


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

Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе


Л.А. Мурашова

«28» августа 2023 г.



Рабочая программа дисциплины

ПСИХОСОМАТИКА

для студентов 5 курса,

направление подготовки (специальность)
37.05.01 Клиническая психология

Направленность (профиль) подготовки: «Нейропсихологическая реабилитация и
коррекционно развивающее обучение»

форма обучения
очная

Рабочая программа дисциплины
обсуждена на заседании кафедры
«25» мая 2023 г. (протокол № 9)

Разработчик(и) рабочей программы:

д.ф.н., профессор Евстифеева Е.А.
к.ф.н., доцент Макаров А.В.

Зав. кафедрой
Евстифеева Е.А.

Тверь, 2023

I. Внешняя рецензия дана доцентом кафедры философии и психологии ТГТУ, кандидатом психологических наук Е.В. Балаксиной (прилагается)

Рабочая программа рассмотрена на заседании профильного методического совета «31» мая 2023 г. (протокол № 2)

Рабочая программа рекомендована к утверждению на заседании центрального координационно-методического совета «28» августа 2023 г. (протокол № 1)

II. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 37.05.01 Клиническая психология, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины является формирование у обучающихся систематизированных знаний об основных психосоматических феноменах в норме и при патологии, формирование представлений о содержании психосоматической проблемы, различных теоретических подходах, эмпирических фактах и клинических реалиях психосоматических расстройств.

Задачами освоения дисциплины являются:

1. формирование системы знаний о различных подходах к психосоматической проблеме в широком междисциплинарном контексте, а также о различных моделях психосоматического симптомогенеза в аспекте проблемы специфичности в психосоматике;
2. формирование и развитие умений определять норму и патологию среди психосоматических феноменов в рамках культурно-исторического подхода в психологии телесности, а также иметь представление о нормальном онтогенезе телесности и различных вариантах психосоматического дизонтогенеза;
3. формирование готовности и способности к изучению различных подходов к феномену внутренней картины болезни (ВКБ) в диагностическом и прогностическом контексте возможностей совладания с болезнью, использовать методы диагностики и подходы к оказанию психологической помощи в психосоматике.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Индикатор достижения	Планируемые результаты обучения
ОПК-3 Способен применять надежные и валидные способы количественной и качественной психологической оценки при решении научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем человека, в том числе с учетом принципов	ИОПК-3.1. Может использовать теоретические основы и правила практического применения адекватных, надежных и валидных способов качественной и количественной психологической оценки при решении научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем и психологическим	Знать: теоретические основы и правила практического применения адекватных, надежных и валидных способов качественной и количественной психологической оценки при решении научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем и психологическим благополучием человека Уметь: применять современные методы психофизиологии и специализированные психодиагностические методы, используемые в психиатрии, неврологии, наркологии, суицидологии, сексологии, геронтологии, в соматической медицине, при экстремальных и кризисных состояниях, при работе с детьми и

<p>персонализированной медицины</p>	<p>благополучием человека, а также применять современные методы психофизиологии и специализированные психодиагностические методы, используемые в психиатрии, неврологии, наркологии, суицидологии, сексологии, геронтологии, в соматической медицине, при экстремальных и кризисных состояниях, при работе с детьми и подростками с ограниченными возможностями здоровья, здоровыми людьми, обратившимися за консультативной психологической помощью и др.; применять навыки патопсихологической, а также нейропсихологической диагностики с целью получения данных для клинической, в том числе дифференциальной, диагностики психических и неврологических расстройств, определения синдрома и локализации высших психических функций</p> <p>ИОПК-3.2. Может использовать навыки проведения, анализа, и интерпретации результатов психологического исследования лиц,</p>	<p>подростками с ограниченными возможностями здоровья, здоровыми людьми, обратившимися за консультативной психологической помощью и др.</p> <p>Владеть: навыками патопсихологической, а также нейропсихологической диагностики с целью получения данных для клинической, в том числе дифференциальной, диагностики психических и неврологических расстройств, определения синдрома и локализации высших психических функций; навыками проведения, анализа, и интерпретации результатов психологического исследования лиц, находящихся в кризисных ситуациях и переживших экстремальное состояние; навыками проведения судебно-психологического экспертного исследования и составлять заключение эксперта в соответствии с нормативными правовыми документами; навыками проведения психодиагностического исследования детей, включая детей младшего возраста, и подростков с психической и соматической патологией, живущих в условиях депривации, из групп риска поведенческих нарушений, а также нормативно развивающихся детей; детско-родительских отношений и их влияния на развитие и адаптацию ребенка.</p> <p>Знать: психосоматические расстройства, факторы их возникновения, проявления у взрослых, детей и подростков, методы диагностики, способы психологического воздействия, направленные на оптимизацию</p>
-------------------------------------	---	--

	<p>находящихся в кризисных ситуациях и переживших экстремальное состояние; применять навыки проведения судебно-психологического экспертного исследования и составлять заключение эксперта в соответствии с нормативными правовыми документами, а также применять навыки проведения психодиагностического исследования детей, включая детей младшего возраста, и подростков с психической и соматической патологией, живущих в условиях депривации, из групп риска поведенческих нарушений, а также нормативно развивающихся детей, детско-родительских отношений и их влияния на развитие и адаптацию ребенка.</p>	<p>психического состояния и состояния здоровья детей и подростков для формирования способности осуществлять психологическое просвещение педагогических работников и родителей (законных представителей) по вопросам психического развития детей,</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы и методики психосоматики для формирования готовности применять рекомендованные методы и технологии, позволяющие решать диагностические и коррекционно-развивающие задачи. <p>Уметь: информировать педагогических работников и родителей (законных представителей) по опросам психосоматических расстройств, факторов их возникновения, методов диагностики, способов психологического воздействия,</p> <ul style="list-style-type: none"> - применять методы и методики психологической диагностики психических состояний, личности, межличностных отношений детей и подростков, используемые в психосоматике, разрабатывать фрагменты занятий с использованием методов, позволяющих решать коррекционно-развивающие задачи и проводить их в условиях учебных занятий для формирования готовности применять рекомендованные методы и техники в работе с детьми и подростками, имеющими психосоматические расстройства <p>Владеть: способами поиска и предоставления информации об особенностях функционирования психики при психосоматических расстройствах, для формирования способности осуществлять психологическое просвещение педагогических работников и родителей (законных представителей) по вопросам психического развития детей,</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками отбора методов и методик, используемых для психологической диагностики в психосоматике и проведения коррекционно-развивающих упражнения для формирования готовности применять рекомендованные методы и технологии, позволяющие решать диагностические и коррекционно-развивающие задачи.
<p>ПК-3 Готовность и способность осуществлять психологическое консультирование</p>	<p>ИПК 3.1. Использует знания об основных концепциях личности, социума в фокусе реализации психодиагностических</p>	<p>Знать: основные концепции личности, социума в фокусе реализации психодиагностических мероприятий, направленных на профилактику и коррекцию психического и физического здоровья</p>

<p>населения в целях психопрофилактики, сохранения и улучшения психического и физического здоровья, формирования здорового образа жизни, а также личностного развития</p>	<p>мероприятий, направленных на профилактику и коррекцию психического и физического здоровья, прогнозирует изменения и оценивает их динамику в различных сферах психического функционирования человека и его психологии при медицинском психологическом воздействии, направленном на гармонизацию жизнедеятельности индивида, использует методы психологического консультирования, психопрофилактики, реабилитации в работе с индивидами, группами, учреждениями, представителями различных субкультур.</p>	<p>Уметь: прогнозировать изменения и оценивать их динамику в различных сферах психического функционирования человека и его психологии при медицинском психологическом воздействии, направленном на гармонизацию жизнедеятельности индивида</p> <p>Владеть: методами психологического консультирования, психопрофилактики, реабилитации в работе с индивидами, группами, учреждениями, представителями различных субкультур</p>
---	---	--

3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы

Дисциплина «Психосоматика» входит в Обязательную часть Блока 1 ОПОП специалитета. Для освоения курса необходимо интегрировать знания, полученные студентами при изучении таких дисциплин как математика, информатика.

Изучение дисциплины «Психосоматика» призвано вооружить будущего специалиста знаниями, умениями и навыками по технологии проведения психологического исследования, обработки и интерпретации эмпирических данных. Данная дисциплина является одной из основных дисциплин диагностического блока, выступает при этом интегрирующим началом для создания целостного методологически выверенного мировоззрения специалиста. Знания и навыки, полученные студентами в результате изучения данного предмета, закладывают основы для освоения курсов «Общая психология», «Общий психологический практикум», «Психодиагностический практикум», «Экспериментальная психология», «Методология исследований в клинической психологии», «Дизайн исследования и обработка данных в клинической психологии», «Практикум по проблемам межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия в клинической психологии», «Статистические методы и математическое моделирование в психологии».

4. Объём дисциплины составляет **3** зачетных единицы, **108** академических часов, в том числе **56** часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, и **52** часов самостоятельной работы обучающихся.

5. Образовательные технологии

В процессе освоения дисциплины используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций:

- традиционная лекция
- лекция-визуализация
- проблемная лекция
- активизация творческой деятельности
- участие в научно-практических конференциях, съездах, симпозиумах
- подготовка и защита рефератов

6. Формы промежуточной аттестации

Текущий контроль осуществляется в процессе проведения всех видов занятий. Формы текущего контроля: устные доклады, тесты и собеседования.

