

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Искаков Ирлан Жангазыевич Автономная некоммерческая организация высшего образования

Должность: Ректор

«Университет при Межпарламентской Ассамблее ЕвразЭС»

Дата подписания: 01.08.2022 11:23:16

Уникальный программный ключ:

a748d5b672796bd7b37612bb23a3449357804892a0d120774ea9def3ef7a2bc0

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

Основы психосоматики

(наименование дисциплины)

Направление подготовки/Специальность 37.03.01 Психология

Квалификация выпускника Бакалавр

Направленность (профиль) Психоанализ

2022 г.

1. Место дисциплины в структуре образовательной программы, входные требования для освоения дисциплины (при необходимости)

Дисциплина «Основы психосоматики» относится к дисциплинам вариативной части Блока 1 «Дисциплины (модули)» программы бакалавриата.

2. Объем дисциплины в зачетных единицах

Объем дисциплины составляет 3 зачетные единицы.

3. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам)

1. Психосоматика как междисциплинарное научное направление. Психосоматическая медицина.
2. Современные исследования психосоматических расстройств (заболеваний).
3. Общие признаки психосоматических расстройств (заболеваний).
4. Обзор психосоматических концепций.
5. Психоаналитическая концепция психосоматики. Болезнь как конфликт.
6. Психофизиологические теории психосоматических расстройств.
7. Концепция алекситимии.
8. Теории патологии раннего развития. Психосоматогенная семья.
9. Частная психосоматика. Ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда) и гипертоническая болезнь. Заболевания желудочно-кишечного тракта.
10. Частная психосоматика. Эндокринные заболевания психосоматической природы. Кожные заболевания. Бронхиальная астма. Психовегетативный синдром.

4. Методические рекомендации по организации изучения учебной дисциплины

Изучение дисциплины включает контактную работу обучающихся с педагогическими работниками организации и (или) лицами, привлекаемыми организацией к реализации образовательных программ на иных условиях в форме занятий различных типов в соответствии со спецификой дисциплины и самостоятельную работу обучающихся в объемах соответственно учебному плану. Контактная работа может проводиться с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий.

Теоретические занятия

Раздел 1. Психосоматика как междисциплинарное научное направление. Психосоматическая медицина.

Психосоматика - научная дисциплина, изучающая соотношения биологических, психологических и социальных факторов в норме и патологии.

Происхождение термина "психосоматика" - J.Heinroth, М.Якоби понятие - «соматопсихическое»; возникновение психоаналитической психосоматики - П. Федерн, 1913; термин «соматизация» В. Штекель; К.Ясперс первоначальное разделение психосоматических синдромов; Т.Икскуль - «биопсихосоциальная модель». Определение «психосоматической медицины» и «психосоматического расстройства». Психосоматический подход. Содержание

психосоматического подхода. История современной психосоматической медицины. Психосоматическая медицина, как междисциплинарное научное направление (раздел психотерапии; предмет исследования физиологии; отрасль психологии; как социальная наука). Предмет психологического исследования в психосоматике. Задачи психосоматической медицины. Развитие психосоматической медицины.

Раздел 2. Современные исследования психосоматических расстройств (заболеваний).

Распространенность психосоматических расстройств. Определение и виды психосоматических расстройств.

Психосоматическое расстройство – нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых по большей части связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психологической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности. Двусторонний характер психосоматических соотношений.

Позиция А.Б.Смулевича - психосоматические расстройства - группа болезненных состояний, характеризующаяся формированием: соматизированных психических нарушений - (психосоматический аспект); психических расстройств, отражающих реакцию на соматическое заболевание - (соматопсихический аспект).

Психоцентрический и соматоцентрический подходы психосоматических соотношений. Три основные группы психосоматических расстройств по Б. Любан-Плоцца: конверсионные расстройства, функциональные синдромы, психосоматические заболевания (психосоматозы).

Психосоматические болезни в более узком смысле: классические психосоматические заболевания («holy seven» — «святая семерка»). Соматоформные расстройства. Диссоциативные (конверсионные) расстройства. Нозогенные расстройства – патологические личностные реакции на психотравмирующий факт болезни и ее последствий. Ятрогенные расстройства. Соматогенные расстройства – психические нарушения, развивающиеся вследствие нейротоксического эффекта соматического заболевания. Психические расстройства, осложняющиеся соматической патологией (алкоголизм, расстройства пищевого поведения: нервная анорексия, булимия и др.).

Раздел 3. Общие признаки психосоматических расстройств (заболеваний).

Характеристики психосоматических заболеваний: хроническое течение; значительная роль психического стресса в проявлении, развитии и динамике заболевания; преморбидные характеристики личности больного; недостаточность навыков эффективного преодоления стресса; недостаточная эффективность традиционных схем и методов лечения соматической патологии; положительный эффект при применении психо-фармако-терапии и психотерапии.

Патогенез психосоматических заболеваний определяется: неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами; наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам; нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности ЦНС); личностными особенностями; психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий; фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов; особенностями психотравмирующих событий.

Многофакторность в объяснении психосоматических заболеваний - совокупность причин, которые взаимодействуют между собой. Взаимосвязи соматического и психического, влияние предрасположенности, фактическое состояние окружающей среды и её субъективная переработка, физиологические, психические и социальные воздействия в их совокупности и в

дополнение друг друга. Компоненты дисперсии в генезе психогенных заболеваний (Н. Schepank, 1991).

Предрасположенность (диспозиция) - фон для развития заболевания, факторы, разрешающие развитие болезни, факторы, задерживающие развитие болезни.

Биопсихосоциальная модель болезни: диада «диатез — стресс», где диатез — биологическая предрасположенность к определенному болезненному состоянию, стресс — психосоциальные факторы, актуализирующие эту предрасположенность. Взаимодействие диатеза и стресса, как фактор развития заболевания.

Варианты развития психосоматических заболеваний (Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский): ситуационный (первично-психогенный) вариант, личностный вариант, церебральный вариант.

Основные источники эмоционально обусловленных заболеваний (по И.Г. Малкиной-Пых).

Раздел 4. Обзор психосоматических концепций.

Развитие психосоматических концепций.

Концепция Флендерс Данбер. (Dunbar F. 1943 США): каждому психосоматическому заболеванию соответствует определенный тип личности, специфическая констелляция личностных черт, «личностный профиль».

Концепция М. Шура. Schur H. (1955). Теория десоматизации – ресоматизации: психосоматическое симптомо-образование как топическая и временная регрессия, соматические заболевания описываются в рамках модели развития физической и психической деятельности.

Концепция А. Митчерлиха немецкого врача, психоаналитика и социальный психолога. Концепцию двухфазного вытеснения – динамического изменения неврозов и соматических заболеваний.

Модель потери или угрозы потери объекта привязанности, отказа от веры в будущее, потери «ключевой фигуры, отказа от веры в будущее – Д. Энгельсу и А. Шмале. - ослабление иммунной защиты организма с психологическим отказом от будущего, потерей веры, оптимизма.

Раздел 5. Психоаналитическая концепция психосоматики. Болезнь как конфликт.

