип В
215. тип А, условно – А1, тип АБ, условно – Б1, тип Б
216. тип А, тип В
217. Понятие типов поведенческой активности А и В ввели:
218. Дж. Энгель и А. Шмале
219. Ф. Данбар и Н.П. Грушевский
220. Э. Кречмер и У. Шелдон
221. М. Фридман и Р. Розенман
222. Л.И. Вассерман, Н.В. Гуменюк
223. Тип поведенческой активности А характеризует следующее:
224. расслабленное, спокойное отношение к жизни
225. агрессивность по отношению к субъектам, противодействующим осуществлению планов
226. низкий дух соперничества
227. тенденция к саморефлексии
228. преимущественное сосредоточение на качестве, а не на количестве
229. Личность типа А характеризуется наличием следующих черт:
230. чрезмерное влечение к соперничеству
231. низкий дух соперничества
232. неадекватные амбиции
233. спокойное, расслабленное отношение к жизни
234. повышенная потребность контролировать происходящее и поведение окружающих
235. Для типа поведенческой активности А характерно все перечисленное, кроме:
236. сверхвовлеченность в работу, неумение отвлечься от работы, расслабиться
237. повышенная потребность контролировать происходящее и поведение окружающих
238. нетерпеливость, стремление делать все быстро
239. преимущественное сосредоточение на качестве, а не на количестве
240. тенденция подчёркивать значимость количества продукции и недооценивать её качество
241. Личность типа В характеризуется наличием следующих черт:
242. чрезмерное влечение к соперничеству
243. низкий дух соперничества
244. неадекватные амбиции
245. спокойное, расслабленное отношение к жизни
246. повышенная потребность контролировать происходящее и поведение окружающих
247. Для типа поведенческой активности В характерно:
248. скупость в движениях и проявлениях эмоциональных реакций и чувств
249. низкий дух соперничества
250. повышенная потребность контролировать происходящее и поведение окружающих
251. взвешенность и рациональность в работе и других сферах жизнедеятельности
252. Какое из утверждений верно описывает шкалу тре­воги М. Гамильтона:
253. личностный опросник, направленный на выяв­ление конституциональной тревожности и си­туационной тревоги
254. клинико-диагностический опросник, диффе­ренцирующий невротическую и психотическую тревогу
255. клиническая рейтинговая шкала, предназначенная для измерения тяжести тревожных расстройств пациента
256. нестандартизованное интервью, используемое в работе с подростками
257. Опросник Спилбергера—Ханина позволяет:
258. оценить уровень депрессии
259. выявить склонность к полярным колебаниям аффекта
260. сопоставить истинную и ситуативную самооценку
261. сопоставить ситуативную и конституциональную тревожность
262. тип внутриличностного конфликта
263. Какой из пунктов содержит верные определения ситуативной (а) и личностной тревожности (б):
264. а — вызванное стрессом состояние, б — сила стресса, превышение которой вызы­вает эту реакцию
265. а — вариант депрессивного реагирования, б — порог тяжести депрессии, за которым воз­никают суицидные тенденции
266. а — состояние, возникающее при объективном или субъективном блокировании достижения актуальной цели, б — способность переносить фрустрацию без психобиологической дезадаптации
267. а — патологический способ реагирования на жизненные трудности, б — сфера потенциальных стрессовых ситуаций, не вызывающих фрустрации
268. а — состояние характеризующееся субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью, б — устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие
269. Состояние, которое возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением – это:
270. ситуативная тревожность
271. фрустрационная толерантность
272. алекситимия
273. личностная тревожность
274. соматогения
275. Конституциональная черта, обусловливающая склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций – это:
276. ситуативная тревожность
277. фрустрационная толерантность
278. алекситимия
279. личностная тревожность
280. соматогения
281. В каком пункте верно указано предназначение теста Розенцвейга:
282. изучение особенностей социально-психологической адаптации и связанных с этим черт личности
283. исследование реакций на неудачу и способов выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей личности
284. исследование ситуативной и личностной тревожности
285. выявление уровня агрессивности респондентов
286. самооценка уровня депрессии
287. Устойчивость психики индивида к воздействию тяжелых неблагоприятных стимулов, способность психологически, эмоционально переносить жизненные трудности без срывов и психических сдвигов – это:
288. ситуативная тревожность
289. фрустрационная толерантность
290. алекситимия
291. личностная тревожность
292. соматогения
293. Какой из пунктов содержит верные определения фру­страции (а) и фрустрационной толерантности (б):
294. а — вызванное стрессом состояние, б — сила стресса, превышение которой вызы­вает эту реакцию
295. а — вариант депрессивного реагирования, б — порог тяжести депрессии, за которым воз­никают суицидные тенденции
296. а — состояние, возникающее при объективном или субъективном блокировании достижения актуальной цели, б — способность переносить фрустрацию без психобиологической дезадаптации
297. а — патологический способ реагирования на жизненные трудности, б — сфера потенциальных стрессовых ситуаций, не вызывающих фрустрации
298. а — состояние характеризующееся субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью, б — устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие
299. Для выявления алекситимии используют:
300. тест Спилбергера - Ханина
301. Торонтскую шкалу
302. тест Мюррея
303. тест Люшера
304. тест Айзенка
305. Нормальный уровень по Торонтской алекситимической шкале составляет:
306. не более 45 баллов
307. от 74 и более баллов
308. не более 62 баллов
309. 21 ± 4 балла
310. не более 150 баллов
311. В каком пункте верно указано предназначение опросника Роджерса-Даймонд:
312. выявление уровня агрессивности респондентов
313. изучение особенностей социально-психологической адаптации и связанных с этим черт личности
314. изучение личностной предрасположенности к конфликтному поведению, выявления определенных стилей разрешения конфликтной ситуации
315. выявление и оценка тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики
316. измерение тяжести тревожных расстройств пациента
317. Методика Сакса-Сиднея относится к категории:
318. личностных опросников
319. проективных тестов
320. тестов интеллекта
321. тестов на профессиональную пригодность
322. рисуночных тестов
323. Автором русскоязычной адаптации теста самооценки депрессии Цунга является:
324. Л.Н Собчик
325. А.И. Сердюк
326. Р. Шульте
327. Т.И. Балашова
328. Ю.Л. Ханин
329. Процедура проведения цветового теста отношений (ЦТО) предполагает использование стимульного материала этой методики:
330. тест Розенцвейга
331. тест Люшера
332. таблицы Шульте
333. ТАТ
334. Hand-тест
335. К наименее зрелым механизмам психологической защиты принято относить:
336. сублимацию и рационализацию
337. отрицание и сублимацию
338. отрицание и регрессию
339. отрицание и рационализацию
340. регрессию и рационализацию
341. К наиболее зрелым механизмам психологической защиты принято относить:
342. сублимацию и рационализацию
343. отрицание и сублимацию
344. отрицание и регрессию
345. отрицание и рационализацию
346. регрессию и рационализацию

**ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

**Задача 1**

Для пациента Д., 38 лет, характерна преувеличенная потребность в деятельности, сверхвовлеченность в работу, нехватка времени для отдыха, упорство и сверхактивность в достижении цели, нередко сразу в нескольких областях жизнедеятельности, неумение выполнять однообразную, монотонную работу. Все делает быстро, его отличает выразительная эмоциональная речь, яркая жестикуляция и мимика. Импульсивен, несдержан, амбициозен. Стремится к доминированию.

**Вопросы:**

1. О каком поведенческом типе личности идет речь?
2. Развитие каких заболеваний мы можем ожидать у таких личностей в условиях стресса.

**Задача 2**

Пациент Ф., 23 г. обнаруживает выраженные затруднения в оценке и описании своих собственных чувств, а также способности отличать эмоциональные состояния от телесных ощущений. Все нюансы собственных душевных; движений остаются для него скрытыми. Отмечается выраженное отсутствие фантазий и сложное описание действий окружающих. Сновидения бывают редко; аффект обычно несоответствующий, неадекватный. Тенденция к действию импульсивна; действие кажется доминирующим способом в жизни. Интерперсональные связи бедны, с предпочтением одиночества.

**Вопросы:**

1. Какой психологический феномен имеет место у данного больного?
2. Какое значение имеет этот феномен в развитии психосоматических расстройств?

**ЗАДАНИЕ ДЛЯ ОТРАБОТКИ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ:**

Провести экспериментально-психологическое исследование пациента психосоматического профиля на базе ГБУЗ ОЦМР, с применением одного из следующих комплектов психодиагностических методик:

1. Торонтская алекситимическая шкала, опросник Спилбергера-Ханина, копинг-тест Лазаруса, Тип поведенческой активности (ТПА).
2. Торонтская алекситимическая шкала, шкала тревоги Тейлора, Индекс жизненного стиля (ИЖС), Тип поведенческой активности (ТПА).
3. Торонтская алекситимическая шкала, опросник Спилбергера-Ханина, копинг-тест Лазаруса, опросник Леонгарда-Шмишека.
4. Торонтская алекситимическая шкала, шкала самооценки депрессии Цунга, опросник Басса-Дарки, Минимульт.
5. Торонтская алекситимическая шкала, шкала самооценки депрессии Цунга, копинг-тест Лазаруса, Тип отношения к болезни (ТОБОЛ).
6. Торонтская алекситимическая шкала, опросник Спилбергера-Ханина, копинг-тест Лазаруса, методика незаконченных предложений Сакса — Сиднея, модифицированная для психосоматических больных.
7. Торонтская алекситимическая шкала, шкала депрессии Бека, опросник Басса-Дарки, Тип поведенческой активности (ТПА).
8. Торонтская алекситимическая шкала, шкала депрессии Бека, Индекс жизненного стиля (ИЖС), Тип отношения к болезни (ТОБОЛ).

**Тема 7.** Задачи, алгоритм и основные методы патопсихологического исследования при ПСР (продолжение)

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* Проверка практических навыков *(КСР)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ЗАДАНИЕ ДЛЯ ОТРАБОТКИ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ:**

Подготовить заключение по данным экспериментально-психологического исследования пациента психосоматического профиля, проведенного на базе ГБУЗ ОЦМР. Методические указания по оформлению заключения по данным экспериментально-психологического исследования представлены в *Методических указаниях по самостоятельной работе обучающихся по данной дисциплине.*

**Тема 8.** Общие принципы психокоррекции больных с ПСР в рамках основных направлений современной психологии

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* + Тестирование
	+ Устный опрос
	+ Решение проблемно-ситуационных задач в малых группах
	+ Выполнение контрольных (графических) работ в малых группах

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Представление о механизмах развития психосоматического симптома и принципах клинико-психологического вмешательства в рамках психодинамического подхода.
2. Представление о механизмах развития психосоматического симптома и принципах клинико-психологического вмешательства в рамках когнитивно-поведенческого подхода.
3. Представление о механизмах развития психосоматического симптома и принципах клинико-психологического вмешательства в рамках экзистенциально-гуманистического подхода.
4. Представление о механизмах развития психосоматического симптома и принципах клинико-психологического вмешательства в рамках системного семейного подхода.
5. Особенности психологической коррекции при ПСР в зависимости от теоретической ориентации психолога.
6. Выбор предпочтительного подхода к психологической коррекции в зависимости от характера ПСР.

**Вопросы для фронтального опроса:**

1. Почему лечение соматоформных расстройств должно начинаться с консультаций специалистов-врачей?
2. Каким методам (и, соответственно, каким специалистам) отдается прерогатива в лечении соматоформных расстройств?
3. Почему клинический психолог не должен работать с пациентом психосоматического профиля самостоятельно, без участия специалиста-врача?
4. Как соотносятся роли клинического психолога и специалистов-врачей в лечении органических психосоматозов?
5. Коротко охарактеризуйте концепцию развития психосоматических нарушений и подход к их коррекции в рамках психодинамического психолого-психотерапевтического подхода.
6. Коротко охарактеризуйте концепцию развития психосоматических нарушений и подход к их коррекции в рамках когнитивно-бихевиорального психолого-психотерапевтического подхода.
7. Коротко охарактеризуйте концепцию развития психосоматических нарушений и подход к их коррекции в рамках экзистенциально-гуманистического психолого-психотерапевтического подхода.
8. Коротко охарактеризуйте концепцию развития психосоматических нарушений и подход к их коррекции в рамках системного психолого-психотерапевтического подхода.

**БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО ТЕМЕ:**

1. ТЕХНИКА СВОБОДНЫХ АССОЦИАЦИЙ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА следующем ПОЛОЖЕНИИ:
2. мысль имеет тенденцию следовать в направлении значи­мого
3. потребности пациента в лечении направ­ляют его ассоциации на значимое содержание, за исключением тех ситуа­ций, где действует сопротивление
4. сопротивление становится минималь­ным при расслаблении и максимальным при сосредоточенности
5. человеческое поведение целиком детерминировано научением
6. верно все, кроме 4
7. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ К ОСНОВНЫМ ПОЛОЖЕНИЯМ ПСИХОАНАЛИЗА:
8. конфликты между осознанным восприятием реальности и бессознательным (вытесненным) материалом могут приводить к психическим нарушениям (невроз, психосоматическое заболевание, тревога, депрессия, и пр.)
9. человеческое поведение, опыт и познание во многом определены инстинктивными потребностями, которые зачастую являются бессознательными
10. индивидуальное развитие определяется событиями раннего детства
11. освобождение от влияния бессознательного материала может быть достигнуто через его осознание (как правило, при соответствующей профессиональной поддержке)
12. жизненные проблемы возникают из-за ошибочных убеждений
13. В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ В РАМКАХ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОГО ПОДХОДА АНАЛИЗУ ПОДЛЕЖАТ:
14. сопротивление
15. перенос и контрперенос
16. сновидения
17. ошибочные действия
18. все перечисленное
19. ЦЕЛЬ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ:
20. исправить неадекватное поведение и обучить эффективному поведению
21. помочь клиенту осознать свою свободу и собственные возможности; побуждать к принятию ответственности за то, что происходит с ним
22. перевести в сознание вытесненный в бессознательное материал, помочь клиенту воспроизвести ранний опыт и проанализировать вытесненные конфликты
23. создать благоприятный климат консультирования, подходящий для самоисследования и распознавания факторов, мешающих росту личности
24. все ответы верны
25. КАКОЕ ИЗ ЭТИХ ПОЛОЖЕНИЙ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЕ К ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКОМУ ПОДХОДУ:
26. основное внимание уделяется способности человека познавать свой внутренний мир, свободно выбирать свою судьбу, ответственности и поиску уникального смысла в бессмысленном мире
27. жизненные проблемы возникают из-за ошибочных убеждений
28. патология возникает из-за вытесненных в детском возрасте конфликтов
29. акцентируется позитивная природа человека — свойственное ему врожденное стремление к самореализации
30. верно 1 и 4
31. В РАМКАХ КОГНИТИВНОГО ПОДХОДА КОНЦЕПЦИЮ ПАТОЛОГИИ МОЖНО СФОРМУЛИРОВАТЬ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:
32. психологические нарушения и клинические симптомы представляют собой неадаптивное или патологическое поведение, возникшее в результате неправильного научения
33. между ситуацией и эмоцией (стимулом и реакцией) находятся когнитивные процессы (мысли), поэтому в основе психологических проблем и эмоциональных нарушений лежат ошибки мышления
34. в основе психологических и эмоциональных нарушений лежит вытесненный в бессознательное конфликт между инстинктивными потребностями и запретами, существующими в данном обществе
35. нарушения возникают в результате невозможности самоактуализации, как следствие отчуждения человека от самого себя и от мира
36. верно 2 и 4
37. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО **НЕ** ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ К ОСНОВНЫМ ПЕРЕМЕННЫМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В РАМКАХ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА:
38. эмпатия
39. безусловное положительное отношение к пациенту или безусловное положительное принятие
40. собственная конгруэнтность или аутентичность психотерапевта
41. внимание к проявлениям бессознательного – ошибочным действиям, оговоркам, очиткам, забыванию и пр.
42. нет неправильного ответа
43. Что из перечисленного **не** характеризует экзистенциально-гуманистический подход:
44. основной психотерапевтический метод – встречи с равноправным участием в диалоге, проведение экспериментов, игр, инсценировок или «разыгрывание» чувств
45. лечебная модель является медицинской и авторитарной: врач—пациент или родитель-ребенок
46. концепция патологии, рассматривающая невроз как результат блокирования возможностей для самовыражения и самореализации, утраты спонтанности и аутентичности, духовного кризиса
47. задача психотерапевта сводится к взаимодействию в атмосфере взаимного принятия, способствующего самовыражению — от соматического до духовного
48. желательные изменения в процессе психотерапии определяются как достижение непосредственности переживаний, восприятие и выражение ощущений или чувств в данный момент
49. Живот­ное находит выход из лабиринта и получает пищу; родители хвалят ребен­ка за успехи в школе, создают ему возможности для развлечений – это примеры:
50. негативного подкрепления
51. позитивного подкрепления
52. негативного наказания
53. контрпереноса
54. позитивного наказания
55. Устранение положительного стимула, подкрепляющего данное поведение, это:
56. негативное наказание
57. позитивное наказание
58. негативное подкрепление
59. конфронтация
60. позитивное подкрепление

**ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

**Задача 1**

Представители этого направления в психотерапии склонны видеть человека существом прирожденно активным, борющимся, самоутверждающимся, повышающим свои возможности, с почти безграничной способностью к позитивному росту. Поэтому усилия психотерапевта должны быть направлены на личностный рост пациента, а не просто на лечение болезни. Патология понимается как уменьшение возможностей для самовыражения, как результат блокирования, подавления внутренних переживаний или потери соответствия им. Невротическая личность рассматривается как страдающая от подавления и фрагментации, а невроз - как основной, универсальный, приводящий к отчаянию результат отчуждения индивидуума от себя, своего общества (или мира).