Рубежный контроль осуществляется при завершении раздела дисциплины путем проведения интегральных тестов.

Итоговый контроль заключается в сдаче экзамена в 9 семестре.

Контроль и оценка успеваемости студентов осуществляется с помощью накопительной балльно-рейтинговой системы.

III. Учебная программа дисциплины

1. Содержание дисциплины

Модуль 1. Общая психосоматика.

Тема 1. Концепция психофизиологических связей. Концепция стресса, реагирование на экстремальные ситуации

Тема 2. Психосоматогенная семья.

Тема 3. Определение понятий «здоровье» и «болезнь». Понятие внутренней и внешней картины болезни. Типы реакций на болезнь.

Тема 4. Психодинамический подход к проблемам психосоматики. Модели возникновения психосоматических расстройств: З. Фрейд, Ф. Александер, М. Шур, А. Митчерлих, Дж.Энгель и А. Шмале, О. Кернберг, П. Куттер.

Тема 5. Психологический профиль психосоматического больного. Модель алекситимии. Дифференциально-диагностические критерии психосоматического заболевания.

Тема 6. Структурно-динамический подход к анализу психосоматических расстройств. Концепция Г. Амона. Структурный нарциссический дефицит как следствие нарушенных отношений в первичной диаде. Р. Шпиц.

Тема 7. Концепция инстинктов В.И. Гарбузов

Тема 8. Системная модель анализа пусковых факторов психосоматического расстройства. По Г. Оудсхорну. Психосоматические расстройства детского и подросткового возраста (обзор).

Модуль 2. Частная психосоматика.

Тема 1. Психовегетативный синдром. Формы проявления, пусковые факторы, картина личности больных с ПВС.

Тема 2. Диабет. Расстройства ЖКТ. Нарушения пищевого поведения. Гинекологические заболевания.

Тема 3. Ишемическая болезнь сердца. Эссенциальная гипертония. Бронхиальная астма. Аллергические заболевания. Кожные болезни.

Тема 4. Психосоматический больной второй половины жизни. Возрастные кризисы, специфика психического реагирования на соматическое расстройство. Онкологический больной.

Тема 5. Описание психотерапевтических подходов и стратегий лечения психосоматического пациента.

2. Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций*

Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем					Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену (зачету)	Итого часов	Формируемые компетенции			Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости
	лекции	семинары	лабораторные практикумы	практические занятия, клинические практические занятия	1-й этап экзамена/зачет				УК-	ОПК-3	ПК-3		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	14	15	16
Модуль 1.													Д, Т, КР
Тема 1.	2			6		8	4	12		+	+	Л, РД	Д
Тема 2.	1			3		4	2	6		+	+	ПЛ, РД	Д
Тема 3.	1			3		4	2	6		+	+	ПЛ, РД	Д
Тема 4.	2			6		8	4	12		+	+	ПЛ, РД	
Тема 5.	1			3		4	2	6		+	+	Л, РД	Д
Тема 6.	1			3		4	2	6		+	+	Л, РД, ПТ	Д
Тема 7.	1			3		4	2	6		+	+	Л, РД, ПТ, КОП	Д
Тема 8.	1			3		4	2	6		+	+		Д, Т
Модуль 2.												Л, РД, ПТ	Д, Т, КР
Тема 1.	1			2		3	1	4		+	+	Л, РД, ПТ, КОП	Д
Тема 2.	1			2		3	1	4		+	+		Д, Т
Тема 3.	1			2		3	1	4		+	+	ПЛ, РД	Д
Тема 4.	1			2		3	1	4		+	+	Л, РД, ПТ	Д
Тема 5.	2			2		4	1	5		+	+	Л, РД, ПТ	Д
Экзамен **							27	27					УО, ДОТ
ИТОГО:	16			40		56	52	108					

Список сокращений: традиционная лекция (Л), проблемная лекция (ПЛ), регламентированная дискуссия (РД), использование компьютерных обучающих программ (КОП), психодиагностическое тестирование (ПТ), подготовка доклада (Д), написание теста (Т), контрольная работа (КР), устный ответ (УО), дистанционные технологии (ДОТ).

IV. Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций

1. Оценочные средства для текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости

Примерный перечень докладов по темам дисциплины:

Понятие психосоматического феномена.

Предмет и задачи психологического изучения психосоматических явлений.

Психосоматические феномены в структуре магических обрядов и ритуалов: этнокультурные особенности и виды лечебной магии (контагиозная и гомеопатическая, шаманизм и хилерство); современные формы «психосоматической мифологии» (порча и целительство, экстрасенсорное и биоэнергетическое воздействие и т.д.).

Феноменологический подход к телесности: телесный опыт как предмет философского анализа; герменевтическая модель в медицине.

Исторические и методологические предпосылки становления психосоматического направления в медицине.

Психоаналитические модели симптомообразования психосоматических расстройств: представление об истерической конверсии; мультифакторная модель вегетативного невроза; теория десоматизации-ресоматизации М. Шура; модель «двухфазного вытеснения» А. Митчерлиха; психогенез симптомов в концепции объектных отношений. Представления о психосоматической специфичности

Критерии оценки докладов

Оценка докладов – производится по 5-бальной шкале:

«5» - доклад представлен в виде выступления без опорного материала (студент свободно излагает тему); выступление логично и имеет четкую структуру; в докладе раскрыта проблематика темы, сделаны соответствующие анализ и выводы; при подготовке к докладу использовалось не менее пяти литературных источников; студент демонстрирует не только знание представленной темы, но и ориентируется в релевантном материале; студент демонстрирует способность творчески осмысливать изложенный материал.

«4» - при выступлении студент прибегает к помощи текста; выступление логично и имеет четкую структуру; в докладе раскрыта проблематика темы, сделаны соответствующие выводы; при подготовке к докладу использовалось не менее пяти литературных источников; студент демонстрирует уверенное знание изложенного материала.

«3» - при выступлении студент прибегает к помощи текста; в структуре выступления прослеживаются методологические неточности и логические непоследовательности; тематика доклада раскрыта; при подготовке к выступлению использовалось не менее пяти литературных источников; студент демонстрирует способность ориентироваться в заявленной теме доклада.

«2» - студент демонстрирует неспособность свободно излагать тему доклада; допускает методологические и логические неточности в структуре представляемой работы; проблематика доклада раскрыта; при подготовке к выступлению использовалось менее пяти литературных источников.

«1» - студент демонстрирует неспособность свободно излагать тему («читает по бумажке»); допускает методологические неточности и логические непоследовательности в структуре представляемого доклада; тематика доклада плохо проработана; при подготовке к докладу использовалось менее пяти литературных источников; студент демонстрирует формальное знание темы доклада.

Примеры тестовых заданий

1. Психосоматика занимается изучением
 - а) только психосоматических феноменов
 - б) только соматопсихических феноменов
 - в) и психосоматических, и соматопсихических феноменов**
2. В настоящее время психосоматика и психология телесности изучают психосоматические феномены
 - а) только в патологии
 - б) только в норме
 - в) и в норме, и в патологии**
3. Психосоматика является отраслью
 - а) общей психологии
 - б) клинической психологии**
 - в) патопсихологии
4. В историческом контексте психосоматика опирается на
 - а) гиппократический подход**
 - б) подход школы первичных анатомов
 - в) клеточную теорию Вирхова
5. Согласно З. Фрейду, психоаналитические методы являются эффективными при работе с
 - а) конверсионными симптомами**
 - б) эквивалентами приступа тревоги
 - в) и конверсионными симптомами, и эквивалентами приступа тревоги
6. По мнению З. Фрейда, истерическая конверсия возникает вследствие
 - а) перевода возбуждения из соматической сферы в психическую
 - б) перевода возбуждения из психической сферы в соматическую**
 - в) недопущения соматического сексуального возбуждения в психическую сферу
7. Истерическая конверсия является
 - а) обратимым функциональным соматическим расстройством**
 - б) необратимым функциональным соматическим расстройством
 - в) органическим поражением соматических систем
8. Эквивалент приступа тревоги, по мнению З. Фрейда,
 - а) несет символическую нагрузку
 - б) преследует вторичную выгоду
 - в) является следствием недопущения перевода соматического возбуждения в психическую сферу**
9. Конверсионные явления, согласно Ф. Дойчу,
 - а) являются исключительно болезненными феноменами
 - б) встречаются и в норме, и патологии**
 - в) могут встречаться и у здорового человека, но только непосредственно перед возникновением психосоматической патологии
10. В качестве основной инстанции, ответственной за возникновение болезней, Г. Гроддек рассматривал
 - а) эго
 - б) супер-Эго
 - в) ид**

Критерии оценки тестов

Оценка производится по 5-бальной шкале:

- «1» - 51-60% правильных ответов;
- «2» - 61-70% правильных ответов;
- «3» - 71-80% правильных ответов;
- «4» - 81-90% правильных ответов;
- «5» - 90-100% правильных ответов.

По данной дисциплине для контроля усвоения материала предусмотрено выполнение контрольных работ: студенты выполняют 3 контрольные работы в соответствии с содержанием трех основных разделов курса.