Зарождение психосоматических представлений, открытие механизма конверсии - новый практический подход, открытие возможности лечить болезненные состояния в их психосоматическом аспекте. Конверсионная модель З.Фрейда в работах «Психоневрозы защиты» и «Исследования истерии». Благодаря конверсии, «сумма возбуждения» переводится в соматическую сферу, обеспечивая эмоциональное облегчение. Теория "специфичности интрапсихического конфликта" Ф. Александера (роль психических факторов в этиопатогенезе желудочно-кишечных, дыхательных, а потом и сердечнососудистых расстройств). Три типа психосоматических соотношений по уровню вытеснения. Эмоциональная специфичность вегетативных неврозов. Специфика психосоматозов - общей характеристикой является не определённый тип личности, а типичная неосознанная конфликтная ситуация, которая развивается у самых разных личностей и затем может приобретать доминирующее значение в жизни этих людей. Три фактора - наиболее важные в этиологии психосоматических расстройств: унаследованная или рано приобретенная органная или системная недостаточность, психологические паттерны конфликта, формируемая в раннем детстве защита, актуальные жизненные ситуации. Развитие психосоматического заболевания по Ф.Александеру. Г.Фрейбергер - ведущие психодинамические факторы психосоматических больных:

депрессивность после потери объекта и нарциссической обиды, орально-агрессивные черты, агрессивная защита, ограничение способности к интроспекции. Психосоматическая линия развития - «симптом», «конфликт» и «личностные особенности».

Раздел 6. Психофизиологические теории психосоматических расстройств.

Павлов И.П. - теория рефлекторной основы психической деятельности, использование экспериментального естественнонаучного метода: физиологические функции могут вызываться условными сигналами. Концепция экспериментального невроза.

Быков К.М., Курицин И.Т. - гипотеза о кортико-висцеральном происхождении психосоматических расстройств.

Cannon W. B. - теория вегетативного сопровождения эмоций. Понятие гомеостаза. Нейрогуморальная регуляция поведения человека. Физиологический ответ на экстремальную ситуацию: активация гипоталамуса (нейрогуморальный центр вегетативной нервной системы), запуск защитных механизмов на двигательном, висцеральном, нейрогуморальном уровнях. Определенные эмоции вызывают определенные вегетативные сдвиги. Selye H.: концепция «общего неспецифического синдрома адаптации». Общий адаптационный синдром. Стресс как общий синдром адаптации – неспецифической реакции организма на любой значимый раздражитель. Три этапа развития стресса: стадия тревоги (непосредственная реакция на воздействие, во время которой осуществляется мобилизация ресурсов организма); стадия резистентности (эффективного сопротивления стрессору и/или адаптации к его воздействию); стадия истощения (нарушения адаптации вследствие истощения адаптационно-компенсаторных ресурсов). Эустресс — синдром, способствующий сохранению здоровья, дистресс — вредоносный или неприятный синдром.

Современный взгляд на обеспечение состояния стресса. Симпатоадреналовая система. Гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальная ось (гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников). Кортизол - «гормон стресса»: стимулирует превращение белков в углеводы, приводит к повышению концентрации глюкозы в крови, регулирует образование и распределение жиров, способствуя гиперлипидемии и гиперхолестеринемии, подавляет клеточный и гуморальный иммунитет. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М – критика подхода Селье, «всеобъемлющее понимание роли стресса в возникновении болезни ещё не достигнуто».

Раздел 7. Концепция алекситимии.

Алекситимический радикал в структуре преморбидной личности, как один из возможных психологических факторов риска психосоматических расстройств. Концепция Ruesh H. (1948): Теория инфантильной личности - трудности в вербальном символическом выражении эмоций, неспособность развивать мысли, затруднения в понимании переносного смысла высказываний, речевая бедность, и неспособность к фантазиям. Алекситимия (букв. с греч. «нет слов для чувств») – недостаточная дифференцированность и осознанность сферы чувств и эмоций, неспособность человека к эмоциональному резонансу, Поль Сифнеос (Sifneos P.), 1967-73 г. Когнитивно-аффективные особенности алекситимии: трудности в распознавании - (идентификации), описании и выражении эмоций и чувств; трудности в разграничении чувств и телесных ощущений, склонность описывать эмоции с точки зрения телесных ощущений и поведенческих реакций; нарушение способности к символизации, бедность воображения; фокусирование в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Признаки алекситимии по Бройтигам В. с соавт.: своеобразная ограниченность способности фантазировать; типичная неспособность выражать переживаемые чувства; высокая приспособленность к товарищеским - «гипернормальность»; неспособность к истинным

отношениям с объектом, тотальное идентифицирование с объектом. Модель «отрицания» и модель «дефицита» (Неймиах). Критика концепции алекситимии. Вопрос о происхождении алекситимических черт, алекситимия у здоровых людей. Дифференциальная диагностика (мотивационные нарушения памяти. Аффективные нарушения при вялотекущей шизофрении, тип операционального мышления, характерный для малограмотных или когнитивно-неразвитых лиц, культурная или субкультурная характеристика).

Раздел 8. Теории патологии раннего развития. Психосоматогенная семья

Ведущая роль матери на ранних этапах развития, формирование у ребенка язык тела. М. Малер: теория сепарации и индивидуации. Адекватное участие матери на каждом этапе сепарации и индивидуации: по возможности полное удовлетворение потребностей на симбиотической фазе; дозированные фрустрации, подталкивающие ребенка к сепарации и созданию объективных репрезентаций на подфазах сепарации. Патологическая симбиотическая связь с матерью, как важнейший аспект психологической predisпозиции к болезни. Типичная психосоматическая мать - авторитарная, сверх включённая, доминирующая, открыто тревожная и латентно враждебная, требовательная и навязчивая. Особенно значимые качества матери для формирования психосоматической патологии.

Г.Аммон: теория нарушения симбиоза. Двойная функция психосоматического заболевания: позволяет матери поддерживать с ребенком такую форму контакта, которая находится в созвучии Модель борьбы за свое тело П. Куттера: психосоматический больной недостаточно любит свое тело, т.е. имеет место дефицит либидинозного заполнения тела со стороны Сэлф пациента. Регрессивная и прогрессивная защита. Роль матери в развитии возможности «овладеть своим телом». Принцип «борьбы за свое тело» отчужденное матерью или другими значимыми лицами. Патогенные взаимодействия, как фактор риска психосоматического расстройства. Р. Шпиц - во взаимодействии в диаде мать-дети основное влияние на поведение ребенка оказывают не осознанные поступки матери, а ее бессознательная позиция. Органические и поведенческие симптомы маленького ребенка, как следствие психотоксических влияний со стороны матери. с его бессознательными страхами и запросами; позволяет ребенку, приспособившемуся к бессознательному конфликту матери, создать себе мост для контакта.

Три типа отношений в родительских семьях у психосоматических больных, Г. Стайерлин: связывание, отвержение, делегирование. Характеристики и патогенные особенности психосоматогенных семей. Системный подход: психосоматическое расстройство одного члена семьи, как выражение дисфункции семейной системы. Особенности психосоматогенной семьи по С. Минухину. Типичные паттерны психосоматической семьи. Интегративный подход Д. Н. Оудсхоорна. Диагностика психосоматических расстройств у детей и подростков на шести уровнях: среда, семья, «Я», психодинамика, личность, тело.

Раздел 9. Частная психосоматика. Ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда) и гипертоническая болезнь. Заболевания желудочно-кишечного тракта.

Ишемическая болезнь сердца. Исследования Friedman M., Rosenman R. Понятие А- и Б-типов личности. Поведенческий тип А («коронарный тип») - характеристики: амбициозность; агрессивность; соревновательность нетерпеливость. Характерное (контр фобическое) поведение больных типа А при беседе с врачом. Национальный институт США по исследованию сердца, легких и крови - поведение типа А в 2- 2,5 раза повышает вероятность развития ишемической болезни сердца. Ф.Фричевски: 3 варианта типа А. Поведенческий тип Б, характеристики:

выдержанность, неторопливость, отсутствие тенденции к соперничеству, гибкость, уравновешенность.