**Вопросы:**

1. Определите, о каком направлении психотерапии идет речь.
2. Назовите основные подходы в рамках данного направления.

**Задача 2**

Согласно этому направлению, определяющим в понимании природы человека и его болезней является то, что все психические феномены - это результат взаимодействия и борьбы интрапсихических сил. Терапевтические изменения и лечебный процесс своей конечной целью имеют осознание бессознательного. Психотерапевтический подход реализуется преимущественно средствами вербализации, включающей свободные ассоциации пациента и анализ психотерапевтом реакций переноса и сопротивления.

**Вопросы:**

1. Определите, о каком направлении психотерапии идет речь.
2. В чем состоит главная цель терапии в рамках данного направления.

**ЗАДАНИЕ ДЛЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ:**

Составьте ментальную карту, охватывающую один из подходов к психологической коррекции при психосоматических расстройствах:

* психодинамический подход
* когнитивно-поведенческих подход
* экзистенциально-гуманистический подход
* системный семейный подход

отразив в ней основных представителей, механизмы развития психосоматического симптома и принципы клинико-психологического вмешательства в рамках данного подхода.

Методические указания по выполнению контрольной работы в форме составления ментальной карты представлены в *Методических указаниях по самостоятельной работе обучающихся по данной дисциплине.*

**Тема 9.** Методы психологической коррекции при психосоматических и соматических расстройствах

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* + Тестирование
	+ Устный опрос
	+ Решение проблемно-ситуационных задач в малых группах
	+ Проверка практических навыков по оказанию психокоррекционной помощи с применением разных психотерапевтических техник (работа в малых группах)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ:**

1. Суггестивные техники в психосоматической практике.
2. Телесно-ориентированный подход к психокоррекции при психосоматических расстройствах.
3. Возможности арт-терапии в работе с психосоматическими и соматическими больными.
4. Роль рациональной (разъяснительной) психотерапии в системе оказания психологической помощи при психосоматических расстройствах.
5. Приемы и методы психокоррекции ПСР разработанные в рамках когнитивно-бихевиорального подхода (А. Бек, А. Эллис).
6. Использование психосинтеза в работе с психосоматическими больными.
7. Психологическая коррекция психосоматических расстройств с использованием техник гештальт-терапии.
8. Техники психологической коррекции ПСР на основе системного семейного подхода (циркулярное интервью, «расстановки по Хеллингеру»).
9. Применение НЛП в психологической коррекции психосоматических больных (шестишаговый рефрейминг).
10. Специфика групповой формы психокоррекционной работы при соматических и психосоматических расстройствах. Группы самопомощи.

**БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО ТЕМЕ:**

1. Форма психотерапии, в которой устранение телесных и психических нарушений достигается за счет применения внушения, это:
2. телесно-ориентированная психотерапия
3. суггестивная психотерапия
4. психосинтез
5. арт-терапия
6. гештальт-терапия
7. НАЧАЛЬНАЯ СТУПЕНЬ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ ПО ШУЛЬЦУ ВКЛЮЧАЕТ:
	1. обучение нейтрализации аффективных переживаний и работу с глубинными психологическими проблемами посредством медитации
	2. упражнения, направленные на вызывание ощущений тяжести, тепла, овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания
	3. вызывание при закрытых глазах яркого мысленного образа определенного цвета, затем конкретного предмета, абстрактного понятия и т. д.
	4. обучение релаксации через воздействие на вегетативные функции (дыхание, сердцебиение, мышечный тонус)
	5. верно 2 и 4
8. Положение о том, что снимая посредством произвольного самовнушения напряженность определенной группы мышц, можно избирательно влиять на отрицательные эмоции и болезненные проявления, легло в основу:
9. внушения в гипнозе
10. верно все перечисленное
11. метода прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону
12. внушения в состоянии естественного сна
13. верно 1 и 3
14. НА ВТОРОМ ЭТАПЕ ОСВОЕНИЯ ТЕХНИКИ ПРОГРЕССИВНОЙ МЫШЕЧНОЙ РЕЛАКСАЦИИ ПО ДЖЕКОБСОНУ ПРОИСХОДИТ:
15. обучение навыкам релаксации локальных мышечных напряжений, сопровождающих отрицательные эмоции или симптомы болезни
16. восстановление естественной грации и свободы движений
17. обучение навыкам релаксации поперечно-полосатых мышц в состоянии покоя
18. обучение навыкам релаксации мышц, не вовлеченных в данный момент в работу, при ходьбе, чтении и других видах деятельности
19. верно все перечисленное
20. МЕТОДИКА, ПРИ КОТОРОЙ ПАЦИЕНТ СОЗНАТЕЛЬНО РЕГУЛИРУЕТ СВОИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ, ПОЛУЧАЯ ИНФОРМАЦИЮ ОБ ИХ СОСТОЯНИИ, НАЗЫВАЕТСЯ:
21. биологическая обратная связь
22. психогимнастика
23. систематическая десентизация
24. аутогенная тренировка
25. все перечисленное
26. К ПРИЕМАМ ПРОРАБОТКИ МЫШЕЧНОГО ПАНЦИРЯ И СНЯТИЯ ЗАСТОЙНОГО НАПРЯЖЕНИЯ МЫШЦ ПО В. РАЙХУ ОТНОСИТСЯ:
	1. активные движения, производимые с усилием (например, удары ногами или руками по терапевтической кушетке)
	2. глубокий массаж
	3. длительное сохранение вынужденного неудобного положения тела
	4. глубокое дыхание
	5. верно все перечисленное
27. Видом арт-терапии является:
28. танатотерапия
29. сказкотерапия
30. изотерапия
31. верно все перечисленное
32. верно 2 и 3
33. Термин «арт-терапия» впервые использовал:
34. Роберто Ассаджиоли
35. Зигмунд Фрейд
36. Вильгельм Райх
37. Карл Роджерс
38. Адриан Хилл
39. ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АРТ-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ (СУСАНИНА И.В., 2007):
40. художественная деятельность оказывает терапевтический эффект не только на духовном, но и на телесном уровне (нормализуется кровяное давление, оптимизируется баланс серотонина и др.)
41. занятия арт-терапией приводят к лучшему пониманию своих чувств и мыслей, разрешению внутриличностных конфликтов, что положительно влияет на состояние физического здоровья
42. художественные образы несут информацию как осознаваемую, так и неосознаваемую о физических ощущениях, ухудшении, либо улучшении физического состояния больного
43. верно все перечисленное
44. верно 1 и 2
45. ЗАДАЧЕЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В РАМКАХ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПАРАДИГМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
46. обучение клиента умению оценивать свое мышление и изменять его самостоятельно
47. прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи
48. трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностного к системному подходу
49. выявление и корректировка автоматических мыслей и дезадаптивных убеждений
50. верно 1 и 4
51. К ТЕХНИКАМ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ:
52. формулирование рациональных утверждений
53. циркулярное интервью
54. дневник мыслей
55. верно все перечисленное
56. верно 1 и 3
57. ЦИРКУЛЯРНОЕ ИНТЕРВЬЮ – ЭТО … :
58. техника, которая заключается в том, что психолог по очереди задает членам семьи особым образом сформулированные вопросы или один и тот же вопрос
59. одна из техник системной семейной психотерапии
60. особая техника постановки вопросов и организации беседы, делающая акцент на обнаружении различий между членами семьи
61. верно все перечисленное
62. верно 1 и 2
63. Положение «Нами управляет все, с чем мы себя отождествляем. Мы можем управлять всем, с чем мы себя расотождествили» принадлежит:
64. психосинтезу
65. клиент-центрированной психотерапии
66. психоанализу
67. телесно-ориентированной терапии
68. гештальт-терапии
69. Субличность – это:
70. другое название личностных особенностей, желаний, стремлений и привычек
71. симптом нарушения сознания
72. относительно независимая подструктура личности, соотносимая с одной из ролей, которую играет человек (сын, мать, учитель, друг и др.)
73. верно все перечисленное
74. верно 1 и 3
75. Гештальт-подход в отличие от психоанализа:
76. не исследует прошлое в поисках воспоминаний о травмах, а просит пациента сосредоточиться на осознании своих *текущих* переживаний (акцент на «здесь-и-сейчас»)
77. опирается на представление о том, что корни проблем пациента находятся в прошлом, в его детстве
78. помогает пациенту улучшить самопонимание, развить способность к осознаванию собственных чувств и потребностей
79. верно все перечисленное
80. верно 2 и 3
81. ПРИ УСТАНОВКЕ ЯКОРЯ В НЛП НЕОБХОДИМО СОБЛЮДАТЬ ЭТО ПРАВИЛО:
82. «При установке якоря нужно выбирать уникальный стимул, т. е. стимул, не использующийся в повседневной жизни часто»
83. «Якорь ставится незадолго до пика переживания. В момент пика его нужно постепенно убирать»
84. «Следует воспроизводить якорь чрезвычайно точно»
85. верно все перечисленное
86. верно 2 и 3
87. Фраза «Я вижу в ваших словах истину» соответствует этой репрезентативной системе:
88. кинестетическая
89. ольфакторная
90. аудиальная
91. дискретная
92. визуальная

**ПРОБЛЕМНО-СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

**Задача 1**

Врач просит лечащего врача сообщить ему сведения о прогнозе серьезного заболевания одного пожилого больного, живущего по соседству с ним и в настоящее время попавшего в больницу. При дальнейшем разговоре оказалось, что врач, просивший информацию, лично не знает этого больного, не лечит его, но его соседи настаивают, чтобы он узнал о состоянии больного, так как у них имеются определенные планы и притязания на его квартиру.

**Вопросы:**

1. Может ли лечащий врач сообщить коллеге интересующую его информацию?
2. Какой принцип нарушается?
3. Дайте определение этого принципа.

**Задача 2**

Метод групповой психотерапии, представляющий собой ролевую игру, в ходе которой создаются необходимые условия для спонтанного выражения чувств, связанных с наиболее важными для пациента проблемами. Человек, исполняя различные роли, получает возможность экспериментировать с реалистичными и нереалистичными жизненными ролями, творчески работать над собственными проблемами и конфликтами. В ходе разыгрывания ситуаций возникают спонтанность, креативность, подлинная эмоциональная связь между участниками ситуации, катарсис, способствующие развитию творческой активности и достижению инсайта. Все это создает благоприятную основу для творческого переосмысления собственных проблем и конфликтов, выработки более глубокого и адекватного самопонимания, преодоления неконструктивных поведенческих стереотипов и способов эмоционального реагирования, формирования нового, адекватного поведения и новых способов эмоционального реагирования.

**Вопросы:**

1. Определите, о каком методе психотерапии идет речь.
2. К какому направлению психотерапии он относится?

**Задача 3**

Согласно концепции, лежащей в основе этого метода психотерапии, человек запрограммирован «ранними решениями» в отношении жизненной позиции. Он проживает свою жизнь по «сценарию», написанному при самом активном участии его близких, прежде всего родителей, принимает решения в настоящем, основанные на стереотипах, которые когда-то были необходимы для его психологического выживания, но теперь чаще всего бесполезны. Основная цель психотерапевтического процесса — реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций, осознания непродуктивных стереотипов поведения, мешающих принятию адекватных настоящему моменту решений, формирование новой системы ценностей исходя из собственных потребностей и возможностей.

**Вопросы:**

1. Определите, о каком методе психотерапии идет речь.
2. Какие этапы он в себя включает?

**Задача 4**

В основе этого метода психотерапии лежит предположение о том, что человеческий организм, мозг подобны компьютеру, имеющему набор программ. Помимо генетического программирования, формирование «программ» стереотипов поведения и жизнедеятельности в целом осуществляется путем закрепления внушений значимых лиц, самопрограммирования и стрессовых переживаний, сопровождающихся трансовыми состояниями сознания. Большая часть «программы» не осознается и не предъявляется в речи, но отражена в глубинных речевых структурах. Важную информацию «программы» подготовленный наблюдатель может считывать, задавая целенаправленно сформулированные вопросы и ориентируясь на специфические (формальные) языковые структуры и индивидуальные невербальные проявления в ответе человека.

**Вопросы:**

1. Определите, о каком методе психотерапии идет речь.
2. Какие техники здесь используются?

**Модуль 2. Практикум по психосоматике**

**Тема 1.** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с сердечно-сосудистыми психосоматическими заболеваниями

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* Устный опрос
* Проверка практических навыков
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ, ПОДЛЕЖАЩИЕ РАССМОТРЕНИЮ:***

1. Вводный опрос по курсу «Психосоматика».

1.1. Группы психосоматических расстройств. Классификация психосоматических расстройств в МКБ-10.

1.2. Понятие ВКБ. Компоненты ВКБ.

1.3. Понятие нозогении и соматогении. Типы нозогенных реакций.

1.4. Принципы установления контакта с больным. Понятие комплайенса.

1.5. Типы клинического слушания: нерефлексивное, рефлексивное, эмпатическое.

1.6. Алгоритм психологического исследования больных с психосоматическими расстройствами.

1.7. Психобиографический подход в психосоматической диагностике. Этапы сбора психосоматического анамнеза.

1.8. Принципы психокоррекции ПСР в психодинамическом, когнитивно-поведенческом, экзистенциально-гуманистическом и системном подходах.

1.9. Методы психологической коррекции психосоматических расстройств.

2. Психологические аспекты этиопатогенеза психосоматических расстройств сердечно-сосудистой системы. Тип поведенческой активности.

3. Клиническая картина артериальной гипертонии. Клиническая картина ишемической болезни сердца, включая инфаркт миокарда.

***ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:***

1. ОСНОВНЫМИ ЛИЧНОСТНЫМИ ЧЕРТАМИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ПО Ф. АЛЕКСАНДЕРУ) ЯВЛЯЮТСЯ:
2. враждебная настроенность, сочетающаяся с выраженным контролем и подавлением агрессивных тенденций поведения
3. паранойяльность
4. сенситивность
5. аутистичность
6. демонстративность
7. К ЛИЧНОСТНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОТНОСЯТСЯ (ПО В. ОСЛЕРУ):
8. невротичность и сенситивность
9. тягостное чувство неполноценности
10. честолюбие, энергичность с уверенностью в своих силах
11. правильно «1» и «2»
12. все перечисленное
13. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АЛЕКСИТИМИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:
14. тест Спилбергера - Ханина
15. Торонтскую шкалу
16. тест Мюррея
17. тест Люшера
18. тест Айзенка
19. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО СМИЛ (MMPI) ВЫЯВЛЯЕТСЯ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПРЕОБЛАДАНИЕ ШКАЛЫ (ПО ГУБАЧЕВУ И СТАБРОВСКОМУ):
20. шизоидности
21. депрессии
22. психастении
23. ипохондрии
24. верно все, кроме 1
25. ТИП ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ А ХАРАКТЕРИЗУЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ:
26. расслабленное, спокойное отношение к жизни
27. агрессивность по отношению к субъектам, противодействующим осуществлению планов
28. низкий дух соперничества
29. тенденция к саморефлексии
30. преимущественное сосредоточение на качестве, а не на количестве
31. ЭРГОПАТИЧЕСКИЙ ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ (ПО А.Е. ЛИЧКО), ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ХАРАКТЕРИЗУЕТ:
32. «уход от болезни в работу»
33. активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного
34. непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения
35. «принятие» болезни и поиски выгод в связи с болезнью
36. поведение по типу «раздражительной слабости»
37. ФОРМА ПСИХОТЕРАПИИ, В КОТОРОЙ УСТРАНЕНИЕ ТЕЛЕСНЫХ И ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ДОСТИГАЕТСЯ ЗА СЧЕТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУШЕНИЯ, ЭТО:
38. психосинтез
39. гештальт-терапия
40. телесно-ориентированная психотерапия
41. суггестивная психотерапия
42. арт-терапия
43. Применение аутогенной тренировки при ИБС имеет следующие особенности:
44. для проведения упражнений лучше всего подходит «поза кучера»
45. исключены такие приемы, как «тяжесть», «сердце», «дыхание»
46. введены новые упражнения – «легкость в теле», «тепло и свобода в груди» и др.
47. «поза кучера» и положение лежа исключены, т.к. сопровождаются нежелательными явлениями
48. верно все, кроме 1

***ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ:***

1. Знакомство с отобранными больными, получение у них информированного согласия на психологическое исследование и на работу со студентами. Установление эмпатического контакта, формирование партнерства, комплайенса.