Промежуточная аттестация проводится в форме письменной контрольной работы. К итоговой аттестации студент должен выполнить три контрольные работы.

Пример: Инструкция к кейсам:

1. Изучить Пример в Клинической ситуации № 1. Во всех остальных случаях:
2. Охарактеризовать тип отношения подопечного к болезни.
3. Охарактеризовать тип нозогении.
4. **Подготовить психосоматическое заключение по следующей структуре:**
 - анамнез из медицинской истории болезни;
 - состояние подопечного на момент начала и окончания беседы;
 - структура ВКБ на настоящий момент (уровень ощущений, эмоциональный, чувственный уровень, интеллектуальный уровень, мотивационный уровень);
 - динамика развития ВКБ;
 - определение ведущего уровня ВКБ;
 - определение причин и источников развития заболевания и специфики ВКБ;
 - основной вывод о данных, полученных при исследовании. Здесь необходимо кратко, с выделением причинно-следственных связей, резюмировать причину появления заболевания, особенности ВКБ, ее иерархию, ведущий уровень, динамику, специфику ВКБ, прогноз на будущее развитие ВКБ и ответить на **практический запрос**: что необходимо внести в систему групповой работы, куда включен Ваш подопечный, чтобы учесть интересы развития его ВКБ.

Клиническая ситуация № 1

Андрей Ю., 40 лет.

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

Ответ:

- тип отношения к болезни – эргопатический;
- тип нозогении – гипогнозия;
- структура ВКБ:
 - * уровень ощущений - выраженный болевой синдром и нарушение чувствительности, т.е. искажение ощущений
 - * эмоциональный уровень – подавление эмоции страха
 - * интеллектуальный уровень – рационализация своего заболевания
 - * мотивационный уровень – конфликт мотивов
- динамика развития ВКБ - начальным уровнем является уровень ощущений и субъективно заболевание начинается с продромного состояния и поиска возможных объяснений этого состояния;
- ведущий уровень ВКБ - описание эмоций или соматических жалоб с явной эмоциональной окраской;
- причины и источники развития заболевания и специфики ВКБ:
 - * Психологическая проблема пациента – это проблема внутриличностная, в межличностном пространстве она может быть не представлена, болезнь не решает проблему, а указывает на нее

*Конфликт остается скрытым от подопечного и окружающих, и на фоне психологически благополучной жизненной ситуации появляется заболевание

Критерии оценки контрольных работ

Оценка производится по 15-бальной шкале:

- «1» - 25-29% правильных ответов;
- «2» - 30-34% правильных ответов;
- «3» - 35-39% правильных ответов;
- «4» - 40-44% правильных ответов;
- «5» - 45-49% правильных ответов;
- «6» - 50-54% правильных ответов;
- «7» - 55-59% правильных ответов;
- «8» - 60-64% правильных ответов;
- «9» - 65-69% правильных ответов;
- «10» - 70-74% правильных ответов;
- «11» - 75-79% правильных ответов;
- «12» - 80-84% правильных ответов;
- «13» - 85-89% правильных ответов;
- «14» - 90-94% правильных ответов;
- «15» - 96-100% правильных ответов.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины (экзамен):

Структура рейтинговой (бальной) оценки успеваемости в течение учебного года (5, 6-й семестры), по предмету «Статистические методы и математическое моделирование в психологии» для студентов специальности «Клиническая психология», направленность (профиль): «Нейропсихологическая реабилитация и коррекционно развивающее обучение».

Количество	Вид работы или штрафа	Мин. оценка	Макс. оценка	Итоговая оценка за два семестра	
				Мин	Макс
Основных баллов	1. Рубежный контроль *	0	15	0	45
	3 контрольных работы (на усмотрение лектора)				
Дополнительных баллов	1. Доклад на семинарском занятии (на усмотрение преподавателя)	0	5	0	-
	2. Участие в дискуссии на семинарском занятии	0	5	0	-
	3. Доклад на СНПК или научная работа (статья и т.п.)	0	20	0	20
	4. Решение ситуационных задач	0	1	0	10
	5. Психодиагностическое тестирование	0	5	0	25

Штрафных баллов	Невыполнение доклада на семинарском занятии без уважительной причины (фактический его срыв).	-	- 10	-	-

Итоговая рейтинговая оценка высчитывается по сумме основных и дополнительных баллов, минус сумма штрафных баллов, соответственно:

«Отлично (5)» - 70 и более баллов;

«Хорошо (4)» - от 60 до 69 баллов;

«Удовлетворительно (3)» - от 50 до 59 баллов;

«Неудовлетворительно (2)» - менее 50 баллов.

Если члены экзаменационной комиссии согласны с итоговой рейтинговой оценкой успеваемости студента и студент не желает повысить эту оценку, то данная оценка становится экзаменационной. В этом случае студенту не предлагаются вопросы экзаменационного билета.

Студент может повысить экзаменационную оценку следующим порядком:

С оценки «Хорошо» на оценку «Отлично»:

отвечая на два вопроса экзаменаторов без предварительной подготовки, или
отвечая на один вопрос экзаменационного билета по выбору экзаменатора с подготовкой (не более 20 мин.) плюс один дополнительный вопрос.

С оценки «Удовлетворительно» на оценку «Хорошо»:

отвечая на два вопроса экзаменаторов без предварительной подготовки, или
отвечая на один вопрос экзаменационного билета по выбору экзаменатора с подготовкой (не более 20 мин.) плюс два дополнительных вопроса, или
отвечая на два вопроса экзаменационного билета выбранного случайным образом плюс один дополнительный вопрос.

С оценки «Удовлетворительно» на оценку «Отлично»:

отвечая на два вопроса экзаменационного билета выбранного случайным образом плюс три дополнительных вопроса.

Студент, который получает итоговую рейтинговую оценку «Неудовлетворительно» сдает экзамен в полном объеме в установленном на кафедре порядке.

Итоговая рейтинговая оценка высчитывается по сумме основных и дополнительных баллов,

минус сумма штрафных баллов.

Студент не получает «выполнено» в семестре, если он не отработывает все пропущенные практические занятия и лекции (при условии – более 50% пропусков) в установленном на кафедре порядке.

Отработки пропущенных практических занятий и лекций с учетом баллов соответственно:

- за каждое пропущенное практическое занятие без уважительной причины, студент обязан предоставить реферативную работу на тему предложенную преподавателем или пройти собеседование в заранее оговоренное время. Баллы в этом случае не начисляются.
- за каждое пропущенное практическое занятие по уважительной причине, студент обязан предоставить реферативную работу на тему предложенную преподавателем или пройти собеседование в заранее оговоренное время. Работа в этом случае оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 5-ти баллов).

Вопросы для подготовки к экзамену

1. Идея целостного подхода к больному в медицине.
2. Поведение типа А: психологический аспект изучения.
3. Психоаналитический подход в психосоматике, его критическая оценка.
4. Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен.
5. Динамика внутренней картины болезни в процессе лечения.
6. Особенности ВКБ у различных возрастных групп.
7. Различные подходы к изучению ВКБ.
8. Изучение внутренней картины болезни в контексте культурно-исторического подхода к психосоматическим расстройствам (концепция Тхостова А.Ш.).
9. Сравнительный анализ различных моделей внутренней картины болезни (Николаева В.В., Тхостов А.Ш.).
10. Гипотеза психосоматической специфичности в различных психоаналитических моделях (З. Фрейд, Ф. Александер).
11. Концепция профиля личности в психосоматике.
12. Роль эмоций в происхождении психосоматических заболеваний. Экспериментальные факты, клинические наблюдения (по Я. Рейковскому).
13. Проблема психологического онтогенеза телесности.
14. Исторические и методологические предпосылки становления психосоматического направления в медицине.
15. Основные положения культурно-исторического подхода к психосоматической проблеме.
16. Психофизиологические модели стресса (Г. Селье, У. Кэннон, И.П. Павлов, кортико-висцеральная теория, П.К. Анохин).
17. Концепция выученной беспомощности М. Селигмана. Поисковая активность и ее роль в симптомообразовании (В.С. Роттенберг, В.В. Аршавский).
18. Представления о психологических и социальных аспектах стресса (Р. Лазарус, В.А. Бодров).
19. Стресс и психосоматические расстройства.
20. Психогенная импотенция как модель психосоматического симптомообразования в психологии телесности.
21. Особенности социальной ситуации развития у больных хроническими соматическими заболеваниями (на примере хронической почечной недостаточности).
22. Психологические модели симптомообразования: систематика, особенности, критическая оценка.
23. Психосоматический феномен и психосоматический симптом: возможности их дифференциации.
24. Психологическая феноменология алекситимии.
25. Различные подходы к проблеме алекситимии.

26. Алекситимия как психологическая проблема.
27. Нарушения познавательной деятельности у больных с хроническими соматическими заболеваниями.
28. Личностные изменения при хроническом течении соматического заболевания.
29. Проблема симптомогенеза в истории психосоматики.
30. Предмет и задачи психологического изучения психосоматических явлений.
31. Проблема психосоматического дизонтогенеза.
32. Проблема классификации психосоматических расстройств.
33. Факторы, влияющие на психосоматическое развитие ребенка (теория объектных отношений, культурно-исторический подход).
34. Проблема психосоматического симптомогенеза в концепциях М. Шура, А. Митчерлиха.
35. Гипотеза специфичности психодинамического конфликта Ф. Александера: примеры психодинамических конфликтов при различных заболеваниях (симпатическая и парасимпатическая активация).
36. Проблема механизмов психосоматического симптомообразования.
37. Динамика представлений о психосоматической специфичности.
38. Проблема психосоматического симптомогенеза в теории объектных отношений.
39. Архаические и современные формы «психосоматической мифологии».
40. Герменевтическая модель в медицине.