Гипертоническая болезнь. Определение. Распространенность. Причины стойкого повышения давления по Ф.Александреру. Специфический личностный конфликт. Г. К. Ушаков - предрасполагающие факторы гипертонической болезни. "Острые эпидемии" артериальных гипертензий. Особенности личности больных. Интерперсональное напряжение в структуре личности, между агрессивными импульсами с одной стороны, и чувством зависимости - с другой.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Определение. Современная теория развития язвенной болезни. Предрасполагающие факторы. Специфический конфликт по Ф Александреру: потребность к зависимости и стремление к самостоятельности. Ю.А.Ващенко - конфликт между фундаментальными психологическими установками зависимости и доминирования. Психологические типы язвенных больных: пассивный и гиперактивный. Overbeck и Viebl - 5 психологических типов язвенных больных. Язвенный колит, определение, причинные факторы болезни. Ванчаковой Н.П. - заболевание как эквивалент реакции печали, возникающей в ситуации потери значимых отношений. Особенности личности больных язвенным колитом: склонность к самообвинению, повышенная эмоциональная ответственность, вера в невозможность изменений, ожидание одобрения от других, низкая самооценка, чрезмерная чувствительность к собственным неудачам, стремление к зависимости и опеке. Наиболее патогенные ситуации - потеря отношений, в результате смены привычного окружения, изменений на работе, утраты близких.

Раздел 10. Частная психосоматика. Эндокринные заболевания психосоматической природы. Кожные заболевания. Бронхиальная астма. Психовегетативный синдром.

Эндокринные заболевания психосоматической природы, Сахарный диабет – определение, распространенность. Два основных типа сахарного диабета: сахарный диабет 1 типа, сахарный диабет 2 типа. Нозогенные влияния сахарного диабета 1 типа (ИЗСД). Кожные заболевания. Нейродермит, определение факторы предрасположенности. Личностные качества, сопряженные с нейродермитом: пассивность, недостаточность коммуникативных процессов, трудности в самоутверждении, повышенная ранимость, потребность в постоянной опеке, защите. Поведенческий уровень - деловитость, корректность, «взрослость», демонстративная адаптация. Специфический конфликт у больных нейродермитом по Ф Александреру: стремление к физическому контакту, подавленное сдержанностью родителей.

Заболевания дыхательной системы. Бронхиальная астма психосоматического происхождения. Определение. Этиология, патогенетические факторы. БА как способ патологической адаптации к личностным конфликтам и конфликтам в микро социальной среде. Специфический психологический конфликт концентрируется вокруг общения с ключевыми фигурами жизни. Особенности родительских семей больных БА. Варианты механизмов нервно психической провокации приступов бронхиальной астмы. Психологические характеристики больных бронхиальной астмой.

Психовегетативный синдром. Два вида ПВС: синдром вегетативного раздражения (раздражительность, внутреннее напряжение, страх); синдром вегетативного истощения (повышенная утомляемость, истощаемость, депрессивные проявления). Пусковые факторы психовегетативного синдрома. Личность больного ПВС.

Семинарские занятия

Семинар 1. Общие признаки психосоматических расстройств (заболеваний).

Цель данного семинара – ознакомиться с общими признаками психосоматических расстройств (заболеваний).

Форма проведения семинара - свободная дискуссия по предлагаемым для обсуждения вопросам.

Вопросы для обсуждения:

1. Характеристики психосоматических заболеваний.
2. Патогенез психосоматических заболеваний.
3. Многофакторность в объяснении психосоматических заболеваний.
4. Компоненты дисперсии в генезе психогенных заболеваний (Н. Scherpank, 1991).
5. Предрасположенность (диспозиция), факторы, разрешающие развитие болезни, факторы, задерживающие развитие болезни.
6. Варианты развития психосоматических заболеваний (Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский).
7. Основные источники эмоционально обусловленных заболеваний (по И.Г. Малкиной-Пых).

Семинар 2. Частная психосоматика. Ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда) и гипертоническая болезнь.

Цель данного семинара – ознакомиться с психосоматическими и соматопсихическими аспектами данных заболеваний.

Форма проведения семинара - свободная дискуссия по предлагаемым для обсуждения вопросам.

Вопросы для обсуждения:

1. Ишемическая болезнь сердца. Исследования Friedman M., Rosenman R.
2. Понятие А- и Б- типов личности. Поведенческий тип А («коронарный тип»). Ф.Фричевски: 3 варианта типа А.
3. Поведенческий тип Б, характеристики.
4. Гипертоническая болезнь. Определение. Распространенность.
5. Причины стойкого повышения давления по Ф.Александреру. Специфический личностный конфликт.
6. "Острые эпидемии" артериальных гипертензий.
7. Особенности личности больных ГБ.
8. Современная теория развития язвенной болезни. Предрасполагающие факторы.
9. Специфический конфликт ЯБ по Ф.Александреру.
10. Психологические типы язвенных больных.
11. Язвенный колит, определение, причинные факторы болезни.
12. Особенности личности больных язвенным колитом.

Семинар 3. Частная психосоматика. Эндокринные заболевания психосоматической природы. Кожные заболевания. Бронхиальная астма. Психовегетативный синдром.

Цель данного семинара – ознакомиться с психосоматическими и соматопсихическими аспектами данных заболеваний.

Форма проведения семинара - свободная дискуссия по предлагаемым для обсуждения вопросам.

Вопросы для обсуждения:

1. Два типа сахарного диабета: сахарный диабет 1 типа, сахарный диабет 2 типа.
2. Нозогенные влияния сахарного диабета 1 типа (ИЗСД).
3. Внутренняя картина болезни у детей, страдающих диабетом.
4. Соматогенные расстройства при ИЗСД. Диабетическая энцефалопатия.
5. Психологические особенности больных сахарным диабетом 2 типа.
6. Специфический конфликт у больных диабетом по Ф Александру.
7. Нейродермит, определены факторы предрасположенности.
8. Личностные качества, сопряженные с нейродермитом.
9. Специфический конфликт у больных нейродермитом по Ф Александру.
10. Бронхиальная астма психосоматического происхождения.
11. Особенности родительских семей больных БА.
12. Психологические характеристики больных бронхиальной астмой.
13. Психовегетативный синдром. Пусковые факторы психовегетативного синдрома.

5. Методические рекомендации для обеспечения самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

Самостоятельная работа студентов включает усвоение теоретического материала, подготовку к практическим (семинарским) занятиям, выполнение самостоятельных заданий, в том числе изучение литературных источников, использование Internet-данных, изучение нормативно-правовой базы, подготовку к текущему контролю знаний, к промежуточной аттестации.

Вопросы для самоконтроля

1. Возникновение психосоматического направления.
2. Психосоматика как междисциплинарное научное направление. Психосоматическая медицина.
3. Психосоматический подход.
4. Определение психосоматического расстройства.
5. Виды психосоматических и соматопсихических нарушений.
6. Проблема психосоматических соотношений в отечественной медицине (по Б.Д.Карвасарскому)
7. Общие признаки психосоматических расстройств. Многофакторность в объяснении психосоматических заболеваний.
8. Влияние различных факторов в генезе психогенных заболеваний и соматических функциональных расстройств по Х. Шепанку (Н. Schepank, 1991).
9. Психосоматические и соматопсихические аспекты зависимостей между психическим и соматическим (позиция А.Б.Смулевича).
10. Предрасположенность - фон для развития заболевания; факторы, разрешающие развитие болезни; факторы, задерживающие развитие болезни
11. Варианты развития психосоматического заболевания (Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский).
12. Влияние болезни на психику человека (Нозогенные расстройства).
13. Психологические факторы, как причина возникновения соматических заболеваний И.Г.Малкина-Пых

14. Модели возникновения психосоматических расстройств: Флендерс Данбер теория "личностного профиля".