2. Изучение истории болезни (документа).

**Тема 2.** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с сердечно-сосудистыми психосоматическими заболеваниями (продолжение)

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* Устный опрос
* Проверка практических навыков
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ:***

*Клинико-психологическое исследование пациента кардиологического профиля:*

1. Уточнение жалоб больных при поступлении и на момент осмотра.

2. Уточнение анамнеза заболевания и анамнеза жизни.

3. Описание психического статуса на момент осмотра (схема описания психического статуса – см. *Методические указания по самостоятельной работе обучающихся*).

4. Формулирование цели экспериментально-психологического исследования.

***ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ:***

В завершении занятия студенты представляют преподавателю устный отчет по проведенной работе, протокол беседы (составляется в свободной форме) и описание психического статуса больного. Также студенты выполняют тестовые задания по теме занятия.

***ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:***

1. ОСОБЕННО ПРЕДРАСПОЛОЖЕНЫ К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА МУЖЧИНЫ В ВОЗРАСТЕ 39-40 ЛЕТ (ПО М. ФРИДМАНУ И Р. РОЗЕНМАНУ):
2. со способностью энергично добиваться продвижения по службе, ощущением нехватки времени
3. со скрупулезностью, ананкастичностью
4. с добродушием
5. с неуверенностью в себе, склонностью к сомнениям
6. правильно «2» и «3»
7. «КОРОНАРНЫЙ ЛИЧНОСТНЫЙ ТИП» (Ф. ДАНБАР) ОБНАРУЖИВАЕТ:
8. скрытность, способность сдерживаться
9. синтонность
10. гипоманиакальность
11. неспособность контролировать свои эмоции
12. астеничность
13. СОСТОЯНИЕ, КОТОРОЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОПАДАНИИ В СТРЕССОВУЮ СИТУАЦИЮ И ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СУБЪЕКТИВНЫМ ДИСКОМФОРТОМ, НАПРЯЖЕННОСТЬЮ, БЕСПОКОЙСТВОМ И ВЕГЕТАТИВНЫМ ВОЗБУЖДЕНИЕМ – ЭТО:
14. ситуативная тревожность
15. фрустрационная толерантность
16. алекситимия
17. личностная тревожность
18. соматогения
19. НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ПО ТОРОНТСКОЙ АЛЕКСИТИМИЧЕСКОЙ ШКАЛЕ СОСТАВЛЯЕТ:
20. не более 45 баллов
21. от 74 и более баллов
22. не более 62 баллов
23. 21 ± 4 балла
24. не более 150 баллов
25. ДЛЯ ТИПА ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ А ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:
26. сверхвовлеченность в работу, неумение отвлечься от работы, расслабиться
27. повышенная потребность контролировать происходящее и поведение окружающих;
28. нетерпеливость, стремление делать все быстро
29. преимущественное сосредоточение на качестве, а не на количестве
30. тенденция подчёркивать значимость количества продукции и недооценивать её качество
31. ВЫСОКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ЭТОЙ ШКАЛЕ МЕТОДИКИ СМИЛ ОТРАЖАЮТ ВЫСОКУЮ ИЗБИРАТЕЛЬНОСТЬ В КОНТАКТАХ, СКРЫТНОСТЬ, НЕРАЗГОВОРЧИВОСТЬ, НЕЛОВКОСТЬ В ОБЩЕНИИ:
32. сверхконтроля
33. интроверсии
34. эмоциональной лабильности
35. импульсивности
36. коррекции
37. ТЕХНИКА СВОБОДНЫХ АССОЦИАЦИЙ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА СЛЕДУЮЩЕМ ПОЛОЖЕНИИ:
38. мысль имеет тенденцию следовать в направлении значи­мого
39. человеческое поведение целиком детерминировано научением
40. потребности пациента в лечении направ­ляют его ассоциации на значимое содержание, за исключением тех ситуа­ций, где действует сопротивление
41. сопротивление становится минималь­ным при расслаблении и максимальным при сосредоточенности
42. верно все, кроме 2
43. ЦЕЛЬ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ:
44. перевести в сознание вытесненный в бессознательное материал, помочь клиенту воспроизвести ранний опыт и проанализировать вытесненные конфликты
45. создать благоприятный климат консультирования, подходящий для самоисследования и распознавания факторов, мешающих росту личности
46. исправить неадекватное поведение и обучить эффективному поведению
47. помочь клиенту осознать свою свободу и собственные возможности; побуждать к принятию ответственности за то, что происходит с ним
48. все ответы верны

**Тема 3.** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с сердечно-сосудистыми психосоматическими заболеваниями (продолжение)

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* Устный опрос
* Проверка практических навыков
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Практическая часть занятия:***

*Экспериментально-психологическое исследование пациента кардиологического профиля:*

1. Проведение экспериментально-психологического исследования больного с использованием следующих методов:

* Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ).
* Методика «Тип поведенческой активности» Л.И. Вассермана и Н.В. Гуменюка.
* Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера — Ю.Л. Ханина.
* Шкала Цунга для самооценки депрессии.
* Торонтскаяалекситимическая шкала.
* Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) В.П. Зайцева (Мини-Мульт).
* Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге.
* Рисуночные проективные тесты «Образ себя», «Телесные состояния».

2. Обработка результатов исследования.

***Теоретическая часть занятия:***

В завершении занятия студенты представляют преподавателю устный отчет по проведенной работе и заполненные бланки психологических тестов. Также студенты выполняют тестовые задания по теме занятия.

***ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:***

1. ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЕЙ НАИБОЛЬШУЮ ТРУДНОСТЬ:
2. работа в одной и той же организации на протяжении многих лет
3. выражение враждебных чувств
4. ответственное отношение к своему труду
5. контроль проявлений враждебности
6. верно все, кроме 2
7. ТРУДНОСТИ В ВЫРАЖЕНИИ ВРАЖДЕБНЫХ ЧУВСТВ ФОРМИРУЮТСЯ В СЕМЬЯХ:
8. где родители безоговорочно принимают ребенка и учитывают его интересы
9. с преобладанием в конфликтных ситуациях негативно-невербальной коммуникации (например, не давать ответ, отворачивать голову, избегать контакта взглядами)
10. матерей-одиночек
11. с холодной, претенциозной и авторитарной матерью и слабым, подавляемым матерью отцом
12. верно 2 и 4
13. РУССКОЯЗЫЧНУЮ АДАПТАЦИЮ МЕТОДИКИ «ТИП ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ» ВЫПОЛНИЛИ:
14. М. Фридман и Р. Розенман
15. Л.С. Выготский и А.Р. Лурия
16. И.П. Павлов и В.М. Бехтерев
17. А.Е. Личко и Н.Я. Иванов
18. Л.И. Вассерман, Н.В. Гуменюк
19. УКАЖИТЕ ПУНКТ, В КОТОРОМ ПРАВИЛЬНО ПЕРЕЧИСЛЕНЫ ШКАЛЫ ОПРОСНИКА «ТИП ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ»:
20. тип А, тип Б, тип С
21. тип А, тип АБ, тип В
22. тип А, условно – А1, тип АБ, условно – Б1, тип Б
23. тип А, тип В
24. нет верного ответа
25. ОПРОСНИК СПИЛБЕРГЕРА—ХАНИНА ПОЗВОЛЯЕТ:
26. оценить уровень депрессии
27. выявить склонность к полярным колебаниям аффекта
28. сопоставить истинную и ситуативную самооценку
29. сопоставить ситуативную и конституциональную тревожность
30. тип внутриличностного конфликта
31. ВЫСОКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ЭТОЙ ШКАЛЕ МЕТОДИКИ СМИЛ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ ОБ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТИ, СОЦИАЛЬНОЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НЕЗРЕЛОСТИ ЛИЧНОСТИ И ВЫРАЖЕННОМ ЖЕЛАНИИ ВО ЧТО БЫ ТО НИ СТАЛО ОБРАТИТЬ НА СЕБЯ ВНИМАНИЕ ОКРУЖАЮЩИХ:
32. мужественности-женственности
33. сверхконтроля
34. пессимистичности
35. индивидуалистичности
36. эмоциональной лабильности
37. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО **НЕ** ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГАРМОНИЧНОГО ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПО А.Е. ЛИЧКО:
38. трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни
39. отношение к болезни основано на известных науке фактах о возможности ее излечения, о происхождении симптомов и пр.
40. нежелание заболевшего обременять других тяготами ухода за собой, наряду с готовностью принимать помощь от окружающих в том объеме, который они готовы ему предоставить
41. пассивность, при которой пациент как бы «вручает себя медицинскому работнику», не прилагая собственных усилий для оздоровления
42. в случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации — переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному
43. МЕТОДИКА, ПРИ КОТОРОЙ ПАЦИЕНТ СОЗНАТЕЛЬНО РЕГУЛИРУЕТ СВОИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ, ПОЛУЧАЯ ИНФОРМАЦИЮ ОБ ИХ СОСТОЯНИИ, НАЗЫВАЕТСЯ:
44. аутогенная тренировка
45. систематическая десентизация
46. биологическая обратная связь
47. психогимнастика
48. все перечисленное
49. УСТРАНЕНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО СТИМУЛА, ПОДКРЕПЛЯЮЩЕГО ДАННОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ЭТО:
50. конфронтация
51. негативное подкрепление
52. позитивное подкрепление
53. негативное наказание
54. позитивное наказание

**Тема 4.** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с сердечно-сосудистыми психосоматическими заболеваниями (продолжение)

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ, ПОДЛЕЖАЩИЕ РАССМОТРЕНИЮ:***

1. Суггестивные техники в психосоматической практике.

2. Телесно-ориентированный подход к психокоррекции при психосоматических расстройствах.

3. Возможности арт-терапии в работе с психосоматическими и соматическими больными.

4. Разработка рекомендаций к психокоррекционной работе с больными кардиологического профиля.

***ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:***

1. КАКОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ФАКТОРОВ **НЕ** ВХОДИТ В ЧИСЛО ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА:
2. гипернормативность
3. курение
4. неудовлетворенность работой
5. низкая социальная активность
6. высокий уровень холестерина в крови
7. К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ОСОБЕННО ПРЕДРАСПОЛОЖЕН СЛЕДУЮЩИЙ ТИП ИЗ ПРЕДЛОЖЕННОЙ М. ФРИДМАНОМ И Р. РОЗЕНМАНОМ ТИПОЛОГИИ:
8. тип В
9. тип А
10. тип С
11. тип D
12. тип Е
13. ДЛЯ ТИПА ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ХАРАКТЕРНО:
14. скупость в движениях и проявлениях эмоциональных реакций и чувств
15. низкий дух соперничества
16. повышенная потребность контролировать происходящее и поведение окружающих
17. взвешенность и рациональность в работе и других сферах жизнедеятельности
18. верно все, кроме 3
19. АВТОРОМ НАИБОЛЕЕ ПОПУЛЯРНОЙ В РОССИИ АДАПТАЦИИ ТЕСТА MMPI, ПОЛУЧИВШЕЙ НАЗВАНИЕ СМИЛ (СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ МНОГОФАКТОРНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ), ЯВЛЯЕТСЯ:
20. Ю.Л. Ханин
21. Т.И. Балашова
22. Р.А. Лурия
23. А.И. Сердюк
24. Л.Н. Собчик
25. КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ЧЕРТА, ОБУСЛОВЛИВАЮЩАЯ СКЛОННОСТЬ ВОСПРИНИМАТЬ УГРОЗУ В ШИРОКОМ ДИАПАЗОНЕ СИТУАЦИЙ – ЭТО:
26. ситуативная тревожность
27. фрустрационная толерантность
28. алекситимия
29. личностная тревожность
30. соматогения
31. КАКОЙ ИЗ ПУНКТОВ СОДЕРЖИТ ВЕРНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СИТУАТИВНОЙ (А) И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ (Б):
32. а — вызванное стрессом состояние, б — сила стресса, превышение которой вызы­вает эту реакцию
33. а — вариант депрессивного реагирования, б — порог тяжести депрессии, за которым воз­никают суицидные тенденции
34. а — состояние, возникающее при объективном или субъективном блокировании достижения актуальной цели, б — способность переносить фрустрацию без психобиологической дезадаптации
35. а — патологический способ реагирования на жизненные трудности, б — сфера потенциальных стрессовых ситуаций, не вызывающих фрустрации
36. а — состояние характеризующееся субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью, б — устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие
37. АВТОРОМ РУССКОЯЗЫЧНОЙ АДАПТАЦИИ ТЕСТА САМООЦЕНКИ ДЕПРЕССИИ ЦУНГА ЯВЛЯЕТСЯ:
38. Л.Н Собчик
39. А.И. Сердюк
40. Р. Шульте
41. Т.И. Балашова
42. Ю.Л. Ханин
43. ВНУШЕНИЯ В ГИПНОЗЕ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УЛУЧШЕНИЕ РАБОТЫ СЕРДЦА, ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ СОДЕРЖАНИЕ (ПО БУЛЮ):
44. с каждым сеансом будете замечать, что сердце работает все ритмичнее, правильнее
45. постоянно будете чувствовать удары своего сердца
46. сразу замечаете у себя даже малейшие болезненные ощущения в сердце, чтобы принять нитроглицерин
47. вы совершенно избавляетесь от замираний сердца, вы выздоравливаете
48. правильно «1» и «4»
49. ПОЛОЖЕНИЕ О ТОМ, ЧТО СНИМАЯ ПОСРЕДСТВОМ ПРОИЗВОЛЬНОГО САМОВНУШЕНИЯ НАПРЯЖЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕННОЙ ГРУППЫ МЫШЦ, МОЖНО ИЗБИРАТЕЛЬНО ВЛИЯТЬ НА ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ЭМОЦИИ И БОЛЕЗНЕННЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ЛЕГЛО В ОСНОВУ:
50. метода прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону
51. внушения в состоянии естественного сна
52. внушения в гипнозе
53. верно все перечисленное
54. верно 1 и 3

**Тема 5.** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с сердечно-сосудистыми психосоматическими заболеваниями (рубежный контроль)

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* Проверка практических навыков

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Задание:** подготовить заключение по данным экспериментально-психологического исследования больного кардиологического профиля.

Методические указания по оформлению заключения по данным экспериментально-психологического исследования представлены в *Методических указаниях по самостоятельной работе обучающихся по данной дисциплине.*

На усмотрение преподавателя заключение составляется по *развернутой* либо *сокращенной* форме.

**Тема 6.** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с гастроэнтерологическими психосоматическими заболеваниями

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* Устный опрос
* Проверка практических навыков
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ, ПОДЛЕЖАЩИЕ РАССМОТРЕНИЮ:***

1. Психологические аспекты этиопатогенеза психосоматических расстройств пищеварительной системы. «Язвенный тип личности».

2. Клиническая картина язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиническая картина хронического холецистита.

***ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:***

1. ЖАДНОСТЬ К ПИЩЕ У РЕБЕНКА ДВУХ ЛЕТ С ПОЗИЦИИ ПСИХОАНАЛИЗА ПСИХОЛОГИЧЕСКИ МОЖНО ТРАКТОВАТЬ КАК:
2. реактивное образование против вытесненного садизма
3. символическая замена материнской любви
4. усиление инстинктивных влияний
5. ослабление позиции «Я»
6. все названное
7. В КАКОМ ПУНКТЕ ЭТАПЫ СБОРА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА УКАЗАНЫ В ПРАВИЛЬНОМ ПОРЯДКЕ:
8. анамнестическая ретроспектива – жалобы, основные проявления (симптомы) – точное время появления жалоб – жизненная ситуация к началу жалоб – картина личности и ее конфликты
9. картина личности и ее конфликты – анамнестическая ретроспектива – жалобы, основные проявления (симптомы) – точное время появления жалоб – жизненная ситуация к началу жалоб
10. жалобы, основные проявления (симптомы) – точное время появления жалоб – жизненная ситуация к началу жалоб – анамнестическая ретроспектива – картина личности и ее конфликты
11. анамнестическая ретроспектива – картина личности и ее конфликты – жалобы, основные проявления (симптомы) – точное время появления жалоб – жизненная ситуация к началу жалоб
12. нет правильного ответа
13. ПО КЛАССИФИКАЦИИ К. ЛЕОНГАРДА СОЦИАЛЬНО ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ЧЕРТАМИ ГИПЕРТИМНОГО ТИПА ЛИЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:
14. энергичность
15. сострадание
16. жажда деятельности
17. инициативность
18. оптимизм
19. ДЛЯ ЭТОГО ТИПА АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА (ПО К. ЛЕОНГАРДУ) ХАРАКТЕРНА ЛЕГКОСТЬ ПЕРЕХОДА ОТ СОСТОЯНИЯ ВОСТОРГА К СОСТОЯНИЮ ПЕЧАЛИ:
20. педантичный
21. гипертимный
22. экзальтированный
23. тревожный
24. застревающий
25. ВИДОМ АРТ-ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
26. изотерапия
27. танатотерапия
28. сказкотерапия
29. верно все перечисленное
30. верно 1 и 3
31. ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АРТ-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ (СУСАНИНА И.В., 2007):
32. художественные образы несут информацию как осознаваемую, так и неосознаваемую о физических ощущениях, ухудшении, либо улучшении физического состояния больного
33. художественная деятельность оказывает терапевтический эффект не только на духовном, но и на телесном уровне (нормализуется кровяное давление, оптимизируется баланс серотонина и др.)
34. занятия арт-терапией приводят к лучшему пониманию своих чувств и мыслей, разрешению внутриличностных конфликтов, что положительно влияет на состояние физического здоровья
35. верно все перечисленное
36. верно 2 и 3
37. ДЛЯ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ГАСТРАЛГИИ ХАРАКТЕРНЫ (ПО КАРВАСАРСКОМУ):
38. чувство переполнения желудка и чувство жжения
39. возникновение боли в желудке в связи с приемом пищи
40. отсутствие полиморфности ощущений со стороны желудка
41. ощущение тяжести, расширения в эпигастральной области
42. правильно «1» и «4»
43. СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПСИХОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЕНЫ В ЭТОЙ РУБРИКЕ МКБ-10:
44. F20-F29
45. F45
46. F50-F59
47. F44
48. верно все, кроме 1

***ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ:***

1. Знакомство с отобранными больными, получение у них информированного согласия на психологическое исследование и на работу со студентами. Установление эмпатического контакта, формирование партнерства, комплайенса.

2. Изучение истории болезни (документа).

**Тема 7.** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с гастроэнтерологическими психосоматическими заболеваниями (продолжение)

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* Устный опрос
* Проверка практических навыков
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ:***

*Клинико-психологическое исследование пациента гастроэнтерологического профиля:*

1. Уточнение жалоб больных при поступлении и на момент осмотра.

2. Уточнение анамнеза заболевания и анамнеза жизни.

3. Описание психического статуса на момент осмотра (схема описания психического статуса – см. *Методические указания по самостоятельной работе обучающихся*).

4. Формулирование цели экспериментально-психологического исследования.

***ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ:***

В завершении занятия студенты представляют преподавателю устный отчет по проведенной работе, протокол беседы (составляется в свободной форме) и описание психического статуса больного. Также студенты выполняют тестовые задания по теме занятия.

***ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:***

1. Пассивный (манифестно-зависимый) тип язвенного больного характеризует:
2. бессознательный страх быть покинутым
3. отказ от самостоятельности и независимости
4. выраженная потребность в близких отношениях как источнике безопасности и защиты
5. верно все перечисленное
6. верно 1 и 3
7. ПРИ КАКОМ ИЗ ТИПОВ АКЦЕНТУЦИЙ ХАРАКТЕРА (ПО КЛАССИФИКАЦИИ К. ЛЕОНГАРДА) ПРИСУТСТВУЕТ СКЛОННОСТЬ К СМЕНЕ МЕСТА РАБОТЫ:
8. циклотимный
9. возбудимый
10. гипертимный
11. педантичный
12. верно все, кроме 4
13. КАКОЙ ВИД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДПОЧИТАЕМЫМ ПРИ ПЕДАНТИЧНОМ ТИПЕ ЛИЧНОСТИ (ПО КЛАССИФИКАЦИИ К. ЛЕОНГАРДА):
14. работа, дающая ощущение независимости и возможность проявить себя
15. сфера искусств, медицина, воспитание детей, уход за животными, растениями
16. профессии не связанные с большой ответственностью, предпочтительна «бумажная» работа
17. работа связанная с постоянным общением; организаторская деятельность, снабженец, служба быта, спорт, театр
18. физический труд, атлетические виды спорта
19. ДЛЯ ЛИЧНОСТЕЙ С АКЦЕНТУАЦИЕЙ ПО ЭМОТИВНОМУ ТИПУ (ПО КЛАССИФИКАЦИИ К. ЛЕОНГАРДА) НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВИДОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
20. работа с постоянно меняющимися кратковременными контактами
21. искусство, медицина, воспитание детей, уход за животными, растениями
22. работа, не требующая широкого круга общения
23. физический труд, атлетические виды спорта
24. деятельность, не связанная с большой ответственностью, «бумажная работа»
25. В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ В РАМКАХ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОГО ПОДХОДА АНАЛИЗУ ПОДЛЕЖАТ:
26. ошибочные действия
27. сновидения
28. перенос и контрперенос
29. сопротивление
30. все перечисленное
31. ЗАДАЧЕЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В РАМКАХ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПАРАДИГМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
32. выявление и корректировка автоматических мыслей и дезадаптивных убеждений
33. трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностного к системному подходу
34. обучение клиента умению оценивать свое мышление и изменять его самостоятельно
35. прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи
36. верно 1 и 3
37. ОСНОВАННАЯ НА ПРОШЛОМ ОПЫТЕ УБЕЖДЕННОСТЬ В НЕВОЗМОЖНОСТИ ИЗМЕНИТЬ СИТУАЦИЮ К ЛУЧШЕМУ СОБСТВЕННЫМИ СИЛАМИ – ЭТО:
38. алекситимия
39. специфический психодинамический конфликт
40. первичная выгода
41. выученная беспомощность
42. ресоматизация
43. УЧАЩЕНИЕ ПРОБЛЕМ СО ЗДОРОВЬЕМ У РЕБЕНКА ИЗ-ЗА ТОГО, ЧТО ВО ВРЕМЯ БОЛЕЗНИ ОН ПОЛУЧАЕТ БОЛЬШЕ РОДИТЕЛЬСКОГО ВНИМАНИЯ И ЛАСКИ, ЧЕМ ОБЫЧНО – ЭТО ПРИМЕР:
44. оперантного научения
45. алекситимии
46. десоматизации
47. утраты веры в будущее
48. верно все перечисленное

**Тема 8.** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с гастроэнтерологическими психосоматическими заболеваниями (продолжение)

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* Устный опрос
* Проверка практических навыков
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ:***

*Экспериментально-психологическое исследование пациента гастроэнтерологического профиля:*

1. Проведение экспериментально-психологического исследования больного с использованием следующих методов:

* Гиссенский опросник соматических жалоб.
* Шкала тревоги Гамильтона (HARS).
* Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS).
* Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).
* Опросник Шмишека.
* Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса.
* Опросник уровня агрессивности Басса – Дарки.

2. Обработка результатов исследования.

***ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ:***

В завершении занятия студенты представляют преподавателю устный отчет по проведенной работе и заполненные бланки психологических тестов. Также студенты выполняют тестовые задания по теме занятия.

***ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:***

1. Характеристикой гиперактивного язвенного типа является:
2. убежденность в том, что любовь и близкие отношения делают человека слабым, а потому неприемлемы
3. стремление к успеху как источнику чувства защищенности
4. анозогнозический тип отношения к болезни
5. верно все перечисленное
6. верно 1 и 2
7. ПРИ КАКОМ ТИПЕ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА (ПО К. ЛЕОГАРДУ) ХАРАКТЕРНЫМИ ЧЕРТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ЧРЕЗМЕРНАЯ АККУРАТНОСТЬ, НАДЕЖНОСТЬ В ДЕЛАХ И ЧУВСТВАХ, РОВНОЕ НАСТРОЕНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПОВЫШЕННОЙ РИГИДНОСТЬЮ, ИНЕРТНОСТЬЮ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ:
8. экзальтированный
9. дистимный
10. эмотивный
11. педантичный
12. тревожный
13. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВИДОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЛЯ ЛИЧНОСТИ С АКЦЕНТУАЦИЕЙ ПО ДИСТИМНОМУ ТИПУ (ПО КЛАССИФИКАЦИИ К. ЛЕОНГАРДА) ЯВЛЯЕТСЯ:
14. работа, требующая бурной деятельности, частой смены привычного образа жизни
15. физический труд, атлетические виды спорта
16. работа, не требующая широкого круга общения
17. работа, связанная с постоянным общением и организаторской деятельностью
18. работа, дающая ощущение независимости и возможности проявить себя
19. К ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ЧЕРТАМ ДЕМОНСТРАТИВНОГО ТИПА АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА (ПО К. ЛЕОНГАРДУ) ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:
20. эгоизм
21. лживость
22. боязливость
23. склонность «заболевать» в самые ответственные и трудные моменты
24. склонность к интригам
25. ПОЛОЖЕНИЕ «НАМИ УПРАВЛЯЕТ ВСЕ, С ЧЕМ МЫ СЕБЯ ОТОЖДЕСТВЛЯЕМ. МЫ МОЖЕМ УПРАВЛЯТЬ ВСЕМ, С ЧЕМ МЫ СЕБЯ РАСОТОЖДЕСТВИЛИ» ПРИНАДЛЕЖИТ:
26. психоанализу
27. гештальт-терапии
28. телесно-ориентированной терапии
29. психосинтезу
30. клиент-центрированной психотерапии
31. СУБЛИЧНОСТЬ – ЭТО:
32. относительно независимая подструктура личности, соотносимая с одной из ролей, которую играет человек (сын, мать, учитель, друг и др.)
33. другое название личностных особенностей, желаний, стремлений и привычек
34. симптом нарушения сознания
35. верно все перечисленное
36. верно 1 и 2
37. К КЛАССИЧЕСКИМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ («HOLY SEVEN» — «СВЯТАЯ СЕМЕРКА») ОТНОСЯТСЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:
38. нейродермита
39. сахарного диабета 1 типа
40. ревматоидного артрита
41. язвенной болезни
42. бронхиальной астмы
43. К СОМАТОФОРМНЫМ НАРУШЕНИЯМ (F45) ОТНОСИТСЯ:
	1. хроническое болевое соматоформное расстройство
	2. ипохондрическое расстройство
	3. соматизированное расстройство
	4. соматоформная вегетативная дисфункция
	5. верно все перечисленное

**Тема 9.** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с гастроэнтерологическими психосоматическими заболеваниями (продолжение)

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ, ПОДЛЕЖАЩИЕ РАССМОТРЕНИЮ:***

1. Роль рациональной (разъяснительной) психокоррекции в системе оказания психологической помощи при психосоматических расстройствах.

2. Приемы и методы психокоррекции ПСР разработанные в рамках когнитивно-бихевиорального подхода (А. Бек, А. Эллис).

3. Использование психосинтеза в работе с психосоматическими больными.

4. Разработка рекомендаций к психокоррекционной работе с больными гастроэнтерологического профиля.

***ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:***

1. ТИПИЧНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ПО Ф. АЛЕКСАНДЕРУ) ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:
2. тщеславия
3. агрессивности
4. ранимости
5. робости
6. впечатлительности
7. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВИДОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЛЯ ЛИЧНОСТИ С АКЦЕНТУАЦИЕЙ ПО ГИПЕРТИМНОМУ ТИПУ (ПО КЛАССИФИКАЦИИ К. ЛЕОНГАРДА) ЯВЛЯЕТСЯ:
8. работа, связанная с постоянным общением и организаторской деятельностью
9. работа, не требующая широкого круга общения
10. физический труд, атлетические виды спорта
11. искусство, художественные виды спорта
12. нет верного ответа
13. ПО КЛАССИФИКАЦИИ К. ЛЕОНГРАДА К ПРИВЛЕКАТЕЛЬНЫМ ЧЕРТАМ ЭМОТИВНОГО ТИПА АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА МОЖНО ОТНЕСТИ:
14. стремление добиться высоких показателей в любом деле
15. способность радоваться чужим удачам
16. альтруизм
17. крепкие, устойчивые взгляды
18. верно 2 и 3
19. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЕРНО ОПИСЫВАЕТ ШКАЛУ ТРЕ­ВОГИ М. ГАМИЛЬТОНА:
20. личностный опросник, направленный на выяв­ление конституциональной тревожности и си­туационной тревоги
21. клинико-диагностический опросник, диффе­ренцирующий невротическую и психотическую тревогу
22. клиническая рейтинговая шкала, предназначенная для измерения тяжести тревожных расстройств пациента
23. нестандартизованное интервью, используемое в работе с подростками
24. все ответы верны
25. НАЧАЛЬНАЯ СТУПЕНЬ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ ПО ШУЛЬЦУ ВКЛЮЧАЕТ:
26. обучение релаксации через воздействие на вегетативные функции (дыхание, сердцебиение, мышечный тонус)
27. обучение нейтрализации аффективных переживаний и работу с глубинными психологическими проблемами посредством медитации
28. упражнения направленные на вызывание ощущений тяжести, тепла, овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания
29. вызывание при закрытых глазах яркого мысленного образа определенного цвета, затем конкретного предмета, абстрактного понятия и т. д.
30. верно 1 и 3
31. ОСОБЕННОСТИ ГИПНОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ СОСТОЯТ В ТОМ, ЧТО (ПО БУЛЮ):
32. лечебный эффект тем выше, чем глубже гипнотическое состояние
33. если гипнотерапия не помогает больному, значит он мало гипнабелен
34. в гипнозе обычно удается снять приступ болей у язвенного больного, устранить спазм и рвоту
35. при соответствующих внушениях в длительном гипнотическом сне понижается секреция желудочного сока
36. все перечисленное
37. АТИПИЧНО ПРОТЕКАЮЩАЯ ДЕПРЕССИЯ, ПРИ КОТОРОЙ СОБСТВЕННО СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ СКРЫТЫ ЗА МАСКОЙ СТОЙКИХ СОМАТИЧЕСКИХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ ЖАЛОБ – ЭТО:
38. маскированная депрессия
39. скрытая депрессия
40. соматизированная депрессия
41. биполярное аффективное расстройство
42. верно все, кроме 4
43. ЭГРОТОГЕНИИ – ЭТО:
44. психогенное расстройство, вызванное неправильным поведением врача
45. ухудшение состояния больного, вызванное неправильным поведением медицинской сестры
46. отрицательное влияние других больных на психическое и физическое состояние других, что ведет к появлению новых симптомов или усилению уже имеющихся
47. соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями другой психической патологии
48. недооценка и попытка игнорирования проявлений болезни

**Тема 10.** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с гастроэнтерологическими психосоматическими заболеваниями (рубежный контроль)

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* Проверка практических навыков

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Задание:** подготовить заключение по данным экспериментально-психологического исследования больного гастроэнтерологического профиля.

Методические указания по оформлению заключения по данным экспериментально-психологического исследования представлены в *Методических указаниях по самостоятельной работе обучающихся по данной дисциплине.*

На усмотрение преподавателя заключение составляется по *развернутой* либо *сокращенной* форме.

**Тема 11.** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с психосоматическими заболеваниями дыхательной системы и опорно-двигательного аппарата

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* Устный опрос
* Проверка практических навыков
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ, ПОДЛЕЖАЩИЕ РАССМОТРЕНИЮ:***

1. Психологические аспекты этиопатогенеза психосоматических расстройств дыхательной системы.

2. Клиническая картина бронхиальной астмы.

3. Психологические аспекты этиопатогенеза психосоматических расстройств опорно-двигательного аппарата.

4. Клиническая картина остеохондроза позвоночника и межпозвонковой грыжи. Клиническая картина артрита.

***ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:***

1. ДЛЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:
2. склонность к блокированию эмоциональных переживаний
3. соревновательность, склонность к соперничеству и признанию
4. низкий уровень осознавания актуальных эмоций и потребностей
5. инфантилизм, зависимость, потребность в формировании симбиотических отношений
6. тенденция к избеганию конфликтных ситуаций, формирующая почву для того, чтобы сам симптом закрепился как средство решения конфликта
7. В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ПЕРВООЧЕРЕДНАЯ ЦЕЛЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА:
	1. в предоставлении пациенту сведений о том, какими психологическими проблемами, вероятнее всего, обусловлены симптомы его болезни
	2. в нахождении связей во времени между началом соматических нарушений и анамнестически достоверными жизненно важными изменениями
	3. в том, чтобы сформировать у пациента уверенность в психогенной природе его жалоб
	4. в получении информации об особенностях психосексуального развития пациента
	5. все ответы верны
8. В КАКОМ ПУНКТЕ ВЕРНО УКАЗАНО ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ ТЕСТА РОЗЕНЦВЕЙГА:
9. изучение особенностей социально-психологической адаптации и связанных с этим черт личности
10. исследование реакций на неудачу и способов выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей личности
11. исследование ситуативной и личностной тревожности
12. выявление уровня агрессивности респондентов
13. самооценка уровня депрессии
14. КАКОЕ ИЗ ЭТИХ ПОЛОЖЕНИЙ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЕ К ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКОМУ ПОДХОДУ:
15. патология возникает из-за вытесненных в детском возрасте конфликтов
16. акцентируется позитивная природа человека — свойственное ему врожденное стремление к самореализации
17. основное внимание уделяется способности человека познавать свой внутренний мир, свободно выбирать свою судьбу, ответственности и поиску уникального смысла в бессмысленном мире
18. жизненные проблемы возникают из-за ошибочных убеждений
19. верно 2 и 3
20. ФРАЗА «Я ВИЖУ В ВАШИХ СЛОВАХ ИСТИНУ» СООТВЕТСТВУЕТ ЭТОЙ РЕПРЕЗЕНТАТИВНОЙ СИСТЕМЕ:
21. аудиальная
22. визуальная
23. дискретная
24. кинестетическая
25. ольфакторная
26. НЕВРОТИЧЕСКОЕ ЧУВСТВО НЕХВАТКИ ВОЗДУХА В ОТЛИЧИЕ ОТ СОМАТИЧЕСКОГО (ПО КАРВАСАРСКОМУ):
27. проходит во время сна
28. проходит при отвлечении внимания
29. проходит при волнении
30. проходит при физической нагрузке
31. правильно «1» и «2»
32. КРАТКОВРЕМЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА (УЧАЩЕНИЕ ПУЛЬСА, ПОКРАСНЕНИЕ ИЛИ БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И ДР.), ОБУСЛОВЛЕННЫЕ РАЗНОГО РОДА ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ ПЕРЕЖИВАНИЯМИ – ЭТО:
33. соматоформные расстройства
34. психосоматозы
35. психосоматические реакции
36. вегетативные неврозы
37. органные неврозы
38. ПРИ ИПОХОНДРИИ:
	1. пациент уверен в наличии у него тяжелой болезни, хотя результаты клинического обследования это опровергают
	2. убежденность пациента в том, что он болен, носит бредовой характер
	3. нормальные физиологические ощущения (н-р учащение дыхания и пульса при физической нагрузке) расцениваются как симптомы болезни
	4. наблюдаются тревожное и депрессивное настроение
	5. верно все, кроме 2
39. ЯТРОГЕНИИ (ИАТРОГЕНИИ) – ЭТО:
40. кратковременное психическое расстройство, вызванное соматической патологией
41. трансформация эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные и вегетативные эквиваленты
42. изменения здоровья пациента к худшему, вызванные неосторожным действием или словом врача
43. соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями другой психической патологии
44. кратковременные приходящие состояния, проявляющиеся в напряженных жизненных ситуациях (сердцебиение, потеря аппетита)
45. ОДНА ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ФОРМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВА­НИЯ В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ, ПРИ КОТОРОЙ ПАЦИЕНТ, ОТДАВАЯ СЕБЕ ОТЧЕТ В ТОМ, ЧТО ОН БОЛЕН, СОЗНАТЕЛЬНО СКРЫВАЕТ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ, ЭТО:
46. аггравация
47. анозогнозия
48. диссимуляция
49. реакция «ухода в болезнь»
50. симуляция

***ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ:***

1. Знакомство с отобранными больными, получение у них информированного согласия на психологическое исследование и на работу со студентами. Установление эмпатического контакта, формирование партнерства, комплайенса.

2. Изучение истории болезни (документа).

*Примечание (!): в рамках данного раздела дисциплины студент проводит психодиагностическое исследование пациента только одной из нозологических групп – либо с заболеванием органов дыхания, либо с заболеванием опорно-двигательного аппарата. Предпочтительным при этом является получение навыков работы с больными пульмонологического профиля.*

**Тема 12.** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с психосоматическими заболеваниями дыхательной системы и опорно-двигательного аппарата (продолжение)

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* Устный опрос
* Проверка практических навыков
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ:***

*Клинико-психологическое исследование пациента с заболеванием дыхательной системы / с заболеванием опорно-двигательного аппарата:*

1. Уточнение жалоб больных при поступлении и на момент осмотра.

2. Уточнение анамнеза заболевания и анамнеза жизни.

3. Описание психического статуса на момент осмотра (схема описания психического статуса – см. *Методические указания по самостоятельной работе обучающихся*).

4. Формулирование цели экспериментально-психологического исследования.

***ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ:***

В завершении занятия студенты представляют преподавателю устный отчет по проведенной работе, протокол беседы (составляется в свободной форме) и описание психического статуса больного. Также студенты выполняют тестовые задания по теме занятия.

***ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:***

1. ДЛЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИСТУПЫ МОГУТ СЛУЖИТЬ ДОСТИЖЕНИЮ ЭТОЙ ЦЕЛИ:
2. смягчить нереалистичных требований к себе
3. занять исключительное положение
4. уйти от необходимости выбора
5. разрядить конфликтную обстановку в семье
6. все ответы верны
7. К НАИМЕНЕЕ ЗРЕЛЫМ МЕХАНИЗМАМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПРИНЯТО ОТНОСИТЬ:
8. сублимацию и рационализацию
9. отрицание и сублимацию
10. отрицание и регрессию
11. отрицание и рационализацию
12. регрессию и рационализацию
13. К НАИБОЛЕЕ ЗРЕЛЫМ МЕХАНИЗМАМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПРИНЯТО ОТНОСИТЬ:
14. сублимацию и рационализацию
15. отрицание и сублимацию
16. отрицание и регрессию
17. отрицание и рационализацию
18. регрессию и рационализацию
19. К ПРИЕМАМ ПРОРАБОТКИ МЫШЕЧНОГО ПАНЦИРЯ И СНЯТИЯ ЗАСТОЙНОГО НАПРЯЖЕНИЯ МЫШЦ ПО В. РАЙХУ ОТНОСИТСЯ:
20. глубокий массаж
21. глубокое дыхание
22. активные движения, производимые с усилием (например, удары ногами или руками по терапевтической кушетке)
23. длительное сохранение вынужденного неудобного положения тела
24. верно все перечисленное
25. НА ВТОРОМ ЭТАПЕ ОСВОЕНИЯ ТЕХНИКИ ПРОГРЕССИВНОЙ МЫШЕЧНОЙ РЕЛАКСАЦИИ ПО ДЖЕКОБСОНУ ПРОИСХОДИТ:
26. обучение навыкам релаксации поперечно-полосатых мышц в состоянии покоя
27. обучение навыкам релаксации мышц, не вовлеченных в данный момент в работу, при ходьбе, чтении и других видах деятельности
28. обучение навыкам релаксации локальных мышечных напряжений, сопровождающих отрицательные эмоции или симптомы болезни
29. восстановление естественной грации и свободы движений
30. верно все перечисленное
31. КЛАССИЧЕСКИЕ ПСИХОСОМАТОЗЫ, ТАКИЕ КАК АСТМА, ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА ИЛИ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА КОДИРУЮТСЯ ПРИ ПОМОЩИ ЭТОЙ РУБРИКИ МКБ-10:
32. F54
33. F45
34. F51
35. F44
36. F50
37. ПРИЗНАКАМИ СОМАТИЗИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ ЯВЛЯЮТСЯ:
38. многочисленные разнообразные соматовегетативные жалобы, которые не могут быть объяснены каким-либо органическим неврологическим или соматическим заболеванием
39. снижение интересов или утрата чувства удовольствия
40. суточные колебания самочувствия – ухудшение состояния в ночное и предрассветное время и улучшение во второй половине дня
41. значимые стрессовые события, которые предшествовали появлению основных жалоб больного
42. верно все перечисленное
43. ПРИЗНАКАМИ ДИССОЦИАТИВНОГО РАССТРОЙСТВА (F44) ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:
44. наличие временной связи с травмирующими событиями, неразрешимыми и невыносимыми проблемами или нарушенными взаимоотношениями
45. прогрессирующая амнезия
46. отсутствие явных физических или неврологических нарушений
47. потеря памяти на прошлые события, чувствительности или способности управлять движениями тела
48. нет неправильного ответа
49. В СТРУКТУРЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ИЗМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ И ОБРАЗА ЖИЗНИ В УСЛОВИЯХ БОЛЕЗНИ, А ТАКЖЕ ДЕЙСТВИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ВОЗВРАЩЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ – ЭТО:
50. чувственный уровень
51. мотивационный уровень
52. интеллектуальный уровень
53. психодинамический уровень
54. эмоциональный уровень
55. ПРИ КАКОЙ ИЗ ФОРМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ПАЦИЕНТЫ СТАРАЮТСЯ ПРЕДСТАВИТЬ (ЧАСТО ПРЕДНАМЕРЕННО) РЕАЛЬНО СУ­ЩЕСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ БОЛЕЗНЕННОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ И ОПАСНЫМ, ЧЕМ ЭТО ЕСТЬ НА САМОМ ДЕЛЕ:
56. симуляция
57. аггравация
58. анозогнозия
59. диссимуляция
60. реакция «ухода в болезнь»

**Тема 13.** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с психосоматическими заболеваниями дыхательной системы и опорно-двигательного аппарата (продолжение)

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* Устный опрос
* Проверка практических навыков
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ:***

*Экспериментально-психологическое исследование пациента с заболеванием дыхательной системы / с заболеванием опорно-двигательного аппарата:*

1. Проведение экспериментально-психологического исследования больного с использованием следующих методов:

* Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний.
* Шкала депрессии Бека.
* Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора.
* Тест фрустрационных реакций Розенцвейга.
* Тест описания поведения Томаса.
* Опросник Плутчика–Келлермана–Конте «Индекс жизненного стиля».
* Опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) Дж. Роттера.

2. Обработка результатов исследования.

***ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ:***

В завершении занятия студенты представляют преподавателю устный отчет по проведенной работе и заполненные бланки психологических тестов. Также студенты выполняют тестовые задания по теме занятия.

***ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:***

1. При истероподобном механизме патогенеза бронхиальной астмы больные отличаются:
2. непосильными, завышенными требованиями к себе и тягостным сознанием своей несостоятельности
3. повышенными требованиями к окружающим и сниженными к себе
4. защитным манипулированием лицами значимого окружения
5. верно все перечисленное
6. верно 2 и 3
7. УСТОЙЧИВОСТЬ ПСИХИКИ ИНДИВИДА К ВОЗДЕЙСТВИЮ ТЯЖЕЛЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СТИМУЛОВ, СПОСОБНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИ, ЭМОЦИОНАЛЬНО ПЕРЕНОСИТЬ ЖИЗНЕННЫЕ ТРУДНОСТИ БЕЗ СРЫВОВ И ПСИХИЧЕСКИХ СДВИГОВ – ЭТО:
8. ситуативная тревожность
9. фрустрационная толерантность
10. алекситимия
11. личностная тревожность
12. соматогения
13. ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕНИЯ ЦВЕТОВОГО ТЕСТА ОТНОШЕНИЙ (ЦТО) ПРЕДПОЛАГАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТИМУЛЬНОГО МАТЕРИАЛА ЭТОЙ МЕТОДИКИ:
14. тест Розенцвейга
15. тест Люшера
16. таблицы Шульте
17. ТАТ
18. Hand-тест
19. ПЕРВЫМ НАУЧНО ОБОСНОВАННЫМ МЕТОДОМ ПСИХОТЕРАПИИ, ИСПОЛЬЗОВАВШИМСЯ В КЛИНИКЕ, БЫЛ:
20. гипноз
21. аутогенная тренировка
22. психоанализ
23. групповая психотерапия
24. поведенческая психотерапия
25. Показанием к применению гипнотерапии больных бронхиальной астмой является:
26. отсутствие острых инфекционных процессов в органах дыхания
27. достаточная внушаемость и гипнабельность больного, а также желание лечиться гипнозом
28. отчетливый психический компонент в патогенезе и течении заболевания
29. наличие у больного условно-рефлекторного механизма возникновения повторных приступов (зависимость приступов от психоэмоциональных воздействий, времени суток, определенной обстановки и др.)
30. все ответы верны
31. К ТЕХНИКАМ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ:
32. дневник мыслей
33. формулирование рациональных утверждений
34. циркулярное интервью
35. верно все перечисленное
36. верно 1 и 2
37. НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ, НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ, ПСИХОГЕННОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ, ПСИХОГЕННАЯ РВОТА И ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА СНА РАССМАТРИВАЮТСЯ В ЭТОЙ РУБРИКЕ МКБ-10:
38. поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-F59)
39. невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48)
40. расстройства настроения (аффективные расстройства) (F30-F39)
41. органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09)
42. верно все перечисленное
43. ИПОХОНДРИЯ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК НОРМАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА БОЛЕЗНЬ ПРИ ЭТОМ УСЛОВИИ:
44. в прошлом человек перенес тяжелое, угрожающее жизни заболевание (рак, туберкулез)
45. высокий уровень алекситимии
46. со времени выздоровления прошло не более 6 месяцев
47. верно все перечисленное
48. верно 1 и 3
49. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ИПОХОНДРИИ, КРОМЕ СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ:
50. панические атаки
51. умственную отсталость
52. депрессию
53. шизофрению
54. верно все, кроме 2
55. КАКАЯ ИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ЛИЦ С ИСТЕРОИДНЫМИ ЧЕРТАМИ ХАРАКТЕРА:
56. аггравация
57. диссимуляция
58. реакция «ухода в болезнь»
59. симуляция
60. верно 1 и 3

**Тема 14.** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с психосоматическими заболеваниями дыхательной системы и опорно-двигательного аппарата (продолжение)

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* Устный опрос
* Тестирование

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ, ПОДЛЕЖАЩИЕ РАССМОТРЕНИЮ:***

1. Психологическая коррекция психосоматических расстройств с использованием техник гештальт-терапии.

2. Техники психологической коррекции ПСР на основе системного семейного подхода.

3. Применение НЛП в психологической коррекции психосоматических больных.

4. Разработка рекомендаций к психологической коррекции пациентов с заболеваниями дыхательной системы.