Критерии экзаменационной оценки знаний студентов

Оценка «Отлично» выставляется студенту, глубоко и прочно усвоившему программный материал, исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно его излагавшему, в ответе которого тесно увязывается теория с практикой. При этом студент не затрудняется с ответом при видоизменении задания, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, показывает знакомство с монографическим материалом, правильно обосновывает принятые решения, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических работ.

Оценка «хорошо» выставляется студенту, твердо знавшему программный материал, грамотно и по существу излагавшему его, который не допускает существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения последовательности в изложении программного материала и испытывает затруднения в выполнении практических работ.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы.

Экзамен проводится в устной форме. Студенту предлагается выбрать экзаменационный билет и подготовить письменно на экзаменационном листе план-конспект ответа на вопросы билета в течение 45 минут. Экзаменационный лист является документом удостоверяющим факт экзамена (без указания даты и подписи студента является не действительным).

3. Методические указания для самостоятельной работы студента

При изучении курса предполагается выполнение следующих работ:

- изучение литературы по проблемам курса;

- подготовку к семинарским (практическим) занятиям;
- подготовку доклада (устного сообщения) для выступления в аудитории – отрабатываются навыки публичного выступления, умение грамотно излагать материал, рассуждать;
- написание аннотации научной статьи;
- работа с типовыми тестами – способствует усвоению основных понятий курса, закреплению лекционного материала;
- написание рубежной контрольной работы – проверяется знание изученных тем;
- проведение экзамена по дисциплине – вопросы служат для систематизации пройденного материала и подготовки к итоговой аттестации.

Успешное освоение дисциплины возможно только при правильной организации самостоятельной работы студентов по изучению курса. Самостоятельная работа студентов предполагает не пассивное «поглощение» готовой информации, а ее поиск и творческое усвоение.

Самостоятельная работа может быть представлена как средство организации самообразования и воспитания самостоятельности как личностного качества. Как явление самовоспитания и самообразования самостоятельная работа студентов обеспечивается комплексом профессиональных умений студентов, в частности умением осуществлять планирование деятельности, искать ответ на непонятное, неясное, рационально организовывать свое рабочее место и время.

Самостоятельная работа приводит студента к получению нового знания, упорядочению и углублению имеющихся знаний, формированию у него профессиональных навыков и умений.

Самостоятельная работа выполняет ряд функций:

- развивающую;
- информационно-обучающую (аудиторные занятия, не подкрепленные самостоятельной работой, становятся малорезультативными);
- ориентирующую и стимулирующую;
- воспитывающую;
- исследовательскую.

Виды самостоятельной работы:

1. конспектирование первоисточников и другой учебной литературы;
2. проработка учебного материала (по конспектам учебной и научной литературе);
3. выполнение контрольных работ;
4. решение задач, упражнений;
5. работа с вопросами для самопроверки;
6. обработка статистических данных и др.

В рамках курса используются такие виды самостоятельной работы как

- a. работа с примерами для самопроверки;
- b. решение задач, упражнений;
- c. конспектирование первоисточников и другой учебной литературы;
- d. проработка учебного материала (по конспектам учебной и научной литературе).

Рекомендуется с самого начала освоения данного курса работать с литературой и предлагаемыми заданиями в форме подготовки к очередному аудиторному занятию. При этом актуализируются имеющиеся знания, а также создается база для усвоения нового материала, возникают вопросы, ответы на которые студент получает в аудитории.

Можно отметить, что некоторые задания для самостоятельной работы по данному курсу имеют определенную специфику. Она заключается в том, что при их выполнении студент должен опереться на свой собственный субъективный опыт обработки результатов, получаемых в исследованиях (на занятиях по предмету «Общий психологический практикум», при выполнении экспериментальной курсовой работы, примеры результатов исследований в различных учебных общепрофессиональных дисциплинах). Именно такое внимательное отношение к выполнению предложенных заданий, установление взаимосвязей с материалом, изученным в других дисциплинах (описание результатов научных исследований в теоретических 28 дисциплинах, в практико-ориентированных курсах) может обеспечить понимание в полной мере содержания процесса и анализа результатов экспериментальных исследований в психологии.

При работе с литературой целесообразно делать конспект, составляя алгоритмы расчетов по тем или иным процедурам математико-статистической обработки данных. В алгоритме должны быть представлены следующие части: назначение данной процедуры или смысл данного параметра; условия применения (ограничения); собственно пошаговый алгоритм с примерами удобных в работе таблиц; правило принятия решений или правило вывода (там, где это требуется).

Ниже приводятся вопросы для самоподготовки. Ответы на эти вопросы помогут студенту обратить внимание на самые важные (с точки зрения осмысления материала и будущего его использования в самостоятельном психологическом исследовании) моменты изучаемого материала.

Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки

1. Идея целостного подхода к больному в медицине.
2. Поведение типа А: психологический аспект изучения.
3. Психоаналитический подход в психосоматике, его критическая оценка.
4. Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен.
5. Динамика внутренней картины болезни в процессе лечения.
6. Особенности ВКБ у различных возрастных групп.
7. Различные подходы к изучению ВКБ.
8. Изучение внутренней картины болезни в контексте культурно-исторического подхода к психосоматическим расстройствам (концепция Тхостова А.Ш.).
9. Сравнительный анализ различных моделей внутренней картины болезни (Николаева В.В., Тхостов А.Ш.).
10. Гипотеза психосоматической специфичности в различных психоаналитических моделях (З. Фрейд, Ф. Александер).
11. Концепция профиля личности в психосоматике.
12. Роль эмоций в происхождении психосоматических заболеваний. Экспериментальные факты, клинические наблюдения (по Я. Рейковскому).
13. Проблема психологического онтогенеза телесности.
14. Исторические и методологические предпосылки становления психосоматического направления в медицине.
15. Основные положения культурно-исторического подхода к психосоматической проблеме.
16. Психофизиологические модели стресса (Г. Селье, У. Кэннон, И.П. Павлов, кортико-висцеральная теория, П.К. Анохин).
17. Концепция выученной беспомощности М. Селигмана. Поисковая активность и ее роль в симптомообразовании (В.С. Роттенберг, В.В. Аршавский).
18. Представления о психологических и социальных аспектах стресса (Р. Лазарус, В.А. Бодров).
19. Стресс и психосоматические расстройства.
20. Психогенная импотенция как модель психосоматического симптомообразования в

ПСИХОЛОГИИ ТЕЛЕСНОСТИ.

V. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:

а). Основная литература:

1. Психиатрия и медицинская психология : учебник / И. И. Иванец и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 896 с. : ил. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430798.html>
2. Лекции по психосоматике: курс лекций/А.Б.Смулевич. – М.: .МИА, 2014. – 352 с.

б). Дополнительная литература:

1. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: Исцеление души и тела. – Ростов: Феникс, 2014. – 350 с.
2. Старшенбаум Г.В. Психосоматика: руководство по диагностике и самопомощи; Психологический практикум. – Ростов.: Феникс, 2015. – 252 с.
3. Макдугалл Джойс Театры тела: Психоаналитический подход к лечению психосоматических расстройств [Электронный ресурс] / Пер. с франц. - Москва : КОГИТО-ЦЕНТР, 2007. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN5893531930.html>.
4. Рамос Д.Ж. Душа тела. Юнгианский подход к психосоматике. – М., 2014. -192 с.
5. Клиническая психология: учебник. Сидоров П.И., Парняков А.В. 3-е изд., испр. и доп. 2010. - 880 с.: ил. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414071.html>
6. Менделевич, В Д. Неврология и психосоматическая медицина : монография. - М. : МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
7. **Антропов, Ю. Ф.** Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков [Текст] : монография / Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко. - М.:Из-во института психиатрии, 1999. – 297 с.: ил.
8. Тополянский Аиктор Давыдович. Психосоматические расстройства [Текст] : рук. для врачей / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с.
9. Бенько Л.А. Психосоматические и соматоформные расстройства (возрастные, клиничко-

3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:

- Электронный справочник «Информю» для высших учебных заведений (www.informuo.ru);
- Университетская библиотека on-line (www.biblioclub.ru);
- Информационно-поисковая база Medline ([http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed));
- База данных POLPRED (www.polpred.com);
- Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>;
- Бесплатная электронная библиотека онлайн «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» // <http://window.edu.ru/>;
- Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <https://minzdrav.gov.ru/>;
- Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru/>;

4. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

1. MicrosoftOffice 2016:
 - Access 2016;
 - Excel 2016;
 - Outlook 2016;

- PowerPoint 2016;
- Word 2016;
- Publisher 2016;
- OneNote 2016.

2. Комплексные медицинские информационные системы «КМИС. Учебная версия» (редакция Standart) на базе IBM Lotus.
3. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAVTestOfficePro
4. Система дистанционного обучения Moodle

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (www.studmedlib.ru).

5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.

5.1. Практические занятия.