15. Модели возникновения психосоматических расстройств: Конверсионная модель З Фрейда.

16. Модели возникновения психосоматических расстройств: Теория "специфичности интрапсихического конфликта" Ф. Александера.

17. Три типа психосоматических соотношений по уровню вытеснения.

18. Гельмут Фрейбергер. Личностные особенности психосоматических больных.

19. Концепция М. Шура: Теория десоматизации – ресоматизации.

20. Концепция А. Митчерлиха– двухфазное вытеснение.

21. Развитие модели А. Митчерлиха в работах О. Кернберга.

22. Концепция алекситимии.

23. Д. Энгель, А. Шмале: модель - потери "ключевой фигуры", комплекс «брошенности».

24. Cannon W. B: Теория вегетативного сопровождения эмоций.

25. Selye H.: Концепция «общего неспецифического синдрома адаптации».

26. Маргарет Малер: «психосоматическая мать».

27. Гюнтер Аммон, Теория "нарушения симбиоза".

28. Рене Шпиц - патогенные взаимодействия как фактор риска психосоматического расстройства.

29. Модель борьбы за свое тело Петера Кутгера.

30. Психосоматогенная семья. Характеристики психосоматогенных семей.

31. Г. Стайерлин: три типа отношений родительских семей у психосоматических больных.

32. Системный подход: психосоматическое расстройство, как выражение дисфункции семейной системы.

33. Особенности личности у больных инфарктом миокарда.

34. Friedman M., Rosenman R.: Понятие «А» и «Б» типов личности.

35. Особенности личности больных гипертонической болезнью.

36. Особенности личности больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

37. Особенности личности больных с язвенным колитом.

38. Психологические особенности больных с сахарным диабетом.

39. Психические нарушения у больных сахарным диабетом.

40. Внутренняя картина болезни у детей, страдающих диабетом.

41. Особенности личности больных с нейродермитом.

42. Особенности личности больных с бронхиальной астмой.

43. А.Вейн - понятие «психовегетативный синдром». Проявления и пусковые факторы психовегетативного синдрома. Личностные особенности больных.

6. Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

6.1 Планируемые результаты обучения, обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения образовательной программы

В процессе изучения дисциплины у обучающихся должны быть сформированы следующие компетенции:

ПК-5 - способность к психологической диагностике, прогнозированию изменений и динамики уровня развития познавательной и мотивационно-волевой сферы, самосознания, психомоторики, способностей, характера, темперамента, функциональных состояний, личностных черт и акцентуаций в норме и при психических отклонениях с целью гармонизации психического функционирования человека.

Код и формулировка компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине
ПК-5 - способность к психологической диагностике, прогнозированию изменений и динамики уровня развития познавательной и мотивационно волевой сферы, самосознания, психомоторики, способностей, характера, темперамента, функциональных состояний, личностных черт и акцентуаций в норме и при психических отклонениях с целью гармонизации психического функционирования человека	Знает признаки психосоматических расстройств, психодиагностические методики, используемые для исследования нормы и психических отклонений, особенности функционирования познавательной, мотивационно-волевой сферы, самосознания, психомоторики, способностей, характера, темперамента, функциональных состояний, личностных черт и акцентуаций в норме и при психических отклонениях, закономерности психического развития в норме и при психических отклонениях, принципы составления психодиагностического заключения и рекомендаций, направленных на гармонизацию психического состояния человека
	Умеет определять виды психосоматических нарушений, позволяющие изучить норму и отклоняющееся развитие, применять психодиагностические методики с учетом особенностей испытуемых, составлять психодиагностическое заключение для различной целевой аудитории, составлять рекомендаций в соответствии с запросом
	Владеет навыками психосоматического подхода, направленного на прогнозирование изменений и динамики уровня развития психических явлений в норме и при психических отклонениях

6.2 Перечень оценочных материалов

Оценочные материалы представляют собой задания для выполнения студентом, позволяющие ему приобрести теоретические знания, практически умения (навыки) и опыт, а также решать задачи, связанные с будущей профессиональной деятельностью. Включают в себя задания для текущего контроля уровня успеваемости, оценивающие ход освоения учащимися дисциплины, и задания для промежуточной аттестации обучающихся, обеспечивающие оценивание промежуточных и окончательных результатов обучения по дисциплине.

Примерные задания для проведения контроля успеваемости

Темы докладов

1. Возникновение психосоматического направления.
2. Психосоматика как междисциплинарное научное направление.
Психосоматическая медицина.
3. Психосоматический подход.
4. Определение психосоматического расстройства.
5. Виды психосоматических и соматопсихических нарушений.
6. Проблема психосоматических соотношений в отечественной медицине (по Б.Д. Карвасарскому)
7. Общие признаки психосоматических расстройств. Многофакторность в объяснении психосоматических заболеваний.
8. Влияние различных факторов в генезе психогенных заболеваний и соматических функциональных расстройств по Х. Шепанку (Н. Schepank, 1991).
9. Психосоматические и соматопсихические аспекты зависимостей между психическим и соматическим (позиция А.Б.Смулевича).
10. Предрасположенность - фон для развития заболевания; факторы, разрешающие развитие болезни; факторы, задерживающие развитие болезни
11. Варианты развития психосоматического заболевания (Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский).
12. Влияние болезни на психику человека (Нозогенные расстройства).
13. Психологические факторы, как причина возникновения соматических заболеваний И.Г.Малкина-Пых
14. Модели возникновения психосоматических расстройств: Флендерс Данбер теория "личностного профиля".
15. Модели возникновения психосоматических расстройств: Конверсионная модель З Фрейда.
16. Модели возникновения психосоматических расстройств: Теория "специфичности интрапсихического конфликта" Ф. Александера.
17. Три типа психосоматических соотношений по уровню вытеснения.
18. Гельмут Фрейбергер. Личностные особенности психосоматических больных.
19. Концепция М. Шура: Теория десоматизации – ресоматизации.
20. Концепция А. Митчерлиха– двухфазное вытеснение.
21. Развитие модели А. Митчерлиха в работах О. Кернберга.
22. Концепция алекситимии.

23. Д. Энгель, А. Шмале: модель - потери "ключевой фигуры", комплекс «брошенности».

Темы рефератов

1. Три типа психосоматических соотношений по уровню вытеснения.
2. Гельмут Фрейбергер. Личностные особенности психосоматических больных.
3. Концепция М. Шура: Теория десоматизации – ресоматизации.
4. Концепция А. Митчерлиха– двухфазное вытеснение.
5. Развитие модели А. Митчерлиха в работах О. Кернберга.
6. Концепция алекситимии.
7. Д. Энгель, А. Шмале: модель - потери "ключевой фигуры", комплекс «брошенности».
8. Cannon W. B: Теория вегетативного сопровождения эмоций.
9. Selye H.: Концепция «общего неспецифического синдрома адаптации».
10. Маргарет Малер: «психосоматическая мать».
11. Гюнтер Аммон, Теория "нарушения симбиоза".
12. Рене Шпиц - патогенные взаимодействия как фактор риска психосоматического расстройства.
13. Модель борьбы за свое тело Петера Куттера.
14. Психосоматогенная семья. Характеристики психосоматогенных семей.
15. Г. Стайерлин: три типа отношений родительских семей у психосоматических больных.
16. Системный подход: психосоматическое расстройство, как выражение дисфункции семейной системы.
17. Особенности личности у больных инфарктом миокарда.
18. Friedman M., Rosenman R.: Понятие «А» и «Б» типов личности.