5. Разработка рекомендаций к психологической коррекции пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

***ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:***

1. Отличительной чертой пациентов с психастеноподобным вариантом патогенеза бронхиальной астмы является:
2. низкая способность к самостоятельным решениям
3. несформированность собственной ценностной системы
4. тенденция перекладывать ответственность за себя и за то, что с ними происходит в жизни, на окружающих
5. верно все перечисленное
6. верно 1 и 2
7. КАКОЙ ИЗ ПУНКТОВ СОДЕРЖИТ ВЕРНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФРУ­СТРАЦИИ (А) И ФРУСТРАЦИОННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ (Б):
8. а — вызванное стрессом состояние, б — сила стресса, превышение которой вызы­вает эту реакцию
9. а — вариант депрессивного реагирования, б — порог тяжести депрессии, за которым воз­никают суицидные тенденции
10. а — состояние, возникающее при объективном или субъективном блокировании достижения актуальной цели, б — способность переносить фрустрацию без психобиологической дезадаптации
11. а — патологический способ реагирования на жизненные трудности, б — сфера потенциальных стрессовых ситуаций, не вызывающих фрустрации
12. а — состояние характеризующееся субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью, б — устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие
13. МЕТОДИКА САКСА-СИДНЕЯ ОТНОСИТСЯ К КАТЕГОРИИ:
14. личностных опросников
15. проективных тестов
16. тестов интеллекта
17. тестов на профессиональную пригодность
18. рисуночных тестов
19. К ОСОБЕННОСТЯМ ГИПНОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ОТНОСЯТСЯ (ПО БУЛЮ):
20. больному следует внушать, что волнения, тревоги, обиды и огорчения не будут больше оказывать отрицательного влияния на его дыхательную функцию
21. следует обращать внимание больше на то, как свободно и легко стал он дышать и внушать, что с каждым днем, с каждым последующим сеансом астматические приступы будут слабеть, будут возникать все реже, пока не исчезнут совершенно
22. лечебные внушения должны отвечать содержанием своим не жалобам больного, а только данным объективного исследования
23. следует в гипнозе внушать запахи, ранее провоцировавшие астматические приступы
24. правильно 1 и 2
25. ЦИРКУЛЯРНОЕ ИНТЕРВЬЮ – ЭТО … :
26. одна из техник системной семейной психотерапии
27. особая техника постановки вопросов и организации беседы, делающая акцент на обнаружении различий между членами семьи
28. техника, которая заключается в том, что психолог по очереди задает членам семьи особым образом сформулированные вопросы или один и тот же вопрос
29. верно все перечисленное
30. верно 1 и 3
31. ПРИ УСТАНОВКЕ ЯКОРЯ В НЛП НЕОБХОДИМО СОБЛЮДАТЬ ЭТО ПРАВИЛО:
32. «Якорь ставится незадолго до пика переживания. В момент пика его нужно постепенно убирать»
33. «При установке якоря нужно выбирать уникальный стимул, т. е. стимул, не использующийся в повседневной жизни часто»
34. «Следует воспроизводить якорь чрезвычайно точно»
35. верно все перечисленное
36. верно 1 и 3
37. СТРУКТУРА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПО В.В. НИКОЛАЕВОЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВСЕ УРОВНИ, **КРОМЕ**:
38. интеллектуальный (когнитивный)
39. эмоциональный (аффективный)
40. психодинамический
41. мотивационный (поведенческий)
42. чувственный
43. В КАКОМ ИЗ ПРИВОДИМЫХ СЛУЧАЕВ ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНК­ЦИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖЕТ БЫТЬ ОСОБЕННО ПОЛЕЗ­НЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:
44. стойкие нарушения сна
45. расстройства адаптации
46. фобические расстройства
47. депрессии
48. шизофрении
49. К ВЕГЕТОДИСТОНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРИ СОМАТОМОРФНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ОТНОСЯТ:
50. головокружения, головные боли
51. сердцебиение, одышка, обмороки
52. повторяющиеся боли в животе
53. все названное
54. верно все, кроме «3»
55. НЕОСОЗНАВАНИЕ БОЛЕЗНИ, ЕЕ СИМПТОМОВ, ЭТО:
	1. реакция «ухода в болезнь»
	2. диссимуляция
	3. симуляция
	4. аггравация
	5. анозогнозия

**Тема 15.** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с психосоматическими заболеваниями дыхательной системы и опорно-двигательного аппарата (продолжение)

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* Проверка практических навыков *(КСР)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Задание:** разбиться на пары КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ – ПАЦИЕНТ и поочередно отработать алгоритм первичного психологического приема в соответствии с представленной ниже таблицей.

|  |  |
| --- | --- |
| **НАЗВАНИЕ ДЕЙСТВИЯ** | **ОПИСАНИЕ ДЕЙСТВИЯ** |
| **Установление контакта:** |
| 1. Приветствие | Психолог здоровается с пациентом. |
| 2. Забота о комфорте пациента  | Психолог сообщает, где можно расположиться, куда положить вещи. |
| 3. Самопрезентация | Психолог: 1) сообщает свое имя (ФИО);2) называет свою роль; 3) обозначает характер консультации. |
| 4. Согласие на психологическое консультирование | Психолог берет у пациента письменное согласие на психологическое консультирование.  |
| 5. Идентификация личности пациента | Психолог просит пациента назвать ФИО и год рождения (возраст). |
| **Расспрос с целью оценивания проблем:** |
| 6. Открытый вопрос (в начале сеанса) | Задаются открытые вопросы: «Что привело Вас?» или «Что бы Вы хотели обсудить сегодня?» или «С чем Вы пришли?», «На что жалуетесь?». |
| 7. Приемы пассивного (нерефлексивного) слушания | Психолог выслушивает пациента не перебивая, использует приемы пассивного слушания (умение внимательно молчать, не вмешиваясь в речь собеседника своими замечаниями). Могут применяться *краткие реплики* типа «Да?», «Ага», «Угу», «Продолжайте, продолжайте. Это интересно», «Понимаю», «Приятно это слышать», «Можно ли поподробнее?» и/или *невербальные жесты поддержки* – кивки головой, поддержание контакта глаз.  |
| 8. Приемы активного (рефлексивного) слушания | Психолог более активно использует словесную форму для того, чтобы точнее и глубже понять психологическое состояние, чувства и мысли пациента, продемонстрировать пациенту свое понимание, укрепить контакт и создать доверие.Основные виды рефлексивных ответов, применяемые при активном слушании – *выяснение* (обращение к говорящему за уточнениями), *перефразирование* (повторение своими словами содержания высказываний клиента, с целью укрепления контакта, проверки точности услышанного и приглашения поправить врача, если есть неточности), *отражение чувств*  (словесное обозначение переживаний, эмоций пациента, о которых он прямо не говорит, но которые можно предположить) *и резюмирование*(подытоживание основных идей и чувств пациента)*.*По итогам ***открытого вопроса*** *в начале сеанса, использования* ***приемов пассивного*** *и* ***активного слушания*** *выявляется* ***первичный запрос.*** |
| 9. Диагностика и оценка проблем | Психолог, обращаясь к пациенту по имени и отчеству, предпринимает попытку для выявления других (второстепенных, скрытых) проблем через вопросы: «Что еще беспокоит?» «Это все, что беспокоит?». |
| 10. Провокация клиента на самоисследование проблемы | Психолог, спрашивает, с чем пациент связывает свое состояние, не предлагая вариантов ответа. |
| 11. Использование приемов: прояснения, открытых и закрытых вопросов, интерпретации, конфронтации | -> При сборе информации о чем-то конкретном, например, открытые вопросы «Расскажите об этом подробнее», «Что можете рассказать об этой проблеме?». |
| 12. Предложение своих вариантов ответов на заданные вопросы | ->Задавая вопрос, психолог предлагает варианты для выбора ответа. |
| 13. Задавание серии вопросов для прояснения (оценки) проблемной ситуации (анамнез заболевания) | 1) Как именно проявляется ваша проблема (Что вы чувствуете? Что ощущаете? О чем вы думаете и как оцениваете ситуацию? Что делаете (как поступаете)? Что говорите? Опишите более конкретно проблему. Приведите пример.2) Где и когда проявляется проблемное состояние (или поведение)? 3) Кто при этом присутствует? Когда и где это проявляется больше, когда и где меньше? 4) Когда и при каких обстоятельствах проявилось проблемное состояние (или поведение)? Что предшествовало его возникновению? 5) К каким последствиям привело возникновение проблемы? Заметили ли окружающие это? Если да то, как они отреагировали?6) Что произойдет, если проблема разрешиться? Как вы это заметите? Для кого из окружающих это будет заметно? 7) Что будет для вас знаком (сигналом) того, что продвигаетесь в направлении разрешения проблемы? |
| **Установление терапевтического климата и выстраивание отношений (качества контакта) в процессе общения:** |
| **А) НЕВЕРБАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ:** | Невербальная коммуникация **–** этообмен информацией при помощи неречевых (невербальных) средств общения. К невербальным средствам общения относятся: *оптико-кинетические* (кинесика и контакт глаз), *фонационные* (просодика и экстралингвистика), *пространственно-временные* (проксемика и хронемика). |
| 14. Визуальный (зрительный) контакт  | Психолог сохраняет визуальный контакт с клиентом (не менее половины времени в течение всего расспроса), тем самым показывая пациенту, что слушает его. |
| 15. Кинесика | Психолог использует зрительно воспринимаемый диапазон движений пациента (его *жесты, мимику, позу, осанку, походку*) как источник информации о нем. Использует собственные жесты, мимику [и др.] для создания терапевтического климата (например, периодически *кивает головой,* чтобы показать клиенту, что внимательно его слушает).  |
| 16. Просодика и экстралингвистика | Просодика – это общее название таких ритмико-интонационных сторон речи, как *высота, громкость голосового тона, тембр голоса, сила ударения.*Экстралингвистика – включение в речь *пауз,* а также различного рода психологических проявлений человека: *плача, кашля, смеха, вздоха* и т. д.Психолог использует просодические и экстралингвистические компоненты речи пациента как источник информации о его переживаниях, чутко на них реагирует.  |
| 17.Проксемика | Проксемика – *расположение собеседников* и *дистанция между ними.*Психолог и пациент расположены друг напротив друга таким образом, что психологу доступна вся невербальная информация, исходящая от клиента. Психолог верно подбирает дистанцию с учетом возрастных, гендерных и других характеристик, избегает вторжения в «личное пространство» клиента. |
| 18. Хронемика | Хронемика – временные характеристики коммуникации – *пунктуальность, время ожидания, продолжительность разговора* и пр.Психолог использует временные характеристики коммуникации как источник информации о пациенте и чутко на них реагирует (например, обращает внимание на то, что пациент пришел вовремя / опоздал / уделяет одному из вопросов намного больше *времени,* чем другим и др.).  |
| 19. Синхрония взаимодействия | Синхрония взаимодействия – это согласованность движений людей в процессе коммуникации.Психолог подстраивается к *звучанию голоса, к позе, жестам* и др. (например, психолог одновременно с пациентом, как бы зеркально, меняет позу или произносит слова с такой же, как у пациента скоростью). |
| 20. Эмпатия, искренность и безусловное уважение к людям  | Эмпатия, искренность, безусловное уважение к людям относятся к эмоциональным компонентам терапевтического климата на психологическом приеме. Психолог проявляет эмпатию, искренность и безусловное уважение по отношению к пациенту. |
| **Б) Вербальная коммуникация:** | Вербальная коммуникация **–** этообмен информацией при помощи речи. |
| 21. Использование базовых навыков психологического консультирования | Психолог применяет следующие техники: ободрение, успокоение, перефразирование, отражение чувств, присоединение чувств к содержанию, самораскрытие и отражение собственных чувств, трехступенчатую ракету, паузы молчания, информирование, директиву, рекомендации.  |
| **Уточняющие вопросы:** |
| 22. Сбор дополнительных данных для *психологического* анамнеза  | Уточнение: 1) состояния клиента,2) провоцирующих событий и стрессов, 3) жизненных обстоятельств, усугубляющих ситуацию (в настоящем),4) предрасполагающих жизненных событий и стрессов (в прошлом),5) картины личности, конфликтов и уязвимости, 6) сопутствующих и перенесенных соматических заболеваний. |
| 23. Дополнение «портрета» личности пациента новыми деталями | Наблюдение за поведением клиента, ***тестирование.*** |
| 24. Анамнез жизни | Психолог задает вопросы: 1) о перенесенных заболеваниях, госпитализациях, травмах, операциях;2) о постоянном приеме медикаментов, реакциях и осложнениях на их применение;3) о наличии аллергии;4) о наследственности по психическим заболеваниям (состоит ли пациент либо не состоит на диспансерном учете по психическому заболеванию);5) о наличии или отсутствии вредных привычек. |
| 25. Сбор анамнеза для неврологического статуса | Психолог задает вопрос о наличии симптомов, характерных для заболеваний нервной системы – головная боль, головокружения, потери сознания, зрение, нарушения чувствительности или движений. |
| 26. Сбор анамнеза для соматического статуса | Психолог задает вопрос о сопутствующих и хронических соматических заболеваниях. |
| 27. Описание психического статуса | Психический статус включает следующие пункты:1) сознание и ориентировка;2) мимика, внешний вид;3) доступность к контакту;4) поведение во время беседы;5) эмоциональный фон;6) изучение когнитивной сферы (внимание, речь, мышление, память, словарный запас);7) критика;8) наличие или отсутствие; продуктивной симптоматики;9) суицидальный риск. |
| 28. Подведение итогов первичного психологического приема | Психолог:1) выявляет исчерпывающий список проблем пациента, позволяющий сформулировать первичную гипотезу и психологический диагноз;2) формулирует рабочий запрос вместе с клиентом и цели психокоррекционной работы для дальнейших встреч;3) акцентирует внимание пациента на том, что было достигнуто за сеанс с целью формирования чувства удовлетворенности беседой;4) составляет психологический контракт. |
| 29. Оформление стационарной и амбулаторной карты  | Психолог составляет описание клинического случая и заносит его в ЕГИС. |

**Тема 16.** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с психосоматическими заболеваниями дыхательной системы и опорно-двигательного аппарата (рубежный контроль)

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

* Проверка практических навыков

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Задание:** подготовить заключение по данным экспериментально-психологического исследования пациента с заболеванием дыхательной системы / заболеванием опорно-двигательного аппарата.

Методические указания по оформлению заключения по данным экспериментально-психологического исследования представлены в *Методических указаниях по самостоятельной работе обучающихся по данной дисциплине.*

На усмотрение преподавателя заключение составляется по *развернутой* либо *сокращенной* форме.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **Тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70-79% правильных ответов. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов. |
| **Устный опрос** | Оценкой «ОТЛИЧНО» оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой «ХОРОШО» оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Решение проблемно-ситуационных задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан неправильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **Проверка заключения по данным экспериментально-психологического исследования** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если заключение по данным экспериментально-психологического исследования полное, последовательное, написано аккуратно. Структура заключения соответствует образцу. В заключении приведены результаты исследования по каждой шкале каждой психодиагностической методики (количество баллов по шкале + уровень), дана подробная интерпретация результатов по каждой методике в отдельности и общее заключение с кратким повторением основных результатов по всем использованным методикам. Приложены заполненные испытуемым бланки психодиагностических методик. Заключение сдано в установленный срок. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если заключение по данным экспериментально-психологического исследования полное, последовательное, составлено в соответствии с образцом. Имеют место несущественные стилистические ошибки, оформление аккуратное. В заключении приведены результаты исследования по каждой шкале каждой психодиагностической методики (количество баллов по шкале + уровень), дана подробная интерпретация результатов по каждой методике в отдельности и общее заключение с кратким повторением основных результатов по всем использованным методикам. Допущены незначительные ошибки в интерпретации результатов исследования. Приложены заполненные испытуемым бланки психодиагностических методик. Заключение сдано в установленный срок. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если заключение по данным экспериментально-психологического исследования неполное, оформлено неаккуратно, структура отличается от установленного образца. В заключении приведены результаты исследования по каждой шкале каждой психодиагностической методики (количество баллов по шкале + уровень), однако отсутствует подробная интерпретация результатов по каждой из методик, либо общее заключение. В интерпретации результатов исследования допущены ошибки. Приложены заполненные испытуемым бланки психодиагностических методик. Заключение сдано позже установленного срока. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если заключение по данным экспериментально-психологического исследования неполное, бессистемное, оформлено неаккуратно, без соблюдения установленной структуры. Отсутствуют данные (количество баллов по шкале + уровень) по некоторым методикам, допущены грубые ошибки в интерпретации результантов исследования. Заполненные испытуемым бланки психодиагностических методик не приложены. Заключение сдано позже установленного срока. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена проводится по экзаменационным билетам.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

*(Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:*

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине– экзамен:*

***Рд = Ртс + Рэ***

*Где:*

*Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;*

*Рэ – экзаменационный рейтинг)*

Экзаменационный рейтинг выражается в баллах по шкале **от 0 до 30.** Если значение экзаменационного рейтинга **менее 15 баллов,** то дисциплина считается не освоенной и по результатам экзамена студенту выставляется оценка **«Неудовлетворительно»**.

Экзаменационный билет содержит **ДВА вопроса** для ***устного собеседования*** и **ОДНО практическое задание.**

**1 этап – устный опрос.** Максимальное количество баллов, которые студент может получить за ответ на вопросы экзаменационного билета – **20*.*** Экзаменационный билет содержит ДВА теоретических вопроса.

**Критерии оценивания**

**устного ответа на теоретический вопрос***(каждый)* **билета**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии** | **В ответе обучающегося** |
| **Соответствует требованиям****(баллы)** | **Соответствует частично****(баллы)** | **Не соответствует****(баллы)** |
| 1 | Дает полный, безошибочный ответ на поставленный вопрос | 2 | 1 | 0 |
| 2 | Раскрывает причинно-следственные связи между явлениями и событиями | 2 | 1 | 0 |
| 3 | Материал излагает систематизировано и последовательно | 2 | 1 | 0 |
| 4 | Грамотно применяет терминологию | 2 | 1 | 0 |
| 5 | Материал излагает логически верно | 2 | 1 | 0 |

**2 этап – выполнение практического задания.** Максимальное количество баллов, которые студент может получить за выполнение практического задания – **10.**Экзаменационный билет содержит ОДНО практическое задание.