Цель и задачи практических занятий.

Целью освоения дисциплины является формирование у обучающихся системы теоретических и прикладных знаний о методах, средствах и принципах проведения психодиагностического исследования в клинической и консультативной практике психолога в учреждениях здравоохранения в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами освоения дисциплины являются:

1. формирование системы знаний о предмете и задачах, теоретических основах и– этико-деонтологических нормах проведения психодиагностического исследования, а также о различных методах психологической диагностики когнитивной, эмоциональной, мотивационной сфер, типологических, поведенческих особенностей личности в норме и при патологии;
2. Формирование и развитие умений планировать и самостоятельно проводить– психодиагностическое обследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этико-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социальнодемографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик;
3. формирование готовности и способности обработки и анализа результатов психодиагностического обследования пациента, формулировать развернутое структурированное психологическое заключение, информировать пациента (клиента) и медицинский персонал (заказчика услуг) о результатах диагностики и предлагаемых рекомендациях, действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую личную ответственность за принятые решения.

Виды практических занятий.

В зависимости от способа проведения выделяют следующие виды практических занятий:

- заслушивание и обсуждение докладов предполагает предварительное распределение вопросов между студентами и подготовку ими докладов и рефератов. Доклад представляет собой обобщенное изложение идей, концепций, точек зрения, выявленных и изученных студентом в ходе самостоятельного анализа рекомендованных и дополнительных научных источников, а также предложение на этой основе собственных (оригинальных) суждений. Студент вправе избрать для доклада и иную тему в пределах программы учебной дисциплины. Важно при этом учитывать ее актуальность, научную разработанность, возможность нахождения необходимых источников для изучения темы сообщения, имеющиеся у студента знания и личный интерес к выбору данной темы.

Подготовка доклада предполагает хорошее знание студентом материала по избранной теме, а если проблема носит комплексный характер, то и по смежным темам, наличие определенного опыта умелой передачи его содержания в устной форме, умение делать обобщения и логичные выводы. Для подготовки голосового сообщения необходимо несколько литературных источников, в отдельных случаях требуется изучение значительного числа монографий, научных статей, справочной

литературы. В докладе рекомендуется раскрыть содержание основных концепций, наиболее распространенных позиций тех или иных мыслителей, а также высказать свое аргументированное мнение по важнейшим проблемам данной темы. Сообщение должно носить творческий, поисковый характер, содержать элементы научного исследования. В докладе выделяют три основные части: вступительную, в которой определяется тема и ее значимость; основную, в которой излагается содержание темы; заключительную, в которой обобщается тема, делаются выводы. Особое внимание обращается на убедительность и доказательность доклада. После выступления докладчика, доклад обсуждается и после ответов на вопросы докладчик выступает с заключительным словом;

- подготовка презентации - более высокая форма творческой работы студента, по сути, он представляет собой законченный труд. Выполнение творческих работ, оказывает большое воздействие на развитие способностей студентов, повышает интерес к учебному предмету, учит связывать теорию с практикой. При работе над рефератами, как правило, проявляются особенности личности студента, его отношение к событиям окружающей жизни, понятие об этических нормах. Поэтому такие работы требуют более детального и обстоятельного разбора. С этой целью при распределении тем рефератов одновременно назначаются оппоненты, которые должны заранее ознакомиться с содержанием реферата и подготовить отзыв: отметить достоинства и недостатки, сделать замечание и дополнение по его содержанию. После выступления оппонентов в обсуждение включаются студенты. В заключение преподаватель дает оценку презентации, оппонентам и другим выступающим; Практические занятия способствуют более глубокому пониманию теоретического материала учебного курса, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности студентов;

- выполнение практических заданий с использованием математико-статистических методов обработки данных. Очень важной является работа с компьютерными пакетами статистической обработки данных. Рекомендуемые программы STATISTICA и SPSS написаны, как правило, на английском языке. Даже русифицированные версии имеют лишь первый слой в меню на русском языке; при углублении в подменю программ — английский язык. Для облегчения работы с компьютерными программами можно воспользоваться кратким словарем англо-русских статистических терминов.

Содержание практических занятий в Приложении №2

VI. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Представлены в Приложении № 3

VII. Научно-исследовательская работа обучающегося

- подготовка к работе по методу малых групп;
- подготовка к выступлению с докладом на занятии-конференции.

VIII. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины

Представлены в Приложении № 4

**Фонд оценочных средств
для проверки сформированности компетенций (части компетенций)
при промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины
«Психосоматика»**

Специальность 37.05.01 Клиническая психология,
форма обучения очная

Общепрофессиональная компетенция ОПК – 3, ИОПК 3.1.

1. Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне
Знать: теоретические основы и правила практического применения адекватных, надежных и валидных способов качественной и количественной психологической оценки при решении научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем и психологическим благополучием человека.

Примеры тестовых заданий

1. Психосоматика занимается изучением
 - а) только психосоматических феноменов
 - б) только соматопсихических феноменов
 - в) и психосоматических, и соматопсихических феноменов**
2. В настоящее время психосоматика и психология телесности изучают психосоматические феномены
 - а) только в патологии
 - б) только в норме
 - в) и в норме, и в патологии**
3. Психосоматика является отраслью
 - а) общей психологии
 - б) клинической психологии**
 - в) патопсихологии
4. В историческом контексте психосоматика опирается на
 - а) гиппократический подход**
 - б) подход школы первичных анатомов
 - в) клеточную теорию Вирхова
5. Согласно З. Фрейду, психоаналитические методы являются эффективными при работе с
 - а) конверсионными симптомами**
 - б) эквивалентами приступа тревоги
 - в) и конверсионными симптомами, и эквивалентами приступа тревоги
6. По мнению З. Фрейда, истерическая конверсия возникает вследствие
 - а) перевода возбуждения из соматической сферы в психическую
 - б) перевода возбуждения из психической сферы в соматическую**
 - в) недопущения соматического сексуального возбуждения в психическую сферу
7. Истерическая конверсия является
 - а) обратимым функциональным соматическим расстройством**
 - б) необратимым функциональным соматическим расстройством
 - в) органическим поражением соматических систем
8. Эквивалент приступа тревоги, по мнению З. Фрейда,
 - а) несет символическую нагрузку
 - б) преследует вторичную выгоду
 - в) является следствием недопущения перевода соматического возбуждения в психическую сферу**
9. Конверсионные явления, согласно Ф. Дойчу,
 - а) являются исключительно болезненными феноменами
 - б) встречаются и в норме, и патологии**

в) могут встречаться и у здорового человека, но только непосредственно перед возникновением психосоматической патологии

10. В качестве основной инстанции, ответственной за возникновение болезней, Г. Гроддек рассматривал

- а) эго
- б) супер-Эго
- в) ид**

2. Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне

Уметь: применять современные методы психофизиологии и специализированные психодиагностические методы, используемые в психиатрии, неврологии, наркологии, суицидологии, сексологии, геронтологии, в соматической медицине, при экстремальных и кризисных состояниях, при работе с детьми и подростками с ограниченными возможностями здоровья, здоровыми людьми, обратившимися за консультативной психологической помощью и др.

Примеры тестовых заданий

1. По мнению М. Шура, психосоматические заболевания возникают вследствие

- а) десоматизации
- б) ресоматизации**
- в) как де-, так и ресоматизации

2. В качестве основной модели возникновения психосоматической патологии на первом этапе развития специфического подхода в психосоматике рассматривалась

- а) истерическая конверсия**
- б) эквивалент приступа тревоги
- в) психологический стресс

3. Ф. Александер разделил все психосоматические расстройства на следующие группы

- а) истерическая конверсия, вегетоневрозы и психосоматические заболевания**
- б) истерическая конверсия и вегетоневрозы
- в) посттравматические стрессовые расстройства, невротические реакции и вегетоневрозы

4. Согласно Ф. Александеру, вегетоневрозы возникают вследствие

- а) конверсионных процессов
- б) длительного подавления эмоций**
- в) постоянного выражения эмоций вовне

5. В концепции Ф. Александера к числу факторов, определяющих возникновение психосоматических заболеваний, не относится

- а) длительность эмоционального переживания
- б) степень подавления эмоционального переживания
- в) преобладание в поведении человека активных действий над внутренними переживаниями**

6. По мнению Ф. Александера, отличие истерической конверсии от вегетоневрозов заключается в том, что

- а) конверсия затрагивает только моторную и перцептивную сферы, а вегетоневрозы вовлекают внутренние органы**
- б) конверсия сопряжена с кратковременными, а вегетоневрозы с длительными негативными воздействиями
- в) конверсия реализуется через симпатическую, а вегетоневрозы – через парасимпатическую нервную систему

7. По мнению Ф. Данбар, выделенные ею типы личности

- а) являются преморбидными**
- б) возникают вследствие длительного течения заболевания
- в) начинают формироваться непосредственно после манифестации заболевания

8. Поведение типа А является фактором риска возникновения:

- а) заболеваний желудочно-кишечного тракта
- б) общего снижения иммунитета

в) сердечно-сосудистых заболеваний

9. Для поведения типа А характерны следующие черты:

- а) постановка завышенных целей, состояние постоянной нехватки времени
- б) подчиняемость, неуверенность в своих силах
- в) ригидность поведенческих программ, застой аффекта