Вопросы для контрольных работ по темам

1. Психосоматика как междисциплинарное научное направление.

Психосоматическая медицина.

1. Дайте определение психосоматике
2. Кем и когда был предложен термин "психосоматика"?
3. Что такое «Психосоматическая медицина»?
4. Что является содержанием психосоматического подхода?
5. Что является задачей психосоматической медицины?

2. Современные исследования психосоматических расстройств (заболеваний).

1. Дайте определение понятию «Психосоматическое расстройство», перечислите его критерии и составляющие.
2. Что такое «Психосоматическая реакция»?
3. Что исследуется при рассмотрении психосоматического аспекта взаимодействия соматических и психических факторов?
4. Что исследуется при рассмотрении соматопсихического аспекта взаимодействия соматических и психических факторов?
5. В конце 20 в. Б. Любан-Плоцца с соавторами разделили психосоматические расстройства на 3 группы; какие именно?

6. Какие виды психосоматических и соматопсихических нарушений выделяют в настоящее время?

7. Охарактеризуйте каждый из 7 видов психосоматических и соматопсихических нарушений.

3. Общие признаки психосоматических расстройств (заболеваний).

1. Что относится к психосоматическим заболеваниям в узком смысле?

2. Перечислите основные характеристики психосоматических заболеваний.

3. Чем определяется патогенез психосоматических заболеваний?

4. Какие факторы имеют значение в генезе психогенных заболеваний и соматических функциональных расстройств по данным Х. Шепанка?

5. Что такое предрасположенность, факторы, разрешающие и задерживающие развитие болезни?

6. Какие варианты развития психосоматических заболеваний были описаны Ю.М. Губачевым и Е.М. Стабровским?

7. Назовите восемь основных источников эмоционально обусловленных заболеваний, выделенных И.Г. Малкиной-Пых.

4. Обзор психосоматических концепций.

1. Согласно какой теории, каждому психосоматическому заболеванию соответствует определенный тип личности, «личностный профиль»?

2. Для каких заболеваний Ф. Данбер описала «профили личности» пациентов?

3. В чём состоит польза характерологически - ориентированных направлений и личностной типологии?

4. Кто предложил теорию десоматизации – ресоматизации и в чем она заключается?

5. Охарактеризуйте концепцию двухфазного вытеснения А. Митчерлиха.

6. Охарактеризуйте модель «потери или угрозы потери объекта привязанности».

5. Психоаналитическая концепция психосоматики. Болезнь как конфликт.

1. В чем заключается механизм конверсии З. Фрейда?

2. Какие нарушения объясняет конверсионная модель?

3. Что характерно для конверсии, по мнению W. Brautigam, P. Christian?

4. Какие 3 типа психосоматических соотношений по уровню вытеснения были предложены Ф. Александером?

5. Перечислите принципы, которые легли в основу концепции специфичности.

6. Как Ф. Александер представлял развитие психосоматического заболевания?

7. Перечислите ведущие психодинамические факторы психосоматических больных, описанные Гельмутом Фрейбергером.

8. Опишите два базисных конфликта раскрывающих понятие «прегенитальное нарушение созревания» по Фрайбергеру.

6. Концепция алекситимии.

1. На какие, более ранние наблюдения опирается Концепция алекситимии?

2. Кому принадлежит термин "алекситимия"? Что он означает?

3. Каковы особенности пациентов психосоматической клиники, описанные Полем Сифнеосом?
4. Перечислите когнитивно-аффективные особенности, характеризующие алекситимию.
5. Какие четыре признака алекситимии выделили Бройтигам, Кристиан и Рад?
6. Раскройте суть моделей "отрицания" и "дефицита" по Неймиаху.
7. С какими состояниями и нарушениями следует дифференцировать алекситимию?

7. Теории патологии раннего развития. Психосоматогенная семья.

1. Какова роль матери на каждом этапе эмоциональной сепарации и индивидуации согласно взглядам, Маргарет Малер?
2. Перечислите характеристики «типичной психосоматической матери».
3. В чем заключается Модель борьбы за свое тело Петера Куттера?
4. Какие основные выводы и гипотезы сформулировал Р. Шпитц относительно взаимодействия в диаде мать-дитя?
5. Назовите характеристики психосоматогенных семей.
6. Какие функции может нести соматизация аффекта?
7. Как рассматривается психосоматическое расстройство одного члена семьи в рамках системного подхода?
8. Перечислите характерные особенности и типичные паттерны психосоматогенной семьи, выделенные С. Минухиным.
9. Перечислите шесть уровней психосоматического расстройства у детей и подростков по Д. Н. Оудсхорну.

8. Частная психосоматика. Ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда) и гипертоническая болезнь. Заболевания желудочно-кишечного тракта.

1. Какие личностные черты характерны для поведенческого типа А («коронарный тип»)? Как проявляется тревога у лиц с поведенческим типом А? Почему такое поведение называется контр фобическим?
2. Какие три подтипа А выделил Франц Фричевски во второй половине 1980-х годов?
3. Назовите пусковые ситуации, провоцирующие инфаркт.
4. Что, является причиной стойкого повышения артериального давления по Ф. Александеру?
5. Что, по мнению Г. К. Ушакова является предрасполагающим факторам гипертонической болезни?
6. Каковы особенности личности данной группы больных?
7. Дайте определение язвенной болезни. Какие психологические факторы имеют значение для возникновения язвенной болезни?
8. Какие основные психологические типы язвенных больных описаны в настоящее время?

9. Частная психосоматика. Эндокринные заболевания психосоматической природы. Кожные заболевания. Бронхиальная астма. Психовегетативный синдром.

1. В чем заключается различие между Сахарным диабетом первого и второго типов?

2. Перечислите нозогенные влияния Сахарного диабета 1 типа.
3. Чем определяется Внутренняя картина болезни у детей, страдающих диабетом.
4. Назовите Соматогенные расстройства при ИЗСД.
5. Какими психологическими особенностями отличаются больные сахарным диабетом 2 типа.
6. Какими психологическими и личностными особенностями характеризуются больные нейродермитом?
7. Какова психогенная причина нейродермита, по мнению Ф. Александера?
8. Какие психологические проблемы могут лежать в основе БА?
9. Какие особенности ранних отношений с матерью рассматриваются в качестве этиопатогенетических факторов БА?
10. Какими психологическими и личностными особенностями характеризуются больные БА?
11. Какие психологические конфликты описаны у больных бронхиальной астмой?
12. Каким образом может проявляться психовегетативный синдром?