**Критерии оценивания**

 **выполнения практического задания**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии** | **В ответе обучающегося** |
| **Присутствует полностью (баллы)** | **Присутствует частично (баллы)** | **Отсутствует (баллы)** |
| 1 | Дает правильный ответ решения задачи | 2 | 1 | 0 |
| 2 | Грамотно применяет методы решения | 2 | 1 | 0 |
| 3 | Безошибочно поясняет ход решения | 2 | 1 | 0 |
| 4 | Грамотно применяет терминологию | 2 | 1 | 0 |
| 5 | Выводы носят аргументированный и доказательный характер | 2 | 1 | 0 |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

*(полный перечень вопросов)*

***Модуль «Психосоматика»***

1. Подходы к определению понятий «психосоматика» и «психосоматическое расстройство». Группы психосоматических расстройств. Психосоматический подход в медицине.
2. Краткая история психосоматической медицины. Определения понятий «психосоматика» и «психосоматическое расстройство». Группы соматических расстройств психогенного происхождения.
3. Основные группы теорий и моделей развития психосоматических расстройств. Многофакторный подход к пониманию генеза психосоматических нарушений.
4. Подходы к классификации психосоматических расстройств. Психосоматические расстройства в МКБ-10.
5. Психосоматические реакции и психосоматические расстройства. Классификация психосоматических нарушений.
6. Соматоформные расстройства: определение, классификация, диагностические критерии. Соматоформные расстройства в МКБ-10.
7. Психосоматические заболевания («органические психосоматозы»): определение, классификация, диагностические критерии. Психосоматозы в МКБ-10.
8. Конверсионные расстройства: определение, классификация, диагностические критерии. Конверсионные расстройства в МКБ-10.
9. Расстройства пищевого поведения: определение, классификация, диагностические критерии. Расстройства пищевого поведения в МКБ-10.
10. Соматизированная депрессия: определение, клиническая картина, диагностические критерии. Соматогенная депрессия в МКБ-10.
11. Влияние болезни на психику человека. Нозогении и соматогении. Понятие внутренней картины болезни (ВКБ).
12. Подходы к определению понятия и структуры внутренней картины болезни (ВКБ). Факторы, влияющие на формирование ВКБ.
13. Понятие и структура внутренней картины болезни (ВКБ). Подходы к классификации типов реагирования на заболевание.
14. Понятие и компоненты внутренней картины болезни (ВКБ). Клинический расспрос с целью изучению ВКБ. Роль учета ВКБ в лечебно-восстановительном процессе.
15. Понятие нозогении и соматогении. Типы нозогенных реакций (по А.Б. Смулевичу).
16. Психологические аспекты этиопатогенеза психосоматических расстройств (*включая* заболевания сердечно-сосудистой системы, ЖКТ, дыхательной системы, опорно-двигательного аппарата и пр.).
17. Алгоритм психологического исследования больных с ПСР (подготовительная работа, клинико-психологическое исследование, экспериментально-психологическое исследование).
18. Принципы и методы психологической коррекции при ПСР в зависимости от теоретической ориентации психолога (*включая* психодинамическую, когнитивно-бихевиоральную, экзистенциально-гуманистическую и системную теоретические ориентации).
19. Специфика психокоррекционной работы в зависимости от характера психосоматического расстройства (группа ПСР – соматоформное расстройство или психосоматоз, также – нозологическая форма). Соотношение роли клинического психолога, психотерапевта и врача по профилю заболевания в зависимости от характера ПСР.
20. Методы и техники психологической коррекции при психосоматических нарушениях.

***Модуль «Практикум по психосоматике»***

1. Принципы установления контакта с больным. Понятие комплайенса.
2. Алгоритм психологического исследования больных с ПСР. Подготовительная работа.
3. Алгоритм психологического исследования больных с ПСР. Клинико-психологическое исследование. Этапы сбора психосоматического анамнеза.
4. Алгоритм психологического исследования больных с ПСР. Экспериментально-психологическое исследование.
5. Психобиографический подход в психосоматической диагностике. Этапы сбора психосоматического анамнеза. Типы клинического слушания (нерефлексивное, рефлексивное, эмпатическое).
6. Методы психологической коррекции пациентов с психосоматическими расстройствами.
7. Суггестивные техники в психосоматической практике.
8. Телесно-ориентированный подход к психокоррекции при психосоматических расстройствах.
9. Возможности арт-терапии в работе с психосоматическими и соматическими больными.
10. Роль рациональной (разъяснительной) психотерапии в системе оказания психологической помощи при психосоматических расстройствах. Приемы и методы психокоррекции при ПСР разработанные в рамках когнитивно-бихевиорального подхода (А. Бек, А. Эллис).
11. Использование психосинтеза в работе с психосоматическими больными.
12. Психологическая коррекция при психосоматических расстройствах с использованием техник гештальт-терапии.
13. Техники психологической коррекции при ПСР на основе системного семейного подхода.
14. Применение НЛП в психологической коррекции психосоматических больных.
15. Специфика групповой формы психокоррекционной работы при соматических и психосоматических расстройствах. Группы самопомощи.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

*(полный перечень заданий)*

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 1:**

По направлению лечащего врача к клиническому психологу обратились два пациента с диагнозом *мигрень.*

***Пациент 1*** – женщина 24 лет (на пике фертильного возраста)

***Пациент 2*** – женщина 47 лет (в период климакса)

**Вопросы:**

1. Руководствуясь знанием факторов формирования внутренней картины болезни, определите, у кого из двух больных (***пациент 1*** или ***пациент 2***) при прочих равных условиях выше вероятность развития нозогенного психического расстройства (нозогении)? Обоснуйте ответ.
2. Опишите алгоритм диагностической работы с данными больными. Какие психологические тесты Вы примените?
3. Какие методы психологической коррекции Вы используете в работе с данными больными?

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 2:**

По направлению лечащего врача к клиническому психологу обратились два пациента с диагнозом *витилиго*.

***Пациент 1*** – ребенок младшего школьного возраста

***Пациент 2*** – подросток

**Вопросы:**

1. Руководствуясь знанием факторов формирования внутренней картины болезни, определите, у кого из двух больных (***пациент 1*** или ***пациент 2***) при прочих равных условиях выше вероятность развития нозогенного психического расстройства (нозогении)? Обоснуйте ответ.
2. Опишите алгоритм диагностической работы с данными больными. Какие психологические тесты Вы примените?
3. Какие методы психологической коррекции Вы используете в работе с данными больными?

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 3:**

По направлению лечащего врача к клиническому психологу обратились два пациента с диагнозом *аденома (доброкачественная опухоль) простаты*.

***Пациент 1*** – мужчина 40 лет

***Пациент 2*** – мужчина 70 лет

**Вопросы:**

1. Руководствуясь знанием факторов формирования внутренней картины болезни, определите, у кого из двух больных (***пациент 1*** или ***пациент 2***) при прочих равных условиях выше вероятность развития нозогенного психического расстройства (нозогении)? Обоснуйте ответ.
2. Опишите алгоритм диагностической работы с данными больными. Какие психологические тесты Вы примените?
3. Какие методы психологической коррекции Вы используете в работе с данными больными?

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 4:**

По направлению лечащего врача к клиническому психологу обратились два пациента с диагнозом *саркома (злокачественная опухоль) легкого*.

***Пациент 1*** – человек с высшим немедицинским образованием

***Пациент 2*** – человек с высшим медицинским образованием

**Вопросы:**

1. Руководствуясь знанием факторов формирования внутренней картины болезни, определите, у кого из двух больных (***пациент 1*** или ***пациент 2***) при прочих равных условиях выше вероятность развития нозогенного психического расстройства (нозогении)? Обоснуйте ответ.
2. Опишите алгоритм диагностической работы с данными больными. Какие психологические тесты Вы примените?
3. Какие методы психологической коррекции Вы используете в работе с данными больными?

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 5:**

По направлению лечащего врача к клиническому психологу обратились два пациента с диагнозом *бесплодие*.

***Пациент 1*** – женщина 30 лет

***Пациент 2*** – женщина 60 лет

**Вопросы:**

1. Руководствуясь знанием факторов формирования внутренней картины болезни, определите, у кого из двух больных (***пациент 1*** или ***пациент 2***) при прочих равных условиях выше вероятность развития нозогенного психического расстройства (нозогении)? Обоснуйте ответ.
2. Опишите алгоритм диагностической работы с данными больными. Какие психологические тесты Вы примените?
3. Какие методы психологической коррекции Вы используете в работе с данными больными?

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 6:**

По направлению лечащего врача к клиническому психологу обратились два пациента с диагнозом *бесплодие*.

***Пациент 1*** – мужчина

***Пациент 2*** – женщина

**Вопросы:**

1. Руководствуясь знанием факторов формирования внутренней картины болезни, определите, у кого из двух больных (***пациент 1*** или ***пациент 2***) при прочих равных условиях выше вероятность развития нозогенного психического расстройства (нозогении)? Обоснуйте ответ.
2. Опишите алгоритм диагностической работы с данными больными. Какие психологические тесты Вы примените?
3. Какие методы психологической коррекции Вы используете в работе с данными больными?

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 7:**

По направлению лечащего врача к клиническому психологу обратились два пациента с диагнозом *ишемическая болезнь сердца*.

***Пациент 1*** – мужчина 40 лет

***Пациент 2*** – мужчина 70 лет

**Вопросы:**

1. Руководствуясь знанием факторов формирования внутренней картины болезни, определите, у кого из двух больных (***пациент 1*** или ***пациент 2***) при прочих равных условиях выше вероятность развития нозогенного психического расстройства (нозогении)? Обоснуйте ответ.
2. Опишите алгоритм диагностической работы с данными больными. Какие психологические тесты Вы примените?
3. Какие методы психологической коррекции Вы используете в работе с данными больными?

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 8:**

По направлению лечащего врача к клиническому психологу обратились два пациента с диагнозом *инсульт с парализацией правой стороны тела*.

***Пациент 1*** – религиозный человек

***Пациент 2*** – атеист

**Вопросы:**

1. Руководствуясь знанием факторов формирования внутренней картины болезни, определите, у кого из двух больных (***пациент 1*** или ***пациент 2***) при прочих равных условиях выше вероятность развития нозогенного психического расстройства (нозогении)? Обоснуйте ответ.
2. Опишите алгоритм диагностической работы с данными больными. Какие психологические тесты Вы примените?
3. Какие методы психологической коррекции Вы используете в работе с данными больными?

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 9:**

По направлению лечащего врача к клиническому психологу обратились два пациента с диагнозом *мигрень*.

***Пациент 1*** – мужчина

***Пациент 2*** – женщина

**Вопросы:**

1. Руководствуясь знанием факторов формирования внутренней картины болезни, определите, у кого из двух больных (***пациент 1*** или ***пациент 2***) при прочих равных условиях выше вероятность развития нозогенного психического расстройства (нозогении)? Обоснуйте ответ.
2. Опишите алгоритм диагностической работы с данными больными. Какие психологические тесты Вы примените?
3. Какие методы психологической коррекции Вы используете в работе с данными больными?

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 10:**

По направлению лечащего врача к клиническому психологу обратились два пациента с диагнозом *витилиго*.

***Пациент 1*** – мужчина

***Пациент 2*** – женщина

**Вопросы:**

1. Руководствуясь знанием факторов формирования внутренней картины болезни, определите, у кого из двух больных (***пациент 1*** или ***пациент 2***) при прочих равных условиях выше вероятность развития нозогенного психического расстройства (нозогении)? Обоснуйте ответ.
2. Опишите алгоритм диагностической работы с данными больными. Какие психологические тесты Вы примените?
3. Какие методы психологической коррекции Вы используете в работе с данными больными?

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 11**

Больной В., 37 лет, работает строителем. Страдает от периодических болей за грудиной, приступов раздражительности и проблем со сном. Причиной своего состояния В. считает конфликты с супругой, возникающие почти каждую неделю, причем по незначительному с его точки зрения поводу. Инициатором ссор всегда является жена. В. вначале пытается «отмолчатся», но, в конечном счете, срывается на крик, способен наговорить грубостей, о чем после раскаивается. Около трех лет назад В. наблюдался у терапевта, который исключил кардиологическую патологию, как возможную причину симптомов и порекомендовал обратиться к психотерапевту или психологу. Больной длительное время откладывал визит к специалисту, поскольку рассчитывал, что сможет справиться с проблемой самостоятельно.

**Вопросы:**

1. Определите психосоматическое расстройство.

2. Составьте план психодиагностической и психокоррекционной работы.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 12**

Больной Г., 31 год, безработный, обратился с жалобами на постоянный кашель. Обследовался по данному поводу у врачей-интернистов на протяжении последних двух лет, с отрицательным результатом. Записался на прием к психологу только из-за неоднократных рекомендаций лечащих врачей и настойчивых просьб матери. Уверен, что психолог ничем не сможет помочь, поскольку заболевание Г. – соматическое, а не психическое и поэтому «разговорами не лечится». Проживает с родителями, в их доме. Фактической главой семьи является мать – женщина строгих взглядов, властная и требовательная. Большую часть времени больной проводит «на диване», хобби или обязанностей по дому не имеет. В прошлом получил высшее экономическое образование, пытался устроиться на работу в различные банки, но неудачно. Иной вариант трудоустройства, чем работа банковским служащим, Г. не рассматривает. На предложение отца пойти работать с ним на стройке ответил категорическим отказом. К идее создания собственной семьи относится отрицательно, интимных отношений также сторонится. Около четырех лет назад впервые вступил в интимную связь с девушкой, рассматривал их отношения как нечто серьезное и считал себя влюбленным. Однако через некоторое время Г. начал замечать у себя «явные признаки СПИДа», в своем «заболевании» обвинил девушку, назвав ее «непорядочной, распутной» и «охотницей за мужчинами», после чего разорвал отношения. Последовавшее медицинское обследование показало отсутствие у Г. ВИЧ-инфекции. В течение следующего года он обследовался в нескольких клиниках, но вероятность ВИЧ-инфекции каждый раз опровергалась.

**Вопросы:**

1. Определите психосоматическое расстройство.

2. Составьте план психодиагностической и психокоррекционной работы.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 13**

Больной О., 47 лет, бизнесмен, в прошлом – военнослужащий. Женат, трое детей-погодков (две дочери и сын), учатся в старших классах школы. Направлен гастроэнтерологом, у которого наблюдается по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Стаж заболевания – 15 лет. По наблюдениям О. обострения заболевания по времени совпадают с напряженными ситуациями на работе или дома. За прошедший год, из-за появления более успешных конкурентов, бизнес стал приносить меньший доход, некоторые из сотрудников уволились, а найти им равноценную замену пока не получилось. Члены семьи – кто-то напрямую, а кто-то косвенно, выражают недовольство тем, что из-за нехватки денег не могут вести ту жизнь, к которой привыкли. Собственными переживаниями и опасениями по поводу сложившейся ситуации О. делится скупо. Он убежден, что «мужчина должен сам решать свои проблемы» и обращение за помощью, включая помощь психолога, является признаком слабости. То, что он все-таки пришел на консультацию, О. объясняет рекомендацией врача-гастроэнтеролога и собственной армейской привычкой строго выполнять все предписания.

**Вопросы:**

1. Определите психосоматическое расстройство.

2. Составьте план психодиагностической и психокоррекционной работы.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 14**

Пациентка А., 34 года, про профессии – экономист. Замужем за мужчиной старше нее на 19 лет, от брака с ним имеет двух дочерей. Причиной обращения стали проблемы с речью в виде «спазма в горле», ощущения нехватки воздуха, заикания и ошибок в произнесении имен и фамилий. Все эти симптомы возникают на работе, во время разговоров по телефону. Впервые они появились около года назад, во второй или третий день после трудоустройства. Пациентка работает в фирме мужа – крупного бизнесмена. Прежде она никогда не работала – вышла замуж будучи студенткой выпускного курса, старшая дочь родилась в первый год супружеской жизни, а еще через полтора года на свет появилась вторая дочь. Муж открыто ревновал А., устраивал скандалы, если она поступала вопреки его желаниям. Он настоял на том, чтобы жена посвятила себя заботе о детях и ведению дома, отказалась от общения с подругами, посещала публичные мероприятия и ходила в гости только вместе с ним. Наконец, год назад А. смогла уговорить супруга, чтобы он разрешил ей работать, хотя бы под его началом. Она рада возможности «хоть иногда выбираться из дома», однако свою работу не любит. А. всегда мечтала работать в сфере культуры и искусства, а в экономический Вуз поступила под давлением матери – строгой и гиперопекающей женщины. Всегда – и в институте, и в школе – А. старалась учиться на «Отлично», от участия в олимпиадах и конкурсах не отказывалась, но публичных выступлений избегала. В возрасте 12-14 лет уже имела проблемы с речью в виде заикания, особенно когда требовалось ответить у доски. Внешне выглядит гораздо моложе своих лет.