10. Какая из приведенных ниже характеристик НЕ ЯВЛЯЕТСЯ особенностью психосоматической матери (по М. Сперлинг)

- а) авторитарность, сверхвключенность, тревожность, скрытая враждебность по отношению к ребенку
- б) стремление удовлетворить за счет болезни ребенка свою потребность в самоутверждении
- в) неспособность адекватно распознавать эмоции, переживания ребенка**

3. Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне

***Владеть:** навыками патопсихологической, а также нейропсихологической диагностики с целью получения данных для клинической, в том числе дифференциальной, диагностики психических и неврологических расстройств, определения синдрома и локализации высших психических функций; навыками проведения, анализа, и интерпретации результатов психологического исследования лиц, находящихся в кризисных ситуациях и переживших экстремальное состояние; навыками проведения судебно-психологического экспертного исследования и составлять заключение эксперта в соответствии с нормативными правовыми документами; навыками проведения психодиагностического исследования детей, включая детей младшего возраста, и подростков с психической и соматической патологией, живущих в условиях депривации, из групп риска поведенческих нарушений, а также нормативно развивающихся детей; детско-родительских отношений и их влияния на развитие и адаптацию ребенка.*

Примеры тестовых заданий

1. Психосоматическое развитие представляет собой

- а) эмоциональное переживание и означение телесного опыта
- б) изучение функциональной значимости собственного тела
- в) прижизненное образование телесных функций и механизмов их сознательного опосредования и регуляции**

2. Нарушение психосоматического развития, чаще всего возникающее в результате травматического стресса, называется

- а) задержкой психосоматического развития
- б) регрессом психосоматического развития**
- в) искажением психосоматического развития

3. Нозогнозия — это

- а) отрицание собственной болезни
- б) первичное означение чувственной основы собственной болезни
- в) познание собственного болезненного опыта**

4. Первой стадией социализации телесных функций является

- а) эмоциональное и вербальное означение матерью телесных функций ребенка**
- б) познание ребенком функциональной значимости собственного тела
- в) усвоение ребенком социально принятых форм телесного поведения

5. К числу признаков психосоматического заболевания не относится

- а) отсутствие реальной органической основы болезненного процесса
- б) временное совпадение начала или усиления болезненной симптоматики с началом или усилением психической травматизации
- в) неэффективность применения психотропных препаратов**

6. Процесс слияния телесного и болевого опыта характерен для

а) психосоматических расстройств

б) нормального, адаптивного отношения к болезни

в) формирования психотелесных действий, имеющих культурный эталон

7. Дифференцированность, многообразие и осознанность представляют собой нормативные характеристики

а) телесного опыта

б) поведенческого опыта

в) эмоционального опыта

8. Стереотипы гипервозбуждения и болевого поведения зависят преимущественно от

а) стиля семейного воспитания

б) особенностей обучения в детстве

в) уровня порогов сенсорной чувствительности

9. В патогенезе психосоматических заболеваний участвуют

а) черепно-мозговая травма

б) хроническая психотравма

в) факторы биологического предрасположения

10. Выделите признаки, которые включают в понятие алекситимии

а) затрудненность контактов с окружающими

б) трудность в вербализации чувств

в) трудность разграничения соматических ощущений и эмоций

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

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

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

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

12. Обеднение ВКБ лежит в основе

а) анозогнозии

б) ипохондрии

в) конверсионного расстройства

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

а) возраст

б) уровень образования

в) стрессовые ситуации в жизни больного

14. Проблема социализации телесности изучается в

а) детской психосоматике

б) психосоматике и психологии телесности

в) частной психосоматике

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

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

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

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

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

а) Ролана Барта

б) Курта Левина

в) Эмиля Крепелина

17. Убежденность в наличии у себя воображаемого физического недостатка или уродства квалифицируются как
- а) дисморфофобию
 - б) дисморфоманию**
 - в) ипохондрию
18. Постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к еде в большей степени характерны для
- а) больных с депрессией
 - б) больных с обсессивно-фобическим расстройством
 - в) больных с нервной булимией**
19. В основе нервной булимии и нервной анорексии могут лежать
- а) кататонические расстройства
 - б) дисморфоманические расстройства**
 - в) фокальные припадки в форме абдоминальных болей
20. Человек получил плацебо в связи с умеренной болью и через 3 минуты сообщил, что боль прошла. На основании этого можно утверждать, что он
- а) страдает конверсионным расстройством
 - б) страдает диссоциативным расстройством
 - в) реагирует на плацебо**

Профессиональная компетенция ПК-3, ИПК 3.1.

- 1. Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне**
Знать: основные концепции личности, социума в фокусе реализации психодиагностических мероприятий, направленных на профилактику и коррекцию психического и физического здоровья.

Примеры тестовых заданий

Инструкция к кейсам:

5. Изучить Пример в Клинической ситуации № 1. Во всех остальных случаях:
6. Охарактеризовать тип отношения подопечного к болезни.
7. Охарактеризовать тип нозогении.

8. Подготовить психосоматическое заключение по следующей структуре:

- анамнез из медицинской истории болезни;
- состояние подопечного на момент начала и окончания беседы;
- структура ВКБ на настоящий момент (уровень ощущений, эмоциональный, чувственный уровень, интеллектуальный уровень, мотивационный уровень);
- динамика развития ВКБ;
- определение ведущего уровня ВКБ;
- определение причин и источников развития заболевания и специфики ВКБ;
- основной вывод о данных, полученных при исследовании. Здесь необходимо кратко, с выделением причинно-следственных связей, резюмировать причину появления заболевания, особенности ВКБ, ее иерархию, ведущий уровень, динамику, специфику ВКБ, прогноз на будущее развитие ВКБ и ответить на **практический запрос**: что необходимо внести в систему групповой работы, куда включен Ваш подопечный, чтобы учесть интересы развития его ВКБ.

Клиническая ситуация № 1

Андрей Ю., 40 лет.

Неоднократно был госпитализирован в неврологическую клинику по поводу затяжного радикулита с выраженным болевым синдромом и нарушением чувствительности. Случайно во время психодраматической постановки его сна на психотерапевтической группе удалось выяснить, что он служил в Афганистане, долгие годы медленно продвигался по карьерной лестнице, терпел самодурство начальника и в течение многих лет не позволял себе проявлять эмоции страха и гнева. Столкнувшись с тревожащей его ситуацией во время психодрамы, он не хотел вставать после

завершения проигрывания своего сна (возник функциональный паралич) и издавал стоны. С помощью приема вербального отражения и усиления его звуков удалось вызвать у мужчины крик: эмоцию страха он долгие годы подавлял в бессознательном.

Ответ:

- тип отношения к болезни – эргопатический;

- тип нозогении – гипогнозия;

- структура ВКБ:

* уровень ощущений - выраженный болевой синдром и нарушение чувствительности, т.е. искажение ощущений

* эмоциональный уровень – подавление эмоции страха

* интеллектуальный уровень – рационализация своего заболевания

* мотивационный уровень – конфликт мотивов

- динамика развития ВКБ - начальным уровнем является уровень ощущений и субъективно заболевание начинается с продромного состояния и поиска возможных объяснений этого состояния;

- ведущий уровень ВКБ - описание эмоций или соматических жалоб с явной эмоциональной окраской;

- причины и источники развития заболевания и специфики ВКБ:

* Психологическая проблема пациента – это проблема внутриличностная, в межличностном пространстве она может быть не представлена, болезнь не решает проблему, а указывает на нее

* Конфликт остается скрытым от подопечного и окружающих, и на фоне психологически благополучной жизненной ситуации появляется заболевание

2. Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне

Уметь: прогнозировать изменения и оценивать их динамику в различных сферах психического функционирования человека и его психологии при медицинском психологическом воздействии, направленном на гармонизацию жизнедеятельности индивида.

Примеры тестовых заданий

Клиническая ситуация № 2

Юрий П., 36 лет, выходец из Закарпатской области.

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

От первого брака у Юрия было трое детей. Прожив с первой женой семь лет, Юрий уехал от нее после очередного конфликта, связанного с ее равнодушным отношением к его потребностям. Разыскал проживавшую в Латвии одноклассницу, которая также с тремя детьми уехала от мужа, и женился на ней. Вскоре в связи с распадом СССР они вынуждены были уехать в Псковскую область. Юрий воспитывал пасынков как родных детей, хотя жена периодически говорила, что наказывать неродных детей нельзя. Спустя два года родился совместный ребенок. Идеализация второй жены, напоминавшей по характеру умершую мать и имевшей такое же имя, вскоре начала проходить. Жена препятствовала общению с друзьями, пилила его за употребление алкоголя. Когда младшему ребенку исполнилось три года, у него была диагностирована бронхиальная астма, а Юрий начал страдать язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Каждый год он проходил курс лечения медикаментами, ему неоднократно предлагалась операция. В случайной беседе с психотерапевтом Юрий рассказал, что он постоянно испытывает чувство внутренней пустоты и дефицит общения, потерял контакт с братьями, нет друга, с которым мог бы поделиться своими переживаниями, жена осуществляет тотальный контроль над его общением (в рассказе именуется ее «моя ментовка»). Дети, которых он вырастил как своих, игнорируют его мнение, а младший сын избалован из-за своей болезни. Кроме того он испытывает чувство вины перед своими родными детьми от первого брака. «Бывает желание уйти в поле и напиться. Иногда напиваюсь назло жене».