Примерные задания для проведения промежуточной аттестации по дисциплине

Список экзаменационных вопросов

ПК-5-знать

1. Возникновение психосоматического направления.
2. Психосоматика как междисциплинарное научное направление.
Психосоматическая медицина.
3. Психосоматический подход.
4. Определение психосоматического расстройства.
5. Виды психосоматических и соматопсихических нарушений.
6. Проблема психосоматических соотношений в отечественной медицине (по Б.Д.Карвасарскому)
7. Общие признаки психосоматических расстройств. Многофакторность в объяснении психосоматических заболеваний.
8. Влияние различных факторов в генезе психогенных заболеваний и соматических функциональных расстройств по Х. Шепанку (Н. Schepank, 1991).
9. Психосоматические и соматопсихические аспекты зависимостей между психическим и соматическим (позиция А.Б.Смулевича).
10. Предрасположенность - фон для развития заболевания; факторы, разрешающие развитие болезни; факторы, задерживающие развитие болезни
11. Варианты развития психосоматического заболевания (Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский).
12. Влияние болезни на психику человека (Нозогенные расстройства).
13. Психологические факторы, как причина возникновения соматических заболеваний И.Г.Малкина-Пых
14. Модели возникновения психосоматических расстройств: Флендерс Данбер теория "личностного профиля".
15. Модели возникновения психосоматических расстройств: Конверсионная модель З Фрейда.

16. Модели возникновения психосоматических расстройств: Теория "специфичности интрапсихического конфликта" Ф. Александера.
17. Три типа психосоматических соотношений по уровню вытеснения.
18. Гельмут Фрейбергер. Личностные особенности психосоматических больных.
19. Концепция М. Шура: Теория десоматизации – ресоматизации.
20. Концепция А. Митчерлиха– двухфазное вытеснение.
21. Развитие модели А. Митчерлиха в работах О. Кернберга.
22. Концепция алекситимии.
23. Д. Энгель, А. Шмале: модель - потери "ключевой фигуры", комплекс «брошенности».
24. Cannon W. B: Теория вегетативного сопровождения эмоций.
25. Selye H.: Концепция «общего неспецифического синдрома адаптации».
26. Маргарет Малер: «психосоматическая мать».
27. Гюнтер Аммон, Теория "нарушения симбиоза".
28. Рене Шпиц - патогенные взаимодействия как фактор риска психосоматического расстройства.
29. Модель борьбы за свое тело Петера Куттера.
30. Психосоматогенная семья. Характеристики психосоматогенных семей.
31. Г. Стайерлин: три типа отношений родительских семей у психосоматических больных.
32. Системный подход: психосоматическое расстройство, как выражение дисфункции семейной системы.
33. Особенности личности у больных инфарктом миокарда.
34. Friedman M., Rosenman R.: Понятие «А» и «Б» типов личности.
35. Особенности личности больных гипертонической болезнью.
36. Особенности личности больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.
37. Особенности личности больных с язвенным колитом.
38. Психологические особенности больных с сахарным диабетом.
39. Психические нарушения у больных сахарным диабетом.
40. Внутренняя картина болезни у детей, страдающих диабетом.
41. Особенности личности больных с нейродермитом.
42. Особенности личности больных с бронхиальной астмой.
43. А.Вейн - понятие «психовегетативный синдром». Проявления и пусковые факторы психовегетативного синдрома. Личностные особенности больных.

Задачи-кейсы

ПК-5-владеть

Современные исследования психосоматических расстройств (заболеваний).

Больная 45 лет, 2 года назад перенесла тяжелую ЧМТ, обратилась к неврологу с жалобами на быструю утомляемость, вялость, слабость, разбитость даже после незначительных нагрузок, больше к вечеру, нарушен ночной сон, при этом сонлива днем. Отмечает близость к слезам, несвойственную ей ранее, ранима, обидчива, при этом чрезмерно раздражительна, участились ссоры с близкими, стала вспыльчива, гневлива,

трудно сдержаться. В беседе – эмоционально лабильна, многоречива, обстоятельна, плачет, просит помочь.

К какой группе психосоматических расстройств относится описанное состояние?

Концепция алекситимии.

1. Согласно описанию, П. Сифнеоса, для таких людей характерны следующие особенности. Они бесконечно описывают физические ощущения, часто не связанные с найденным заболеванием, а внутренние ощущения обозначаются обычно в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, возбуждения, напряжения и т.д. Их аффекты неадекватны, им трудно вербализовать чувства. Они отличаются неразвитой фантазией, тенденцией к импульсивности, бедностью межличностных связей. Их преобладающий образ жизни – действие. Беседы с ними сопровождаются обычно ощущением скуки и бессмысленности контакта.

О каком типе личности идет речь? Почему считается, что у таких людей существует повышенный риск развития психосоматических заболеваний? С помощью, какой методики можно выявить эту группу риска?

Ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда) и гипертоническая болезнь. Заболевания желудочно-кишечного тракта.

1. Американские врачи М. Фридман и Р. Розенман отмечали у этих пациентов следующие особенности: высокий темп жизни; постоянное стремление к конкуренции, к продвижению по служебной лестнице; настойчивый поиск признания; активное участие в разных видах деятельности; дефицит времени; высокая готовность к действиям; нетерпеливость и постоянная спешка; отсутствие ощущения безопасности; неспособность к релаксации; бесцельная враждебность, раздражительность, быстрая, громкая и отрывистая речь, энергичные жесты.

Как называется данный тип поведения в терминах современной психосоматики? К каким заболеваниям склонны эти люди? Как можно выявить данную группу риска?

2. Какое заболевание может развиваться у людей, для которых характерен внутриличностный конфликт между агрессивными импульсами, стремлением к достижению высоких социальных целей, высоких стандартов социальной жизни и потребностью в зависимости от значимых лиц. Эти лица обычно держатся внешне спокойно, но высказывают много жалоб и часто импульсивны, открыто гнева не выражают, при этом у них потенциально накапливается ярость. Их поведение в целом описывается как чрезмерно адаптивное, уступчивое, ориентированное на социальный успех со стремлением сдерживания как положительных, так и отрицательных аффектов.

3. Люди, предрасположенные к возникновению этого вида заболевания, характеризуются торопливостью в ведении дел, нетерпением, чувством постоянной нехватки времени и высокой ответственности за порученное дело. Они обладают неуверенностью в себе, эмоциональной лабильностью, их характеризует «уход в работу», так как ни на что другое у них просто не хватает времени.

Какое заболевание имеется ввиду?

4. У данной категории людей желания зависимости очень сильны, однако отвергаются ими, они лишены покоя и ориентированы на успех. Сознательная установка у них такова: я успешен, деятелен, продуктивен и независим. Одновременно в бессознательном - в точности противоположная установка, - чрезмерно сильная потребность в любви, зависимости и помощи. Потребность в заботе и ласке вызывает хронический бессознательный голод с гиперсекрецией желудочного сока, что особенно опасно для лиц, генетически предрасположенных к данному заболеванию.

Какое заболевание может развиваться у данной категории людей?

5. Больной 34 лет наблюдается гастроэнтерологом по поводу язвенной болезни желудка, последние 2 года обострений не отмечалось, ухудшение самочувствия около 10 дней назад – характерные боли, плохо спит, днем – сонлив, рассеян, раздражителен, быстро устает, плохо справляется с работой. Живет один, около полугода назад развелся с женой, отношения с бывшей семьей не поддерживает. В беседе аффективный фон ровный, несколько замкнут, жалоб эмоционального характера не предъявляет.

Какие личностные особенности пациента можно предположить? Сформулируйте рекомендации по терапии.

6. Больная 48 лет, отмечает, что успешна в работе, стабильная семейная ситуация, обратилась к терапевту с жалобами на подъемы артериального давления до 160\90 мм ртутного столба, головные боли, головокружение. Подъемы АД с психо – эмоциональными нагрузками не связывает. Испугана колебаниями АД, многократно в течение дня его измеряет, аппараты для измерения АД приобрела для дома, для работы, носит с собой в транспорте, на улице. Стала тревожна, ранима, обидчива, ждет повышения АД, убеждена в наступлении негативных последствий этого (инфаркт, инсульт).