**Вопросы:**

1. Определите психосоматическое расстройство.

2. Составьте план психодиагностической и психокоррекционной работы.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 15**

Пациент Д., 38 лет, находится под наблюдением врача-терапевта в связи с диагнозом ИБС (ишемическая болезнь сердца). Характеризуется преувеличенной потребностью в деятельности, сверхвовлеченностью в работу, нехваткой времени для отдыха, упорством и сверхактивностью в достижении цели, нередко сразу в нескольких областях жизнедеятельности, неумением выполнять однообразную, монотонную работу. Все делает быстро, его отличает выразительная эмоциональная речь, яркая жестикуляция и мимика. Импульсивен, несдержан, амбициозен. Стремится к доминированию.

**Вопросы:**

1. Определите психосоматическое расстройство.

2. Составьте план психодиагностической и психокоррекционной работы.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 16**

Пациентка Л., 23 года, страдает от повторяющихся приступов удушья в форме шумного свистящего дыхания, которые сопровождаются чувством сдавления в горле и страхом смерти. Приступ продолжается 1-2 минуты, после его окончания отмечается отрыжка воздухом. При ларинго- и бронхоскопии органической патологии не выявлено.

**Вопросы:**

1. Определите психосоматическое расстройство.

2. Составьте план психодиагностической и психокоррекционной работы.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 17**

Больная С., 37 лет, поступила в стационар с жалобами на периодическое ухудшение состояния, особенно после психоэмоционального перенапряжения. При этом возникает боль и "замирание" в области сердца, ощущение "перебоев", чувство давления в области грудной клетки, головокружение, тошнота, слюнотечение, ощущение жара, потливость, повышенное выделение мочи. Общесоматическое и лабораторное обследование признаков органической патологии не выявило.

**Вопросы:**

1. Определите психосоматическое расстройство.

2. Составьте план психодиагностической и психокоррекционной работы.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 18**

Пациент Н., 42 года, страдает гипертонической болезнью. Характеризуется как трудолюбивый, аккуратный и добросовестный человек. Сдержан в выражении эмоций – как положительных, так и отрицательных. Редко решается высказывать свои суждения и отношения, если знает, что они отличаются от мнения собеседника. Из страха потерять расположение окружающих редко отказывает в просьбах, вследствие чего часто остается работать сверурочно, выполняет работу за своих коллег. Воспитан гиперопекающими родителями, с ориентацией на социальных успех.

**Вопросы:**

1. Определите психосоматическое расстройство.

2. Составьте план психодиагностической и психокоррекционной работы.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 19**

Пациентка С., 28 лет, жалуется на периодически возникающие приступообразные ухудшения состояния, проявляющиеся учащением пульса, сухостью во рту, повышением АД, онемением и похолоданием конечностей, ознобом, обильным выделением бесцветной мочи. Общесоматическое и лабораторное обследование признаков органической патологии не выявило.

**Вопросы:**

1. Определите психосоматическое расстройство.

2. Составьте план психодиагностической и психокоррекционной работы.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА 20**

Студент Л. медицинского университета, 22 лет, проходит обследование по поводу бронхиальной астмы. Из анамнеза известно, что болен в течение 12 лет, приступы беспокоят 2-3 раза в год. Летом, как правило, приступов нет. Рос и воспитывался в неполной семье. Мать развелась с отцом, когда Л. было 4 года. Мать гипернормативная, гиперопекающая, работает участковым терапевтом.

**Вопросы:**

1. Определите психосоматическое расстройство.

2. Составьте план психодиагностической и психокоррекционной работы.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

*(типовые практические задания с эталоном решения)*

**Клиническая задача:**

Врач после осмотра больной с язвенным блефоритом сказал ей: «Я назначаю вам мазь и полоскание ромашкой, но оно все равно не поможет, а если и поможет, то болезнь будет рецидивировать». Больная впала в депрессивное состояние, считая себя обреченной на всю жизнь.

**Вопросы:**

1. О каком влиянии врача на больную идет речь? Дайте определение этого влияния.
2. Какие особенности личности пациентки обусловили ее состояние?
3. Сформулируйте рекомендации к работе с пациенткой? Какие методы психотерапии будут эффективны в данном случае?

***Ответ:***

1. *О терапевтической ятрогении. Здесь наблюдается так называемый терапевтический нигилизм, т.е. пессимистический взгляд врача на предполагаемые результаты лечения. Ятрогении (от греч. iatros — врач, gennao — порождаю) — это нежелательные изменения и расстройства психики, порожденные врачом.*
2. *Внушаемость, зависимость от мнения авторитетных лиц.*
3. *Исключить эндогенную природу депрессии у пациентки (уточнить анамнез жизни, семейный анамнез и др.). Провести коррекцию внутренней картины болезни, сформировать позитивные установки на лечение. Когнитивно-поведенческая психотерапия, нейролингвистическое программирование, суггестивная психотерапия (релаксация, аутогенная тренировка).*

**Клиническая задача:**

У больной, 19 лет, с полным средним образованием, обнаружена положительная реакция Вассермана. Не отрицая случайных половых связей и указывая, что около месяца назад у нее были высыпания на теле, которые прошли сами собой, категорически отказалась от лечения, и не вняла объяснениям медицинского персонала. Вечером рассказала подруге, плача от обиды, что ее заставляют лечить “позорную болезнь”, какой у нее нет и быть не может.

**Вопросы:**

1. Какой тип отношения к болезни по классификации Личко наблюдается у пациентки? Дайте его характеристику.
2. Сформулируйте рекомендации к психокоррекционной работе с пациенткой. Какие методы психотерапии могут быть для этого использованы?

**Ответ:**

1. *Анозогнозический тип отношения к болезни. Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни – отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления "несерьезных" заболеваний или случайных колебаний самочувствия. В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание “разобраться самому” и “обойтись своими средствами”, надежда на то, что “само все обойдется”.*
2. *Коррекция внутренней картины болезни, формирование положительных установок на лечение, поиск позитивного смысла болезни (болезнь - как урок, болезнь - как повод переосмыслить свой образ жизни). Когнитивно-поведенческая психотерапия, нейролингвистическое программирование.*

**Образец экзаменационного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра психиатрии и наркологии

направление подготовки (специальность) 37.05.01 Клиническая психология

дисциплина «Психосоматика и практикум по психосоматике»

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1**

1. Подходы к определению понятий «психосоматика» и «психосоматическое расстройство». Группы психосоматических расстройств. Психосоматический подход в медицине.
2. Влияние болезни на психику человека. Нозогении и соматогении. Понятие внутренней картины болезни (ВКБ).
3. Клиническая задача №1.

По направлению лечащего врача к клиническому психологу обратились два пациента с диагнозом *мигрень.*

***Пациент 1*** – женщина 24 лет (на пике фертильного возраста)

***Пациент 2*** – женщина 47 лет (в период климакса)

**Вопросы:**

1. Руководствуясь знанием факторов формирования внутренней картины болезни, определите, у кого из двух больных (***пациент 1*** или ***пациент 2***) при прочих равных условиях выше вероятность развития нозогенного психического расстройства (нозогении)? Обоснуйте ответ.
2. Опишите алгоритм психодиагностической работы с данными больными. Какие психологические тесты Вы примените?

Сформулируйте рекомендации к психокоррекционной работе с данными пациентами. Какие методы и техники психологической коррекции Вы будете использовать?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заведующий кафедрой психиатрии и наркологии | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) | В.А. Дереча |
|  |  |  |
| Декан факультетов фармацевтического и клинической психологии | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) | И.В. Михайлова |

21.05.2021

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Проверяемая компетенция** | **Индикаторы достижения компетенции** | **Дескриптор** | **Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)** |
|  | **ОПК-4** Способен вести протокол и составлять заключение по результатам психологической диагностики и экспертизы, а также представлять обратную связь по запросу заказчика | **Инд.ОПК4.3.** Обрабатывает и анализирует данные клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования клиента (пациента) | **Знать:** методы клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования в психосоматике, правила обработки и интерпретации их результатов; схему описания психического статуса психосоматического пациента; структуру заключения по результатам диагностики в психосоматике | Вопрос № 14, 18, 28, 33 |
| **Уметь:** обрабатывать и анализировать данные клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования пациента | Вопрос № 12, 19, 31Задача № 1, 11, 19 |
| **Владеть:** навыками обработки и анализа данных клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования пациента | Вопрос № 6, 28, 29Задача № 1, 12, 13 |
| **Инд.ОПК4.5.** Составляет развернутое структурированное психологическое заключение по результатам диагностики и экспертизы | **Знать:** методы клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования в психосоматике, правила обработки и интерпретации их результатов; схему описания психического статуса психосоматического пациента; структуру заключения по результатам диагностики в психосоматике | Вопрос № 17, 20, 27 |
| **Уметь:** составлять развернутое структурированное психологическое заключение по результатам диагностики и экспертизы | Вопрос № 11, 25, 30Задача № 3, 10, 18 |
| **Владеть:** навыками составления развернутого структурированного психологического заключения по результатам диагностики и экспертизы | Вопрос № 5, 21, 23Задача № 2, 10, 15 |
|  | **ПК-4** Способен определять цели и самостоятельно или в кооперации с коллегами разрабатывать программы психологического вмешательства с учетом нозологических и индивидуально-психологических характеристик, квалифицированно осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития | **Инд.ПК4.4.** Разрабатывает программы психологического вмешательства с учетом нозологических и индивидуально- психологических характеристик | **Знать:** классификацию психосоматических расстройств; психосоматические и соматопсихические взаимовлияния, понятие о внутренней картине болезни (ВКБ); современные парадигмы клинико-психологического вмешательства, приемы и техники психологического консультирования и психокоррекции в психосоматической практике; специфику клинико-психологического вмешательства в зависимости от характера психосоматического расстройства; алгоритм первичного психологического приема в психосоматике | Вопрос № 16, 21, 31 |
| **Уметь:** разрабатывать программы психологического вмешательства с учетом нозологических и индивидуально- психологических характеристик | Вопрос № 10, 19, 22Задача № 5, 9, 17 |
| **Владеть:** навыками разработки программ психологического вмешательства с учетом нозологических и индивидуально- психологических характеристик | Вопрос № 4, 17, 32Задача № 3, 8, 17 |
| **Инд.ПК4.5.** Владеет навыками клинико-психологического вмешательства в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития | **Знать:** современные парадигмы клинико-психологического вмешательства, приемы и техники психологического консультирования и психокоррекции в психосоматической практике; специфику клинико-психологического вмешательства в зависимости от характера психосоматического расстройства; алгоритм первичного психологического приема в психосоматике | Вопрос № 15, 16, 23 |
| **Уметь:** использовать навыки клинико-психологического вмешательства в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития | Вопрос № 9, 18, 33Задача № 7, 8, 16 |
| **Владеть:** навыками клинико-психологического вмешательства в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития | Вопрос № 3, 20, 24Задача № 4, 6, 18 |
|  | **ПК-5** Способен осуществлять психологическое консультирование медицинского персонала (или работников других учреждений) по вопросам взаимодействия с пациентами (клиентами), создавать необходимую психологическую атмосферу и "терапевтическую среду" | **Инд.ПК5.1.** Осуществляет психологическое сопровождение сотрудников (по личным обращениям, помощь в решении личных проблем) | **Знать:** психологию больного (и его родственников), медицинского персонала; медицинскую деонтологию и этику; основы психологического консультирования, психокоррекции, психопрофилактики и психогигиены в контексте медицины | Вопрос № 14, 22, 34 |
| **Уметь:** осуществлять психологическое сопровождение сотрудников (по личным обращениям, помощь в решении личных проблем) | Вопрос № 8, 24, 25Задача № 7, 9, 16 |
| **Владеть:** навыками осуществления психологическое сопровождение сотрудников (по личным обращениям, помощь в решении личных проблем) | Вопрос № 2, 26, 35Задача № 4, 5, 19 |
| **Инд.ПК5.4.** Проводит психологическое консультирование медицинского персонала и иных специалистов по вопросам взаимодействия с пациентами (клиентами), общения в сложных конфликтных ситуациях, участвует в формировании отношений «медицинский работник - пациент», способствует развитию коммуникативной компетентности | **Знать:** психологию больного (и его родственников), медицинского персонала; медицинскую деонтологию и этику; основы психологического консультирования, психокоррекции, психопрофилактики и психогигиены в контексте медицины | Вопрос № 13, 26, 28 |
| **Уметь:** проводить психологическое консультирование медицинского персонала и иных специалистов по вопросам взаимодействия с пациентами, общения в сложных конфликтных ситуациях, участвовать в формировании отношений «медицинский работник – пациент» | Вопрос № 7, 13, 30, 34Задача № 6, 11, 14 |
| **Владеть:** навыками проведения психологического консультирования медицинского персонала и иных специалистов по вопросам взаимодействия с пациентами, общения в сложных конфликтных ситуациях, участвовать в формировании отношений «медицинский работник – пациент» | Вопрос № 1, 15, 27, 32Задача № 2, 12, 20 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося.

Текущий фактический рейтинг по дисциплине (максимально 5 баллов) определяется как среднее арифметическое баллов, набранных в результате:

* текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине;
* рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины;
* самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся (КСР).

По каждому практическому занятию обучающийся получает до 5 баллов включительно. Количество баллов определяется как среднее арифметическое оценок за устный опрос, тестирование и выполнения практических заданий (за каждую из этих форм работы на занятии в отдельности студент может получить до 5 баллов включительно). В зависимости от специфики темы на занятии может быть использована только одна из названных форм текущего контроля, две из них или все три.

По окончании каждого модуля дисциплины проводится рубежный контроль в форме устного (терминологического) опроса *(Модуль 1)* и устного (фронтального) опроса *(Модуль 2)* и определяется количество баллов рубежного контроля максимально 5 баллов.

За выполнение каждого задания по самостоятельной (внеаудиторной) работе (КСР) обучающийся получает количество баллов в соответствии с критериями оценивания, указанными в ФОС.

Текущий фактический рейтинг получается суммированием баллов по каждому из вышеперечисленных направлений.

**ПАМЯТКА**

**для обучающихся о применении балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений по дисциплине**

1. Обучающиеся знакомятся с балльно-рейтинговой системой оценивания результатов освоения дисциплины на первом занятии под роспись.
2. Итоговая оценка по дисциплине определяется на основании дисциплинарного рейтинга (максимально 100 баллов) по таблице перевода

|  |  |
| --- | --- |
| **дисциплинарный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** |
| экзамен | зачет |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

1. ***Дисциплинарный рейтинг*** представляет собой сумму значений текущего, экзаменационного или зачетного рейтингов и бонусных баллов (при наличии).
2. В результате оценивания на занятиях по дисциплине формируется ***текущий рейтинг***, который выражается в баллах от 0 до 70.
3. ***Бонусные баллы*** обучающегося выражается в баллах от 0 до 5 и формируется следующим образом:
* посещение всех практических занятий и лекций – 2 балла; (при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине (донорская справка, участие от ОрГМУ в спортивных, научных, учебных мероприятиях различного уровня);
* результаты участия в предметной олимпиаде по изучаемой дисциплине, проводимой на кафедре: 1-ое место – 3 балла, 2-ое место, 3 –е место – 2 балла, участие – 1 балл.
1. Подходы для формирования текущего рейтинга по дисциплине определяются преподавателем в 4 разделе фонда оценочных средств, который прикрепляется в информационной системе Университета в рабочей программе дисциплины (содержание 4 раздела ФОС доводится до сведения обучающихся) и могут различаться для разных дисциплин.
2. Обучающиеся не позднее 1 рабочего дня до даты проведения экзамена или зачета по дисциплине знакомятся с полученным значением текущего рейтинга и бонусных баллов (при наличии) на кафедре.
3. По результатам зачета или экзамена формируется ***зачетный или экзаменационный рейтинг*** в баллах от 0 до 30.

Если значение ***текущего рейтинга менее 35 баллов*** и (или) значение ***зачетного или экзаменационного рейтингов менее 15 баллов***, то дисциплина считается не освоенной и по результатам зачета и экзамена выставляется «не зачтено», «неудовлетворительно» соответственно.