Ответ:

- тип отношения к болезни – апатический;
- тип нозогении – гипогнозия;
- структура ВКБ:
- * уровень ощущений - искажение ощущений
- * эмоциональный уровень – ведущее эмоциональное реагирование по типу обиды, чувства вины, одиночества, пустоты, потерянности
- * интеллектуальный уровень – интерпретация своего заболевания в контексте неудавшейся в целом жизни
- * мотивационный уровень – соотношение болезни и мотива по варианту регрессивного или негативного смысла болезни, характеризующегося фрустрацией основных потребностей физического и социального существования
 - динамика развития ВКБ - первичный уровень формирования – это интеллектуальный уровень, при котором начало формирования ВКБ начинается с постановки диагноза, в результате которого появляется его эмоциональная оценка и пересмотр мотивационной сферы, далее появляются первые ощущения, напрямую связанные с основным мифом о протекании болезни;
 - ведущий уровень ВКБ - конфликт (внутреннее противоречие и невозможность сделать выбор между противоположными потребностями, установками, ценностями, и невозможность выйти из ситуации, не решив ее – 3 уровень);;
 - причины и источники развития заболевания и специфики ВКБ:
- * соматическое заболевание имеет психологическую основу, нерешенный конфликт, который выражается в символической форме
 - * особенности ССР, ее дисфункциональный характер

Клиническая ситуация № 3*Дмитрий, 26 лет*

Дмитрий - военнослужащий, студент заочного отделения психологического факультета, рискнул выступить в качестве клиента на занятиях по психотерапии. Вот как он описал свое расстройство.

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

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

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

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

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

Ответ:

- тип отношения к болезни – гармоничный;

- тип нозогении – гипогнозия;

- структура ВКБ:

* уровень ощущений - многочисленность и многоплановость ощущений, их крайняя дифференцированность и лабильность, характерное усиление объективно незначительных соматических симптомов или появление симптомов без убедительных соматических оснований, восприятие нейтральных стимулов как болезненных

* эмоциональный уровень – ведущее эмоциональное реагирование по типу тревоги, обиды, ненависти и агрессии

* интеллектуальный уровень – интерпретация своего заболевания в контексте дисгармоничных и дисфункциональных семейных и социальных отношений

* мотивационный уровень – соотношение болезни и мотива по типу конфликтного смысла болезни

- динамика развития ВКБ - первичный уровень формирования – это интеллектуальный уровень, при котором начало формирования ВКБ начинается с постановки диагноза, в результате которого появляется его эмоциональная оценка и пересмотр мотивационной сферы, далее появляются первые ощущения, напрямую связанные с основным мифом о протекании болезни;

- ведущий уровень ВКБ - конфликт (внутреннее противоречие и невозможность сделать выбор между противоположными потребностями, установками, ценностями, и невозможность выйти из ситуации, не решив ее – 3 уровень);

- причины и источники развития заболевания и специфики ВКБ:

* соматическое заболевание, по мнению пациента, имеет психологическую основу, нерешенный конфликт, который выражается в символической форме

* особенности ССР, ее дисфункциональный характер

3. Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне

Владеть: методами психологического консультирования, психопрофилактики, реабилитации в работе с индивидами, группами, учреждениями, представителями различных субкультур.

Клиническая ситуация № 4

Тимур, 8 лет.

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

Есть косвенные данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями: бабушка по линии отца собственноручно похоронила мертворожденного ребенка без какого-либо оформления документов. Отец по профессии менеджер, психопатологических отклонений не имеет. Мать по образованию педагог, по характеру тревожная и обидчивая. При рождении ребенка матери было 28 лет, отцу 30 лет. До этого в течение десяти лет супруги предохранялись от беременности. Мать Тимура очень хотела дать редкое имя своему первенцу, мотивируя свое желание следующим образом: «Когда я буду звать его из песочницы, то откликнется мой ребенок, а не три Димы». Беременность протекала тяжело, с угрозой прерывания, был обнаружен отрицательный резус-фактор. Ребенок родился в срок. Врачи зафиксировали родовую травму и стафилококковую инфекцию, ребенок был госпитализирован в городскую больницу. Первый год жизни прошел в борьбе за сон. Кроме того были проблемы с кормлением, периодически возникала аллергия с повышением температуры. При этом с пяти месяцев функции выделения осуществлял в кроватке, а первый оформленный стул появился к году.

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

С трех лет любил рисовать, собирал модели из конструктора «Лего». Отец много работал, занимался сыном редко, так как у него существовала иррациональная установка, что «ребенок до семи лет — мамин». Когда Тимуру исполнилось пять лет, отец ушел в другую семью. Мать, испытав сильный

стресс, проходила лечение в психиатрической больнице. До сих пор считает, что любит своего мужа. «Я отпустила, но не отдала». В семье появилась няня, так как мать, по профессии учитель французского языка, решила переобучиться на бухгалтера, что ей вполне удалось. До шести с половиной лет ребенок почти не видел отца. Он изредка приезжал, привозил подарки, но мальчик радовался даже таким мимолетным встречам. Бывшая жена пыталась заставить отца «любить» сына, но это ей удавалось с трудом.

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

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

Ответ:

- тип отношения к болезни – неврастенический;
- тип нозогении – гипергнозия;
- структура ВКБ:

* уровень ощущений - многочисленность и многоплановость ощущений, их крайняя дифференцированность и лабильность, характерное усиление объективно незначительных соматических симптомов или появление симптомов без убедительных соматических оснований, восприятие нейтральных стимулов как болезненных

* эмоциональный уровень – ведущее эмоциональное реагирование по типу тревоги, обиды, ревности, любви и ненависти, агрессии

* интеллектуальный уровень – болезнь как «слабость организма», как «враг» или как «ущерб»

* мотивационный уровень – преградный или негативный смысл болезни, характеризующийся фрустрацией основных потребностей физического и социального существования

- динамика развития ВКБ - начальным уровнем является уровень ощущений и субъективно заболевание начинается с продромного состояния и поиска возможных объяснений этого состояния;

- ведущий уровень ВКБ – фрустрация (лишенное мотивосообразности или организованности целью, аффективное поведение –2 уровень);

- причины и источники развития заболевания и специфики ВКБ:

*соматическое заболевание имеет психологическую основу, нерешенный конфликт, который выражается в символической форме

* особенности ССР, ее дисфункциональный характер

Клиническая ситуация № 5

Юлия Г., 24 года

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

Родилась на Украине в семье служащих. Отец занимал крупный пост и всегда желал единственной дочери, чтобы она достигла высокого положения в обществе. Девушка росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами. В 10 классе был обнаружен нефроптоз, и девушке запретили заниматься какими-либо видами спорта. Закончила в Киеве институт иностранных языков и осталась там работать в одном из госучреждений. Всегда свысока относилась к представителям русской нации, считая, что они лодыри и тунеядцы. При этом у нее был роман с русским бизнесменом, который закончился разрывом через три месяца. Подходящего ее требованиям украинца она не нашла, и следующим объектом любовных отношений стал Петербургский бизнесмен Денис, работавший в

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

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

Ответ:

- тип отношения к болезни – эгоцентрический;

- тип нозогении – гипергнозия;

- структура ВКБ:

* уровень ощущений - искажение ощущений, при котором возможно игнорирование объективных симптомов соматического заболевания, и развитое ощущение иных симптомов, свидетельствующих о другом субъективно воспринимаемом, но объективно не регистрируемом процессе в организме

* эмоциональный уровень – ведущее эмоциональное реагирование по типу недовольства окружающими, агрессии, страха, внутренней пустоты

* интеллектуальный уровень – болезнь в социальном контексте

* мотивационный уровень – преградный или негативный смысл болезни, характеризующийся фрустрацией основных потребностей физического и социального существования

- динамика развития ВКБ - начальным уровнем является уровень ощущений и субъективно заболевание начинается с продромного состояния и поиска возможных объяснений этого состояния;

- ведущий уровень ВКБ – кризис (дезорганизация личности, возникающая из-за невозможности реализации своего замысла, жизненного пути – 4 уровень);

- причины и источники развития заболевания и специфики ВКБ:

*соматическое заболевание имеет психологическую основу, нерешенный конфликт, который выражается в символической форме

* особенности ССР, ее дисфункциональный характер

Вопросы к экзамену:

1. Идея целостного подхода к больному в медицине.
2. Поведение типа А: психологический аспект изучения.
3. Психоаналитический подход в психосоматике, его критическая оценка.
4. Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен.
5. Динамика внутренней картины болезни в процессе лечения.
6. Особенности ВКБ у различных возрастных групп.
7. Различные подходы к изучению ВКБ.
8. Изучение внутренней картины болезни в контексте культурно-исторического подхода к психосоматическим расстройствам (концепция Тхостова А.Ш.).
9. Сравнительный анализ различных моделей внутренней картины болезни (Николаева В.В., Тхостов А.Ш.).
10. Гипотеза психосоматической специфичности в различных психоаналитических моделях (З. Фрейд, Ф. Александер).

11. Концепция профиля личности в психосоматике.
12. Роль эмоций в происхождении психосоматических заболеваний. Экспериментальные факты, клинические наблюдения (по Я. Рейковскому).
13. Проблема психологического онтогенеза телесности.
14. Исторические и методологические предпосылки становления психосоматического направления в медицине.
15. Основные положения культурно-исторического подхода к психосоматической проблеме.
16. Психофизиологические модели стресса (Г. Селье, У. Кэннон, И.П. Павлов, кортико-висцеральная теория, П.К. Анохин).
17. Концепция выученной беспомощности М. Селигмана. Поисковая активность и ее роль в симптомообразовании (В.С. Роттенберг, В.В. Аршавский).
18. Представления о психологических и социальных аспектах стресса (Р. Лазарус, В.А. Бодров).
19. Стресс и психосоматические расстройства.
20. Психогенная импотенция как модель психосоматического симптомообразования в психологии телесности.
21. Особенности социальной ситуации развития у больных хроническими соматическими заболеваниями (на примере хронической почечной недостаточности).
22. Психологические модели симптомообразования: систематика, особенности, критическая оценка.
23. Психосоматический феномен и психосоматический симптом: возможности их дифференциации.
24. Психологическая феноменология алекситимии.
25. Различные подходы к проблеме алекситимии.
26. Алекситимия как психологическая проблема.
27. Нарушения познавательной деятельности у больных с хроническими соматическими заболеваниями.
28. Личностные изменения при хроническом течении соматического заболевания.
29. Проблема симптомогенеза в истории психосоматики.
30. Предмет и задачи психологического изучения психосоматических явлений.
31. Проблема психосоматического дизонтогенеза.
32. Проблема классификации психосоматических расстройств.
33. Факторы, влияющие на психосоматическое развитие ребенка (теория объектных отношений, культурно-исторический подход).
34. Проблема психосоматического симптомогенеза в концепциях М. Шура, А. Митчерлиха.
35. Гипотеза специфичности психодинамического конфликта Ф. Александера: примеры психодинамических конфликтов при различных заболеваниях (симпатическая и парасимпатическая активация).
36. Проблема механизмов психосоматического симптомообразования.
37. Динамика представлений о психосоматической специфичности.
38. Проблема психосоматического симптомогенеза в теории объектных отношений.
39. Архаические и современные формы «психосоматической мифологии».
40. Герменевтическая модель в медицине.

Содержание курса практических занятий

Практическое занятие 1.

Тема: Понятие базовые проблемы психологии телесности.

Цели занятия:

- формирование профессиональных компетенций в соответствии с матрицей;
- проверка освоения студентами содержания вопросов темы;
- оценка выполнения студентами практических заданий в ходе самостоятельной работы.

Вопросы:

1. Понятие психологии телесности. Феноменология телесности.
2. Тело как культурный феномен.
3. Семиотика телесности.
4. Смысловое опосредование телесности.
5. Возрастные особенности восприятия собственного тела.
6. Здоровье и болезни в контексте психологии телесности.

Практическое занятие 2.

Тема: Понятие психосоматики и психосоматических расстройств.

Цели занятия:

- формирование профессиональных компетенций в соответствии с матрицей;
- проверка освоения студентами содержания вопросов темы;
- оценка выполнения студентами практических заданий в ходе самостоятельной работы.

Вопросы:

1. Понятие психосоматики.
2. Появление идей психосоматики в работах Хайнротта.
3. Понимание психосоматических расстройств З. Фрейдом.
4. «Психосоматическая медицина» Ф. Александера.
5. Развитие идей психосоматической медицины во второй половине XX века.
6. Современное понимание психосоматических расстройств.

Практическое занятие 3.

Тема: Концепции происхождения психосоматических расстройств.

Цели занятия:

- формирование профессиональных компетенций в соответствии с матрицей;
- проверка освоения студентами содержания вопросов темы;
- оценка выполнения студентами практических заданий в ходе самостоятельной работы.

Вопросы:

1. Конверсионная модель формирования психосоматических симптомов З. Фрейда.
2. Модель вегетативного неврозита и теория векторов Ф. Александера.
3. Психосоматический симптом как результат нарушения объектных отношений или утраты объекта.
4. Эго-психология Кохута.
5. Концепция десоматизации Шура.
6. Психосоматический симптом как следствие ролевого конфликта (Я. Морено).
7. Когнитивные модели возникновения психосоматических расстройств.
8. Психосоматический симптом как результат дисфункции семейной системы.
9. Отечественные концепции происхождения психосоматических расстройств.

Практическое занятие 4.

Тема: Виды форм психосоматических расстройств.

Цели занятия:

- формирование профессиональных компетенций в соответствии с матрицей;

- проверка освоения студентами содержания вопросов темы;
- оценка выполнения студентами практических заданий в ходе самостоятельной работы.

Вопросы:

1. Классификация психосоматических расстройств (работы МКБ-10 и DSM-IV).
2. Соматоформные расстройства.
3. Конверсионные расстройства.
4. Соматизированные расстройства.
5. Соматоформные болевые расстройства.
6. Ипохондрия.
7. Дисморфическое расстройство.

Практическое занятие 5.

Тема: Частная психосоматика.

Цели занятия:

- формирование профессиональных компетенций в соответствии с матрицей;
- проверка освоения студентами содержания вопросов темы;
- оценка выполнения студентами практических заданий в ходе самостоятельной работы.

Вопросы:

1. Психосоматические болезни органов дыхания.
2. Сердечно-сосудистые заболевания.
3. Психосоматика пищевого поведения и желудочно-кишечные заболевания.
4. Болезни эндокринной системы.
5. Кожные и гинекологические психосоматические заболевания.
6. Болезни опорно-двигательного аппарата.
7. Психовегетативные расстройства.
8. Онкологические заболевания.
9. Инфекционные болезни.
10. Головная боль.
11. Психосоматические аспекты депрессии.

Практическое занятие 6.

Тема: Общие принципы методов диагностики психосоматических заболеваний.

Цели занятия:

- формирование профессиональных компетенций в соответствии с матрицей;
- проверка освоения студентами содержания вопросов темы;
- оценка выполнения студентами практических заданий в ходе самостоятельной работы.

Вопросы:

1. Общие положения и базовые принципы в диагностике психосоматических заболеваний.
2. Диагностическая беседа и клинико-биографический метод.
3. Специализированные психологические тесты в психосоматической практике
4. Использование тестов диагностики психических свойств и состояний в работе с психосоматическими пациентами.
5. Проективные тесты в работе с психосоматическими пациентами.
6. Методы анализа продуктов и процессов деятельности.

Практическое занятие 7.

Тема: Многоосевая диагностика психосоматических заболеваний.

Цели занятия:

- формирование профессиональных компетенций в соответствии с матрицей;
- проверка освоения студентами содержания вопросов темы;
- оценка выполнения студентами практических заданий в ходе самостоятельной работы.

Вопросы:

1. Понятие многоосевой диагностики и ее преимущества в работе с психосоматическими пациентами.
2. Характеристика осей (направлений) диагностики.
3. Многоосевая диагностика детей и подростков.
4. Построение обследования при использовании многоосевой диагностики.

Практическое занятие 8.

Тема: Психотерапия психосоматических заболеваний.

Цели занятия:

- формирование профессиональных компетенций в соответствии с матрицей;
- проверка освоения студентами содержания вопросов темы;
- оценка выполнения студентами практических заданий в ходе самостоятельной работы.

Вопросы:

1. Общие вопросы терапии психосоматических пациентов.
2. Суггестивная психотерапия: возможности, ограничения, техники.
3. Психосинтез: возможности, ограничения, техники.
4. Терапия, фокусированная на решении: возможности, ограничения, техники.
5. Позитивная психотерапия: возможности, ограничения, техники.
6. Гештальт-терапия: возможности, ограничения, техники.
7. Когнитивно-поведенческая психотерапия: возможности, ограничения, техники.
8. Символдрама и психодрама: возможности, ограничения, техники.
9. Транзактный анализ: возможности, ограничения, техники.
10. Арт-терапия и креативная визуализация: возможности, ограничения, техники.
11. Танцевально-двигательная терапия: возможности, ограничения, техники.
12. Телесно-ориентированная психотерапия: возможности, ограничения, техники.
13. Семейная психотерапия: возможности, ограничения, техники.
14. Нейролингвистическое программирование: возможности, ограничения, техники.

Справка
о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины
Психосоматика

№ п\п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащённость специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
1.	Учебная аудитория № 502 для проведения лекционных и семинарских занятий, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации.	Посадочных мест, оснащённых учебной мебелью - 30. Выход в Интернет. Ноутбук. Мультимедиа-проектор. Доска – 1 шт.
2.	Учебная аудитория № 59 (компьютерный класс) для самостоятельной работы студентов	Посадочных мест, оснащённых учебной мебелью – 40, Компьютеров - 40 Персональные компьютеры объединены в локальную сеть с выходом в Интернет и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду университета.

**Лист регистрации изменений и дополнений на _____ учебный год
в рабочую программу дисциплины (модуля, практики)
Психосоматика**

(название дисциплины, модуля, практики)

для студентов 5 курса,

специальность: Клиническая психология

форма обучения: очная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на

заседании кафедры «_____» _____ 202__ г. (протокол № _____)

Зав. кафедрой _____ (ФИО)

подпись

Содержание изменений и дополнений

№ п/п	Раздел, пункт, номер страницы, абзац	Старый текст	Новый текст	Комментарий