Какие личностные особенности можно предположить у пациентки? Какие психосоматические механизмы колебания АД можно предположить? Какой тип отношения к болезни имеется у пациентки? Выделите психосоматический и соматопсихический аспекты. Чем дополнить традиционную антигипертензивную терапию?

Кожные заболевания. Бронхиальная астма. Психовегетативный синдром.

Пациентка 29 лет, обратилась к кардиологу с жалобами на приступы учащенного сердцебиения, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, дурноты, головокружением. Впервые подобный пароксизм возник при поездке в метро (в вагоне было много пассажиров, душно) около месяца назад, затем дважды повторялся при спуске по эскалатору метро. Поездок в метро избегает, боится повторения таких эпизодов, добирается наземным транспортом, тревожится по поводу состояния своего здоровья, не может избавиться от размышлений о том, что может произойти («никто не окажет помощь, упаду, серьезные осложнения и т.д.»), убеждена в наличии серьезной патологии со стороны сердечно – сосудистой системы.

О формировании, какого психосоматического синдрома можно думать?

Тест
ПК-5-уметь

1. Зарождение психосоматических представлений связывается с именем Флендерс Данбер, которая, в результате клинических наблюдений, определила у людей, имевших повторные несчастные случаи, характерный личностный профиль.

- 1) Верно
- 2) Неверно

2. Содержанием психосоматического подхода, является привлечение психологических данных для лучшего понимания физических симптомов и патофизиологических процессов, для лучшего понимания и лечения психических расстройств.

- 1) Верно
- 2) Неверно

3. В конце 20 в. Б. Любана-Плоцца с соавторами разделили психосоматические расстройства на 3 группы, какие именно?

- 1) конверсионные расстройства,
- 2) нозогенные расстройства
- 3) болевые феномены.
- 4) функциональные синдромы,
- 5) психосоматические заболевания (психосоматозы).

4. Патологические личностные реакции на психотравмирующий факт болезни и ее последствий, это:

- 1) Соматоформные расстройства
- 2) Нозогенные расстройства
- 3) Соматогенные расстройства
- 4) Ятрогенные расстройства

5. Психические расстройства, проявляющиеся соматическими жалобами, которые не имеют объективно регистрируемой органической основы либо по своей тяжести и устойчивости не соответствуют выявляемым соматическим расстройствам, это:

- 1) Соматоформные расстройства
- 2) Соматогенные расстройства
- 3) Ятрогенные расстройства
- 4) Конверсионные симптомы

6. При изучении соматопсихического аспекта зависимостей между психическим и соматическим исследуются:

- 1) психические нарушения вследствие нейротоксических эффектов соматического заболевания;
- 2) закономерности многоуровневого отражения заболевания в психике больного
- 3) роль личностных особенностей и особенностей семейных взаимоотношений
- 4) влияние эмоциональных состояний на течение заболевания;
- 5) влияние личностных особенностей на успешность преодоления стресса болезни,

7. Концепция Ф. Александера позволяет достоверно объяснить все звенья в этиологии и патогенезе психосоматических заболеваний.

- 1) верно
- 2) неверно

8. К соматоформным расстройствам могут быть отнесены различные формы и типы течения психосоматических заболеваний.

- 1) верно
- 2) неверно

9. Третий уровень вытеснения конфликта, в дополнение к концепции двухфазного вытеснения А. Митчерлиха был предложен:

- 1) Г. Амоном
 - 2) М. Шуром
 - 3) О. Кернбергом
10. Теория Александера—это:

- 1) теория профиля личности
- 2) условно-рефлекторная теория
- 3) теория специфического конфликта

11. Теория Данбер—это: ...

- 1) концепция специфического эмоционального конфликта
- 2) теория профиля личности
- 3) теория психосоциального научения

12. По мнению Ф. Александера, самая глубокая степень вытеснения конфликта наблюдается при –

- 1) истерических конверсиях
- 2) психосоматозах
- 3) вегетативных (органных) невробах

13. Соматические заболевания описываются в рамках модели развития физической и психической деятельности. Симптомо-образование является временной регрессией, ресоматизацией. Это чаще происходит у людей, переживших в раннем детстве много травм и обнаруживающих ограничение функции «Я», Данное описание соответствует – ...

- 1) концепции Ф. Александера
- 2) концепции М. Шура
- 3) концепции А. Митчерлиха
- 4) концепция алекситимии

14. Для объяснения синдрома алекситимии и ее роли в формировании психосоматических расстройств Неймиах выделил две модели:

- 1) Модель отрицания
- 2) Модель когнитивного дефицита
- 3) Модель мотивации
- 4) Модель дефицита

15. G. Engel выдвинул идею о том, что психосоматические больные используют "ключевую фигуру" как средство, жизненно необходимое им для успешной адаптации. Для возникновения соматических заболеваний особенно велико значение утраты (реальной или воображаемой) объекта, которое сопровождается чувствами:

- 1) Безнадежности
- 2) Беспомощности
- 3) Вины
- 4) Гнева

16. Г.Стайерлин (1978) выделяет три типа отношений родительских семей у психосоматических больных, какие именно:

- 1) Связывание
- 2) Гиперсоциализация
- 3) Гиперопека
- 4) Отвержение
- 5) Делегирование

17. Среди особенностей личности, у лиц подверженных артериальной гипертензии обычно выделяют

- 1) Эмоциональная лабильность
- 2) Постоянная, аффективная напряженность, потенциальная готовность действовать:

действовать:

- 3) Мнительность

18. Какие психологические конфликты описаны у больных бронхиальной астмой?

1) специфический психологический конфликт концентрируется вокруг общения с ключевыми фигурами жизни.

- 2) амбивалентные переживания презрения и нежности

19. Какими характеристиками, по мнению Ф. Александера, отличаются больные нейродермитом:

- 1) постоянное самокопание, самососредоточение,
- 2) ранимость
- 3) им трудно дается самоутверждение
- 4) мнительность

20. Поведение «типа А» с которым связывается вероятность развития ишемической болезни сердца, характеризуется:

- 1) амбициозностью
- 2) неторопливостью,
- 3) отсутствием тенденции к соперничеству,
- 4) агрессивностью

6.3. Шкала оценивания результатов промежуточной аттестации и критерии выставления оценок

Для оценивания результатов промежуточной аттестации применяется шкала оценивания, включающая следующие оценки: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Экзамен. Критерии выставления оценок

На экзамен выносятся вопросы, охватывающие все содержание учебной дисциплины.

Знания обучающихся оцениваются путем выставления по результатам ответа обучающегося итоговой оценки «отлично», либо «хорошо», либо «удовлетворительно», либо «неудовлетворительно».

Оценка «отлично» при приеме экзамена выставляется в случае:

- полного, правильного и уверенного изложения обучающимся учебного материала по каждому из вопросов билета;

- уверенного владения обучающимся понятийно-категориальным аппаратом учебной дисциплины;
- логически последовательного, взаимосвязанного и правильно структурированного изложения обучающимся учебного материала, умения устанавливать и прослеживать причинно-следственные связи между событиями, процессами и явлениями, о которых идет речь в вопросах билета;
- приведения обучающимся надлежащей аргументации, наличия у обучающегося логически и нормативно обоснованной точки зрения при освещении проблемных, дискуссионных аспектов учебного материала по вопросам билета;
- лаконичного и правильного ответа обучающегося на дополнительные вопросы преподавателя.

