

**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 (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 персонализированной медицины)

1. Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне ИОПК 3.1. *(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 ИОПК 3.2. *(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 ИОПК 3.3.-3.6. *(Владеть навыками психопсихологической, 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 гипертонического 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 (Готовность и способность осуществлять психологическое консультирование населения в целях психопрофилактики, сохранения и улучшения психического и физического здоровья, формирования здорового образа жизни, а также личностного развития)

1. Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне ИПК 3.1. (*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:

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 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 ИПК 3.2. (*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 отца. Со слов матери, отец меня очень любит и желает мне только хорошего.

Первые признаки затаенного 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 отцом 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 ИПК 3.3. (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 кровати, 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.