Оценка «хорошо» при приеме экзамена выставляется в случае:

- недостаточной полноты изложения обучающимся учебного материала по отдельным (одному или двум) вопросам билета при условии полного, правильного и уверенного изложения учебного материала по, как минимум, одному вопросу билета;
- допущения обучающимся незначительных ошибок и неточностей при изложении учебного материала по отдельным (одному или двум) вопросам билета;
- допущения обучающимся незначительных ошибок и неточностей при использовании в ходе ответа отдельных понятий и категорий дисциплины;
- нарушения обучающимся логической последовательности, взаимосвязи и структуры изложения учебного материала по отдельным вопросам билета, недостаточного умения обучающегося устанавливать и прослеживать причинно-следственные связи между событиями, процессами и явлениями, о которых идет речь в вопросах билета;
- приведения обучающимся слабой аргументации, наличия у обучающегося недостаточно логически и нормативно обоснованной точки зрения при освещении проблемных, дискуссионных аспектов учебного материала по вопросам билета;
- допущения обучающимся незначительных ошибок и неточностей при ответе на дополнительные вопросы преподавателя.

Любой из указанных недостатков или их определенная совокупность могут служить основанием для выставления обучающемуся оценки «хорошо».

Оценка «удовлетворительно» при приеме экзамена выставляется в случае:

- невозможности изложения обучающимся учебного материала по любому из вопросов билета при условии полного, правильного и уверенного изложения учебного материала по как минимум одному из вопросов билета;
- допущения обучающимся существенных ошибок при изложении учебного материала по отдельным (одному или двум) вопросам билета;
- допущении обучающимся ошибок при использовании в ходе ответа основных понятий и категорий учебной дисциплины;
- существенного нарушения обучающимся или отсутствия у обучающегося логической последовательности, взаимосвязи и структуры изложения учебного материала, неумения обучающегося устанавливать и прослеживать причинно-следственные связи между событиями, процессами и явлениями, о которых идет речь в вопросах билета;
- отсутствия у обучающегося аргументации, логически и нормативно обоснованной точки зрения при освещении проблемных, дискуссионных аспектов учебного материала по вопросам билета;

- невозможности обучающегося дать ответы на дополнительные вопросы преподавателя.

Любой из указанных недостатков или их определенная совокупность могут служить основанием для выставления обучающемуся оценки «удовлетворительно».

Оценка «неудовлетворительно» при приеме экзамена выставляется в случае:

- отказа обучающегося от ответа по билету с указанием, либо без указания причин;

- невозможности изложения обучающимся учебного материала по двум или всем вопросам билета;

- допущения обучающимся существенных ошибок при изложении учебного материала по двум или всем вопросам билета;

- скрытое или явное использование обучающимся при подготовке к ответу нормативных источников, основной и дополнительной литературы, конспектов лекций и иного вспомогательного материала, кроме случаев специального указания или разрешения преподавателя;

- не владения обучающимся понятиями и категориями данной дисциплины;

- невозможность обучающегося дать ответы на дополнительные вопросы преподавателя;

Любой из указанных недостатков или их совокупность могут служить основанием для выставления обучающемуся оценки «неудовлетворительно».

Обучающийся имеет право отказаться от ответа по выбранному билету с указанием, либо без указания причин и взять другой билет. При этом с учетом приведенных выше критериев оценка обучающемуся должна быть выставлена на один балл ниже заслуживаемой им.

Дополнительные вопросы могут быть заданы обучающемуся в случае:

- необходимости конкретизации и изложенной обучающимся информации по вопросам билета с целью проверки глубины знаний отвечающего по связанным между собой темам и проблемам;

- необходимости проверки знаний обучающегося по основным темам и проблемам курса при недостаточной полноте его ответа по вопросам билета.

При проведении промежуточной аттестации в форме тестирования с использованием шкалы, включающей оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно», оценивание результата проводится следующим образом:

«Отлично» - получают обучающиеся в том случае, если верные ответы составляют от 80% до 100% от общего количества

«Хорошо» - получают обучающиеся в том случае, если верные ответы составляют от 71 до 79% от общего количества;

«Удовлетворительно» - получают обучающиеся в том случае, если верные ответы составляют 50 –70 % правильных ответов;

«Неудовлетворительно» - работа, содержащая менее 50% правильных ответов.

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

Основная:

1. Голдсмит Г. Клинические и исторические аспекты психоанализа : Голдсмит, Г. Клинические и исторические аспекты психоанализа: Избранные работы / Г. Голдсмит ; науч. ред. пер. К.В. Ягнюк ; Институт Практической Психологии и Психоанализа. - Москва : Когито-Центр, 2015. - 263 с. Эл. ресурс: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=430536>

2. Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфенов Ю.А. Прикладная клиническая психология: учебное пособие для ВУЗов.- СПб: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012.-444с. Эл.ресурс: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=277334>

3. Гуревич П.С. Психология: учебник для ВУЗов/ Рекомендовано Министерством образования Российской Федерации в качестве учебника для студентов высших учебных заведений- М.: Юнити-Дана, 2015.-319с. Эл.ресурс: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=118130&sr=1>

4. Гуревич П. С., Практическая психология для всех: клинический психоанализ / П.С. Гуревич. - Москва : Директ-Медиа, 2013. - 464 с. Эл. ресурс: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=210460>

Дополнительная:

1. Абрамова Г. С. Практическая психология: учебное пособие для вузов и ссузов / Г.С. Абрамова. - Москва : Прометей, 2018. - 541 с. Эл. ресурс: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=483174>

8. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", справочных систем и профессиональных баз данных, необходимых для освоения дисциплины

1. <http://www.spbpro.ru> - Санкт-Петербургское психологическое общество
2. <http://russia.ecpp.org> - Европейская Конфедерация Психоаналитической Психотерапии в России
3. <http://biblioclub.ru/> - Электронная библиотечная система «Университетская библиотека Online»
4. www.iprbookshop.ru - Электронная библиотечная система «IPR BOOKS»

9. Лицензионное программное обеспечение

- MS Windows 7 Профессиональная
- MS Windows 10 Pro
- Moodle 3.8.2.

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

В зависимости от вида проводимых учебных занятий и форм осуществления образовательной деятельности по соответствующей образовательной программе используется следующее материально-техническое обеспечение дисциплины:

- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа (укомплектованные специализированной мебелью и оборудованные техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории, а также имеющие наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающих тематические иллюстрации, соответствующие рабочим программам дисциплин);

- учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (с типовым оборудованием, обеспечивающим применение современных информационных технологий, и наглядными пособиями);

- компьютерные классы с демонстрационно-обучающими и обучающе-контролирующими возможностями, доступом к базам данных и Интернет;

- учебные аудитории для групповых и индивидуальных консультаций;

- учебные аудитории для текущего контроля и промежуточной аттестации;

- помещения для самостоятельной работы обучающихся (оснащенные компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду организации);

- библиотека (имеющая читальные залы и рабочие места для обучающихся, оснащенные компьютерами с доступом к базам данных и Интернет).

Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья форма проведения занятий по дисциплине устанавливается образовательной организацией с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья. При определении формы проведения занятий с обучающимся-инвалидом образовательная организация должна учитывать рекомендации, данные по результатам медико-социальной экспертизы, содержащиеся в индивидуальной программе реабилитации инвалида, относительно рекомендованных условий и видов труда. При необходимости для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья создаются специальные рабочие места с учетом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности. При необходимости обучающиеся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья обеспечиваются печатными и (или) электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья.