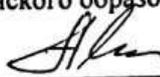


Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Саратовский государственный медицинский  
университет имени В. И. Разумовского»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**УТВЕРЖДАЮ**

Директор Высшей школы управления  
здоровьем, клинической психологии и  
сестринского образования

 О. Ю. Алешкина

«26» апреля 2024 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**Дисциплина:** Психосоматика  
(наименование дисциплины)

**Специальность:** 37.05.01 Клиническая психология  
(код и наименование специальности)

**Квалификация:** Клинический психолог  
(квалификация (степень) выпускника)

## 1. КАРТА КОМПЕТЕНЦИЙ

Контролируемые компетенции	Планируемые результаты обучения
ОПК-3 Способен применять надежные и валидные способы количественной и качественной психологической оценки при решении научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем человека, в том числе с учетом принципов персонализированной медицины	ИОПК-3.1. Знает основные принципы, правила и этикодеонтологические нормы проведения психодиагностического исследования в клинике, в консультативной и экспертной практике. ИОПК-3.2. Умеет 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. ИОПК-3.3. Владеет навыками патопсихологической, а также нейропсихологической диагностики с целью получения данных для клинической, в том числе дифференциальной, диагностики психических и неврологических расстройств, определения синдрома и локализации высших психических функций
ПК-28 способность к оказанию клиничко-психологической помощи при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе в кризисных и экстремальных ситуациях	ИПК-25 знать теорию, методологию психодиагностики, классификации психодиагностических методов, их возможности и ограничения, предъявляемые к ним требования ИПК-41 уметь применять полученные знания в процессе психодиагностической работы. ИПК-42 владеть навыками оказания помощи и психологической поддержки
ПК-29 способность к оказанию клиничко-психологической помощи при нарушениях психического (психологического) развития	ИПК-25 знать теорию, методологию психодиагностики, классификации психодиагностических методов, их возможности и ограничения, предъявляемые к ним требования ИПК-41 уметь применять полученные знания в процессе психодиагностической работы. ИПК-42 владеть навыками оказания помощи и психологической поддержки

## 2. ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНИВАНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Семестр	Шкала оценивания	
	«не зачтено»	«зачтено»
<b>знать</b>		
6	<p>Студент не способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале дисциплины.</p> <p>Не знает основные принципы, правила и этикодеонтологические нормы проведения психодиагностического исследования в клинике, в консультативной и экспертной практике.</p> <p>Не знает теорию, методологию психодиагностики, классификации психодиагностических методов, их возможности и ограничения, предъявляемые к ним требования</p>	<p>Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала дисциплины.</p> <p>Знает основные принципы, правила и этикодеонтологические нормы проведения психодиагностического исследования в клинике, в консультативной и экспертной практике.</p> <p>знает теорию, методологию психодиагностики, классификации психодиагностических методов, их возможности и ограничения, предъявляемые к ним требования</p>
<b>уметь</b>		
6	<p>Студент не умеет применять полученные знания в процессе психодиагностической работы: 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</p>	<p>Студент умеет применять полученные знания в процессе психодиагностической работы: 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</p>
<b>владеть</b>		
6	<p>Студент не владеет навыками патопсихологической, а также нейропсихологической диагностики с целью получения данных для клинической, в том числе дифференциальной, диагностики психических и неврологических расстройств, определения синдрома и локализации высших психических функций, навыками оказания помощи и психологической поддержки</p>	<p>Студент владеет навыками патопсихологической, а также нейропсихологической диагностики с целью получения данных для клинической, в том числе дифференциальной, диагностики психических и неврологических расстройств, определения синдрома и локализации высших психических функций, навыками оказания помощи и психологической поддержки</p>

Семестр	Шкала оценивания			
	«неудовлетворительно»	«удовлетворительно»	«хорошо»	«отлично»
<b>знать</b>				
6,8,9	<p>Студент не способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале дисциплины.</p> <p>Не знает основные вопросы этиологии и патогенеза заболеваний.</p>	<p>Студент усвоил основное содержание материала дисциплины, но имеет пробелы в усвоении материала, не препятствующие дальнейшему усвоению учебного материала.</p> <p>Имеет несистематизированные знания о теориях и концепциях развития психосоматических заболеваний.</p>	<p>Студент способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале.</p> <p>Знает теорию, методологию психодиагностики, классификации психодиагностических методов, их возможности и ограничения, предъявляемые к ним требования.</p>	<p>Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала дисциплины. Знает основные принципы, правила и этикодеонтологические нормы проведения психодиагностического исследования в клинике, в консультативной и экспертной практике.</p> <p>знает теорию, методологию психодиагностики, классификации психодиагностических методов, их возможности и ограничения, предъявляемые к ним требования.</p>
<b>уметь</b>				
6,8,9	<p>Студент не умеет вести диагностическую беседу.</p> <p>Студент не умеет самостоятельно применять современные методы психофизиологии и специализированные психодиагностические методы</p>	<p>Студент испытывает затруднения при ответе на поставленные вопросы. Студент непоследовательно и не систематизировано составляет психологическое заключение и план обследования с учетом условия задачи.</p> <p>Студент затрудняется при использовании современных методов психофизиологии</p>	<p>Студент умеет последовательно вести диагностическую беседу.</p> <p>Студент умеет самостоятельно формулировать психологическое заключение с соблюдением его структуры.</p> <p>Дает его подробное обоснование, в рамках которого студент демонстрирует понимание этиологии заболевания. Верно, подробно составляет план обследования с учетом выявленной нозологии.</p>	<p>Студент умеет последовательно вести диагностическую беседу.</p> <p>Студент умеет самостоятельно формулировать психологическое заключение с соблюдением его структуры. Дает его подробное обоснование, в рамках которого студент демонстрирует понимание этиологии и патогенеза заболевания. Дает ответы на все поставленные вопросы в развернутом виде, грамотно, использована</p>

			<p>В достаточном объеме может применять современные методы психофизиологии и специализированные психодиагностические методы. Дает ответы на все поставленные вопросы в развернутом виде, грамотно, с использованием профессиональной терминологии.</p>	<p>профессиональная терминология. Свободно применяет современные методы психофизиологии и специализированные психодиагностические методы</p>
<b>владеть</b>				
6,8,9	<p>Студент не владеет навыком не владеет навыками патопсихологической, а также нейропсихологической диагностики, формулировки психологического заключения с соблюдением его структуры.и подбора методов психокоррекции</p>	<p>Студент владеет основными навыками патопсихологической, а также нейропсихологической диагностики, формулировки психологического заключения с соблюдением его структуры. Студент в основном способен самостоятельно интерпретировать полученные результаты обследования в достаточном объеме. Студент в основном владеет навыком подбора методов психокоррекции</p>	<p>Студент владеет знаниями всего изученного программного материала, материал излагает последовательно с использованием профессиональной терминологии, допускает небольшие ошибки и недочеты при воспроизведении изученного материала. Студент способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале, в целом владеет навыком патопсихологической, а также нейропсихологической диагностики с целью получения данных для клинической, в том числе дифференциальной, диагностики, а также навыком психологической помощи.</p>	<p>Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала. Студент владеет навыком интерпретации полученных результатов обследования. Студент показывает глубокое и полное владение всем объемом изучаемой дисциплины Студент способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале, владеет свободно навыком патопсихологической, а также нейропсихологической диагностики с целью получения данных для клинической, в том числе дифференциальной, диагностики, а также навыком психологической помощи</p>

### 3. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

#### 3.1 Вопросы к зачету

1. Факторы возникновения и развития психосоматических расстройств.
2. Заболевания психосоматической специфичности.
3. Соматоформные расстройства.
4. Диссоциативные расстройства.
5. Практические задачи психосоматики
6. История развития психосоматики.
7. Психоаналитический подход в психосоматике (З. Фрейд, Г. Гроддек).
8. Концепция де- и ресоматизации М. Шура.
9. Концепция двухфазного вытеснения А. Мичерлиха.
10. Теория специфического динамического конфликта Ф. Александера.
11. Условно-рефлекторная теория И.П. Павлова и кортико-висцеральная теория К.М. Быкова и И.Т. Курцина.
12. Концепция типов поведения по М. Фридману и Р. Розенману.
13. Алекситимия.
14. Феномен выученной беспомощности.
15. Теории стресса (У. Кеннон, Г. Селье, Р. Лазарус).
16. Культурно-исторический подход к пониманию телесности.
17. Внутренняя картина болезни.
18. Факторы, определяющие развитие ВКБ.
19. Типы психологического реагирования на заболевание.
20. Общие психотерапевтические техники, используемые в психосоматической практике.
21. Когнитивно-поведенческая психотерапия при работе с психосоматическими расстройствами: методы и основные техники.
22. Аутосуггестивная и суггестивная психотерапия: показания, противопоказания. Методики.
23. Гештальт-терапия при работе с психосоматическими расстройствами: техники.
24. Оценка эффективности психокоррекционного и психотерапевтического воздействия.
25. Виды психических нарушений при соматических заболеваниях.
26. Психологические особенности больных с онкологической патологией.
27. Психологические особенности больных с терапевтической патологией.
28. Психологические особенности больных с хирургической патологией.

#### 3.2 Тест для зачета

1. В КЛАССИЧЕСКОЙ ПСИХОСОМАТИКЕ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ РАССТРОЙСТВ:
  - A. «Органные неврозы»
  - B. Конверсионные расстройства
  - C. Психосоматические заболевания в узком смысле слова
  - D. Вегетозы
  - E. Ипохондрические развития
2. ТИП ВНУТРИЛИЧНОСТНОГО КОНФЛИКТА, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:
  - A. Между желаниями и долгом
  - B. Между возможностями личности и её завышенными требованиями к себе
  - C. Между эмоционально значимыми отношениями и агрессивными тенденциями
  - D. Конфликт по типу "хочу и нельзя"
  - E. Конфликт между желаниями и социальными требованиями
3. КЛАССИЧЕСКИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВХОДЯЩИЕ В ЧИКАГСКУЮ СЕМЕРКУ:
  - A. Вегето-сосудистая дистония

- В. Сахарный диабет
  - С. Ревматоидный артрит
  - Д. Язвенный колит
  - Е. Бронхиальная астма
4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИПОХОНДРИИ:
- А. Болезненно преувеличенное беспокойство за свое здоровье
  - В. Страх перед социальными последствиями болезни
  - С. Нежелание выздоравливать
  - Д. Извлечение выгоды из заболевания
  - Е. Желание сплотить родных и близких вокруг себя
5. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНОЗОГНОЗИИ:
- А. Сознательное сокрытие симптомов болезни
  - В. Бессознательная реакция: неосознавание болезни
  - С. Сознательное преуменьшение симптомов заболевания
  - Д. «Уход в болезнь»
  - Е. Сознательное преувеличение симптомов страдания
6. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФРУСТРАЦИИ:
- А. Явление внешней среды, действующие на личность и предъявляющие требования к организму
  - В. Состояние человека, способного чувствовать вокруг себя наличие проблем и быть в состоянии решить их
  - С. Личностно напрягающее состояние субъекта, оказавшегося в обстоятельствах, оцениваемых как неопределенно угрожающие
  - Д. Состояние гнетущего напряжения, тревожности, чувства безысходности и отчаяния
  - Е. Неспрогнозированное событие, вызывающее негативные эмоции
7. МЕТОДИКИ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА:
- А. Шкала Гамильтона
  - В. Шкала Бека
  - С. Методика Цунга
  - Д. Тест Спилберга-Ханина
  - Е. Методика САН
8. ГИССЕНСКИЙ ОПРОСНИК ВКЛЮЧАЕТ ШКАЛЫ:
- А. Истощение
  - В. Сердечные жалобы
  - С. Тревога
  - Д. Интенсивность жалоб
  - Е. Ревматический фактор
9. ИЗМЕНЕНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ, КОТОРОЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ ОРГАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО, НО НА САМОМ ДЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫРАЖЕНИЕМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА НАЗЫВАЕТСЯ:
- А. соматизированным расстройством
  - В. недифференцированным соматоформным расстройством
  - С. конверсионным расстройством
  - Д. соматоформным болевым расстройством
10. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ КЛИНИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ:
- А. «Доверительная дистанция»
  - В. Выявление жалоб, оценка внутренней картины болезни, структурирование проблемы
  - С. Оценка желаемого результата интервью и терапии
  - Д. Оценка антиципационных способностей пациента
11. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ К 3 ГРУППЕ ЛИЦ ОТНОСЯТСЯ:

- A. Совершенно здоровые, жалоб нет
  - B. Клинические формы заболевания в стадии субкомпенсации, недостаточность или поломка адаптационных механизмов.
  - C. С доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации, перенапряжение механизмов адаптации
  - D. Легкие функциональные нарушения, , напряжение адаптационных механизмов под влиянием отрицательных микросоциальных факторов
12. БОЛЬНЫЕ, СКЛОННЫЕ ПЕРЕОЦЕНИВАТЬ ЗНАЧИМОСТЬ ОТДЕЛЬНЫХ СИМПТОМОВ БОЛЕЗНИ, ЭТОТ ТИП РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ НАЗЫВАЕТСЯ:
- A. Нормнозогнозия
  - B. Гипернозогнозия
  - C. Анозогнозия
  - D. Диснозогнозия
13. ТИП РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ, ПРИ КОТОРОМ ПАЦИЕНТ НЕДООЦЕНИВАЕТ СВОЕГО СОСТОЯНИЯ И ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ:
- A. нормнозогнозия
  - B. гипонозогнозия
  - C. анозогнозия
  - D. гипернозогнозия
14. ПОЛНОЕ ОТРИЦАНИЕ БОЛЕЗНИ КАК ТАКОВОЙ, АКТИВНОЕ ОТБРАСЫВАНИЕ МЫСЛЕЙ О БОЛЕЗНИ, ЭТО
- A. нормнозогнозия
  - B. гипернозогнозия
  - C. анозогнозия
  - D. диснозогнозия
15. ПОНЯТИЕ «НЕВРОПАТИЧЕСКАЯ КОНСТИТУЦИЯ»:
- A. Неполноценность вегетативной функции
  - B. Уязвимость к проявлениям соматического неблагополучия
  - C. Толерантность к интенсивным физическим нагрузкам
  - D. Повышенная утомляемость
  - E. Внушаемость
16. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К КЛАСТЕРУ «С» СОГЛАСНО DSM-IV:
- A. Параноидное
  - B. Антисоциальное
  - C. Шизоидное
  - D. Obsессивно-компульсивное
  - E. Расстройство избегания
17. ПРОЯВЛЕНИЯ ПАРАНОИДНОГО (ПАРАНОИЧЕСКОГО) РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ:
- A. Грандиозность (повышенное самомнение)
  - B. Постоянное ожидание преследования
  - C. Неспособность следовать конвенциональным нормам поведения
  - D. Подозрительность
  - E. Склонность к злоупотреблению алкоголя, наркотиков
18. ТИПЫ ЛИЧНОСТЕЙ, ОТНЕСЕННЫЕ П.Б. ГАННУШКИНЫМ К «ЛЮДЯМ СО СВЕРХЦЕННЫМИ ИДЕЯМИ»:
- A. Патологические ревнивцы
  - B. Кладоискатели
  - C. Сутяги
  - D. Фанатики
  - E. Изобретатели

### 19. ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИЙ ПО МКБ-10:

- A. Рекуррентная депрессия
- B. Рецидивирующий депрессивный эпизод
- C. Монополярная депрессия
- D. Циклотимия
- E. Биполярное расстройство

### 20. В РАМКАХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОИСХОДИТ ФОРМИРОВАНИЕ:

- A. личностной позиции
- B. навыков адаптивного поведения
- C. невротической устойчивости
- D. фрустрационной толерантности
- E. стрессоустойчивости

## 3.3 Список задач для зачета

**Задача 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.

Вопросы:

1. О каком типе личности идет речь?
2. Почему считается, что у таких людей существует повышенный риск развития психосоматических заболеваний?

**Задача 2** 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.

Вопросы:

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

**Задача 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 в виду?

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

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?

**Задача 4** Изучение людей с этим заболеванием показало, что они 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.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?

**Задача 5** В появлении этого заболевания существенное значение имеют истерические личностные черты, повышенная ипохондричность, осознаваемая тревога. В симптомах бронхиальной астмы усматривают символическое выражение внутриличностного конфликта между потребностью больного человека в нежности и страхом перед ней, а также противоречивость в решении проблемы «брать и давать». Чаще всего в семьях таких больных родители стремятся к контролю и подавлению инициативы своих детей, запрещению спонтанных эмоциональных проявлений, так как в такой семье считается неприличным проявлять свои истинные чувства.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?

**Задача 6** В отношении этого заболевания есть данные о том, что ему способствуют внутриличностные конфликты, которые компенсаторно удовлетворяются актом еды. Здесь проявляется как бы символическая психологическая формула: еда равна любви. Одновременно, как следствие отождествления пищи с любовью, уничтожается эмоция голода. Состояние голода усиливается независимо от принятия пищи. Способствуют заболеванию и неосознаваемые страхи, приводящие к постоянному стрессовому реагированию с гипергликемией, закономерной в реакциях «бегства-борьбы», по Г. Селье. Психические проявления заболевания разнообразны - расстройства сознания делириозного типа, деперсонализационные и дереализационные феномены, галлюцинаторно-параноидные эпизоды, эйфория. Нередко встречаются разнообразные расстройства восприятия: блеклость или красочность мироощущения (преобладание желтых и синих тонов), расстройства схемы тела.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?

**Задача 7** Данной категории людей 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.

Вопросы:

1. Какое заболевание может развиваться у данной личности?

**Задача 8** Возникновению данного заболевания способствуют и неосознаваемые страхи, приводящие к постоянному стрессовому реагированию с гипергликемией, закономерной в реакциях «бегства-борьбы». Заболевание здесь может развиваться из начальной гипергликемии, поскольку реальная реализация психологического напряжения отсутствует. Психические проявления этого состояния разнообразны - расстройства сознания делириозного типа, деперсонализационные и дереализационные феномены, галлюцинаторно-параноидные эпизоды, эйфория. Нередко встречаются разнообразные расстройства восприятия: блеклость или красочность мироощущения (преобладание желтых и синих тонов), расстройства схемы тела, изменения чувства времени и др.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?

**Задача 9** Больной Д., 42 года, вырос в семье, где главной задачей считалось достижение личного успеха в жизни, определенного положения в обществе. Хотя у больного были ограниченные способности и учеба в школе давалась с трудом, из-за требований родителей он стремился превзойти одноклассников в учебе, затрачивая на это массу усилий. После школы поступил в институт, где занятия отнимали огромное количество сил и времени, часто приходилось заниматься по ночам. Окончив институт, стал работать инженером. Стал активно добиваться должности начальника отдела, требующей высокого уровня ответственности и профессионализма. Получив желаемую должность, стал испытывать значительные трудности при принятии решений, общении с подчиненными. Возникли проблемы со сном, аппетитом, снизилось настроение, появилась раздражительность, что в конечном итоге привело к получению замечаний со стороны начальства.

Вопрос:

1. Проанализируйте ситуацию с точки зрения экзистенциально-гуманистической психотерапии

**Задача 10** Пациент 40 лет менеджер, обратился к терапевту с жалобой на частые эпизоды затрудненного дыхания и сердцебиения, сопровождающиеся обильным потоотделением и тошнотой. Эти симптомы не связаны с ситуацией и исчезают через несколько минут. Во время таких эпизодов пациент испытывает страх и опасается, что у него сердечный приступ. На осмотре выглядит осунувшимся, уставшим и беспокойным (ажитированным). На фоне возрастающих нагрузок на работе сон стал прерывистым, снизилась способность концентрировать внимание. Пациент жалуется на сниженное настроение и тревогу по поводу приступов, суицидальных идей нет, но иногда приходят мысли о том, что его семье будет легче без него.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?

**Задача 11** У лиц с этим заболеванием преобладают компульсивные личностные черты. Эти больные опрятны, любят порядок, пунктуальны, а свой гнев выражают весьма сдержанно. Р. Александер полагает, что у таких личностей ключевым моментом является также фрустрированная потребность своей зависимости. Агрессивные тенденции по отношению к объекту своей зависимости приводят к бессознательному чувству вины и тревоги, которые «облегчаются» кровавым поносом. У 60% больных обострению предшествуют депрессивно окрашенные жизненные ситуации с переживанием действительной или воображаемой потери объекта. Больные чаще происходят из семей, в которых вообще мало говорят о чувствах. У больных низкая самооценка и они весьма чувствительны к собственным неудачам. Потеря отношений с ключевой фигурой бессознательно переживается больными как угроза собственному существованию. Больным явно недостает сознательного переживания агрессии и соответствующего поведения.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?

**Задача 12** К этому заболеванию может приводить неспецифический стресс, который обуславливает гиперактивность желудка и гиперсекрецию пепсина, в результате чего формируется язва. Сторонники специфических теорий выдвигают на первое место формирование характерного бессознательного конфликта при хронической фрустрации выраженной у язвенной личности потребности в зависимости. Потребность в заботе и ласке вызывает хронический бессознательный голод с гиперсекрецией желудочного сока.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?

**Задача 13** 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.

Вопросы:

1. Какое заболевание может развиваться у данной категории людей?

**Задача 14** К этому заболеванию часто предшествует сильное переживание, характерна семейная предрасположенность к болезни. Двигательное и внутреннее беспокойство, возбуждение и раздражительность являются следствием повышенной секреции гормонов щитовидной железы. В личностном плане мы находим у больных постоянную активность, готовность перевыполнять свои задания. Они производят впечатление личностной зрелости, но она адекватна не всем ситуациям и лишь с трудом скрывает их страх и слабость. Согласно психодинамической теории, в детстве эти больные испытывали сильную привязанность и зависимость от матери, поэтому они не переносят угрозы потери любви. Фрустрация детской жажды к зависимости приводит к преждевременному самоутверждению.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?

**Задача 15** На приеме пациентка 30 лет, обратилась к врачу после внезапной смерти 8 летнего ребенка (жертвы киднепинга). С момента похищения и смерти прошло 3 месяца. При обследовании выявлен высокий уровень депрессии, тревоги, больная постоянно жалуется на чувство страха, навязчивые мысли об утраченном ребенке, смысле жизни, нежелании жить. Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы,
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?

### 3.4. Экзаменационный тест

1. **СОВРЕМЕННАЯ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ БОЛЕЗНИ РАЗРАБОТАНА:**
  - A. Экслюлем
  - B. Любаном-Плоцца
  - C. Везиаком
  - D. Энгелем
  - E. Вайцеккером
2. **ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ТЕОРИИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ДЛЯ БОЛЕЗНИ ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ КОНФЛИКТЫ:**
  - A. Ситуация-ускоритель
  - B. Неудовлетворенные потребности
  - C. Специфический конфликт
  - D. Уязвимость" органа
  - E. Специфический "профиль личности"
3. **К «ТРУДНЫМ» ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ, ИМЕЮЩИЕ:**
  - A. Эпилептоидные черты
  - B. Депрессивные черты с суицидальной настроенностью
  - C. Гипертимные черты
  - D. Астено-невротические черты
  - E. Ипохондрические черты
4. **ВИДЫ ЯТРОГЕНИЙ:**
  - A. Патогенное влияние слов, действий или умолчания и бездействия врача
  - B. Патогенное влияние среднего медперсонала
  - C. Патогенное влияние окружающих больного
  - D. Патогенное влияние средств массовой информации
  - E. Патогенное влияние лекарственных средств

5. МЕТОДИКИ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА:
  - A. Шкала Гамильтона
  - B. Шкала Бека
  - C. Методика Цунга
  - D. Тест Спилберга-Ханина
  - E. Методика САН
6. К ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ СОМАТИЗИРОВАННОГО РАССТРОЙСТВА ОТНОСЯТСЯ:
  - A. Боли в груди
  - B. Двоение в глазах
  - C. Диарея
  - D. Боли при мочеиспускании
  - E. Головная боль
7. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ КЛИНИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ:
  - A. «Доверительная дистанция»
  - B. Выявление жалоб, оценка внутренней картины болезни, структурирование проблемы
  - C. Оценка желаемого результата интервью и терапии
  - D. Оценка антиципационных способностей пациента
  - E. Приветствие
8. АНИЗОГНОЗИЯ ТИПИЧНОЕ ЯВЛЕНИЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ
  - A. Сахарным диабетом
  - B. Артериальной гипертензией
  - C. Наркоманией
  - D. Пневмонией
  - E. Целиакией
9. ПРИ АСТЕНИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ У БОЛЬНЫХ ИМЕЕТСЯ
  - A. Активная жизненная позиции больного к лечению и обследованию
  - B. Реальная оценка ситуации и рациональный уход от фрустрации
  - C. Наклонность к пессимизму и мнительности
  - D. Неадекватная позиция к лечению и ситуации
  - E. Зависть и ненависть к здоровым
10. БОЛЬНЫЕ, СКЛОННЫЕ ПЕРЕОЦЕНИВАТЬ ЗНАЧИМОСТЬ ОТДЕЛЬНЫХ СИМПТОМОВ БОЛЕЗНИ, ЭТОТ ТИП РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ НАЗЫВАЕТСЯ:
  - A. Нормнозогнозия
  - B. Гипернозогнозия
  - C. Анозогнозия
  - D. Диснозогнозия
  - E. Гипонозогнозия
11. ТИП РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ, ПРИ КОТОРОМ ПАЦИЕНТ НЕДООЦЕНИВАЕТ СВОЕГО СОСТОЯНИЯ И ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ:
  - A. Нормнозогнозия
  - B. Гипонозогнозия
  - C. Анозогнозия
  - D. Гипернозогнозия
  - E. Диснозогнозия
12. СИТУАЦИЯ: ПОСЛЕ ПОЛУЧЕННОЙ ТРАВМЫ СПОРТСМЕН ВНОВЬ ВОЗВРАЩАЕТСЯ К УСИЛЕННЫМ ТРЕНИРОВКАМ, ИГНОРИРУЯ УКАЗАНИЯ ВРАЧА НА ВРЕМЯ РЕАБИЛИТАЦИИ СНИЗИТЬ ИНТЕНСИВНОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ НАГРУЗОК. КАКОЙ ТИП ЛИЧНОСТНОЙ РЕАКЦИИ ОПИСЫВАЕТСЯ У ПАЦИЕНТА?
  - A. Спокойная реакция
  - B. Разрушительная реакция

- C. Неосознаваемая реакция
  - D. Следовая реакция
  - E. Дисфорическая
13. СИТУАЦИЯ: ПАЦИЕНТКА ОДНОВРЕМЕННО ЛЕЧИТСЯ В РАЗНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, ПОСЛЕ ПРОСМОТРА ТЕЛЕПЕРЕДАЧИ О СВОЕЙ БОЛЕЗНИ НАХОДИТСЯ ВО ВЛАСТИ СТРАХА, ПО СОВЕТУ СОСЕДКИ ОБРАЩАЕТСЯ К ЗНАХАРКЕ. КАКОЙ ТИП ЛИЧНОСТНОЙ РЕАКЦИИ ОПИСЫВАЕТСЯ У ПАЦИЕНТА?
- A. Содружественная реакция
  - B. Паническая реакция
  - C. .Негативная реакция
  - D. .Неосознаваемая реакция
  - E. Дисфорическая реакция
14. ЛИЧНОСТНЫЕ АНОМАЛИИ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ПСИХОПАТИЯМ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА:
- A. Конституционально-депрессивные
  - B. Ананкасты
  - C. Гипертимные личности
  - D. Циклоиды
  - E. Нарциссы
15. ПОСТАДДИКТИВНАЯ ИПОХОНДРИЯ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ:
- A. Диссоциальном РЛ
  - B. Шизоидном РЛ
  - C. Зависимом РЛ
  - D. Избегающем РЛ
  - E. Параноидном РЛ
16. ПРОЯВЛЕНИЯ ПАРАНОИДНОГО (ПАРАНОИЧЕСКОГО) РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ:
- A. Грандиозность (повышенное самомнение)
  - B. Постоянное ожидание преследования
  - C. Неспособность следовать конвенциональным нормам поведения
  - D. Подозрительность
  - E. Склонность к злоупотреблению алкоголя, наркотиков
17. ТИПЫ ЛИЧНОСТЕЙ, ОТНЕСЕННЫЕ П.Б. ГАННУШКИНЫМ К «ЛЮДЯМ СО СВЕРХЦЕННЫМИ ИДЕЯМИ»:
- A. Патологические ревнивцы
  - B. Кладоискатели
  - C. Сутяги
  - D. Фанатики
  - E. Изобретатели
18. МАСКИРОВАННАЯ ИПОХОНДРИЯ ФОРМИРУЕТСЯ У ЛИЦ:
- A. С соматотонической акцентуацией
  - B. По типу проприоцептивного диатеза
  - C. По типу сегментарной деперсонализации
  - D. С невротической конституцией
  - E. С соматоперцептивной конституцией
19. СКЛОННОСТЬ К САМОВЫЯВЛЕНИЮ НЕСУЩЕСТВУЮЩИХ ТЕЛЕСНЫХ ИЛИ ВАЗОВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ:
- A. Соматотония
  - B. Соматопатия
  - C. Невропатия
  - D. Ипохондрия

- Е. Психогения
20. КЛАССИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИВНАЯ ТРИАДА:
- А. Гипотимия
  - В. Замедление мышления
  - С. Эмоциональное бесчувствие
  - Д. Двигательная заторможенность
  - Е. Патологический циркадный ритм
21. В РАМКАХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОИСХОДИТ ФОРМИРОВАНИЕ:
- А. Личностной позиции
  - В. Навыков адаптивного поведения
  - С. Неврозоустойчивости
  - Д. Фрустрационной толерантности
  - Е. Стрессоустойчивости
22. ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА:
- А. Диагностическая беседа
  - В. Психологическое тестирование
  - С. Психотерапия
  - Д. Нейропсихологическое исследование
  - Е. Амитал-кофеиновое растормаживание
23. ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
- А. Вспышки аффекта часто приводят к насилию
  - В. Максимальной способностью планирования
  - С. Выраженной тенденция действовать импульсивно
  - Д. Стабильностью настроения
  - Е. Мстительностью и злопамятностью
24. КРИТЕРИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОСНОВЫВАЮТСЯ НА ПОНЯТИЯХ
- А. Адаптация
  - В. Социализация
  - С. Индивидуализация
  - Д. Самочувствие
  - Е. Настроение
25. ТЕОРИЯ РЕФЛЕКТОРНОЙ ОСНОВЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕДЛОЖЕНА:
- А. Селье
  - В. Фрейд
  - С. Кеннон
  - Д. Павлов
  - Е. Сеченов
26. ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ СЕМЕРКА ВКЛЮЧАЕТ»:
- А. Сахарный диабет
  - В. ХОБЛ
  - С. Бронхиальная астма
  - Д. Анемия
  - Е. Синдром Конна
27. РАЗЛИЧАЮТ ТАКИЕ СТРАТЕГИИ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ КАК:
- А. Эмоционально-фокусированный
  - В. Проблемно-фокусированный
  - С. «Открытый» поведенческий
  - Д. Успешный
  - Е. Преодолевающий

28. ИЗМЕНЕНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ, КОТОРОЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ ОРГАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО, НО НА САМОМ ДЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫРАЖЕНИЕМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА НАЗЫВАЕТСЯ:
- A. Соматизированным расстройством
  - B. Недифференцированным соматоформным расстройством
  - C. Конверсионным расстройством
  - D. Соматоформным болевым расстройством
  - E. Соматоформным поведенческим расстройством
29. ВЫДЕЛЯЮТ ТАКИЕ ВИДЫ СТРЕССА:
- A. Эустресс и дистресс
  - B. Физиологический и психологический
  - C. Острый и хронический
  - D. Социальный, эмоциональный
30. ДЛЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ХАРАКТЕРЕН ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ:
- A. Дисфорический
  - B. Эгоцентрический
  - C. Ипохондрический
  - D. Эргопатический
  - E. Депрессивный
31. С ПОМОЩЬЮ ТЕСТА СПИЛБЕРГЕРА МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ РАССТРОЙСТВО:
- A. Памяти
  - B. Мышления
  - C. Эмоций
  - D. Интеллекта
  - E. Внимания
32. НАВЯЗЧИВЫЙ СТРАХ УРОДЛИВОСТИ СОБСТВЕННОГО ТЕЛА ЭТО:
- A. Сенестопатия
  - B. Дистормофобия
  - C. Конверсионное расстройство
  - D. Агорафобия
  - E. Ксенофобия
33. К МЕТОДАМ ГУМАНИТАРНОГО ПОДХОДА ПСИХОТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ:
- A. Арттерапия
  - B. Поэтическая терапия
  - C. Музыкалотерапия
  - D. Терапия творческим самовыражением
  - E. Спорттерапия
34. АЛЕКСЕТИМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
- A. Наличием у детей до развития речевой функции
  - B. Трудностью в описании собственных чувств
  - C. Бедностью фантазий
  - D. Конкретным, прагматичным мышлением
  - E. Агрессивностью
35. ДЕПРЕССИЯ – ЭТО:
- A. Нарушение морально-нравственных представлений пациента при сохранении у него в той или иной степени интеллектуальных способностей
  - B. Безучастность, отрешённое отношение к происходящему вокруг
  - C. Бедность фантазий
  - D. Затруднение в определении и описании собственных эмоций и эмоций других людей
  - E. Аффективное состояние, характеризующееся сниженным настроением, идеоторной и моторной заторможенностью

36. ДЛЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ХАРАКТЕРЕН ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ:
- Неврастенический
  - Гармонический
  - Эгоцентрический
  - Паранояльный
  - Дисфорический
37. К ОСНОВНЫМ ЭТИЧЕСКИМ ПОЛОЖЕНИЯМ КЛИНИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ ОТНОСИТСЯ:
- Уважение прав клиента и его личной жизни
  - Принятие во внимание индивидуальных и культурных различий
  - Относиться к клиенту так, как вы хотели бы, чтобы относились к Вам
  - Избегание расспроса о несущественных деталях
  - Деликатность и тактичность
38. К ПСЕВДОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ СОМАТИЗИРОВАННОГО РАССТРОЙСТВА ОТНОСЯТ:
- Нерегулярность менструаций
  - Боли в конечностях
  - Параличи
  - Судороги
39. К ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ СОМАТИЗИРОВАННОГО РАССТРОЙСТВА ОТНОСЯТ:
- Боли в груди
  - Двоение в глазах
  - Головную боль
  - Диарею
  - Боли при мочеиспускании
40. СПОСОБЫ СМЯГЧАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ СТРЕССЕ:
- Обнаружение неожиданно появившихся побочных положительных моментов
  - Представление более трагических последствий ситуации
  - Сознательное сравнение с другими
  - Попытки забыть о случившемся
  - Попытки найти собеседников

### 3.5. Список экзаменационных задач

**Задача 1** Через месяц у 24 летней женщины, после смерти матери (у неё на руках) от хронического сердечно - сосудистого заболевания, ранее не страдавшей нервно психическими расстройствами, появились приступы сердцебиения, удушья, нарушился сон, отмечает трудности концентрации внимания, внезапные приступы плача, навязчивые мысли (о смысле жизни, не желании жить.).

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы,
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?

**Задача 2** На приеме пациент 18 лет с мамой, жалобы: на приступы сердцебиения, чувство страха «удушья, нехватки воздуха», «кома за грудиной». Обратились по рекомендации терапевта, который патологии сердечно сосудистой системы не выявил. Пациент из благополучной семьи, единственный ребенок, наследственность психически не отягощена, занимался спортом (каратэ), но с 15 лет стал злоупотреблять алкоголем (легкие вина, пиво). Первый приступ случился год назад, после ночной дискотеки и тренировки. Перестал заниматься спортом, так как думал, что такое

состояние от физических нагрузок. Приступ повторился через 3 месяца, а последнее время до 1-2 приступов в неделю, испытывает страх поездок в метро.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы,
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?

**Задача 3** Больной 23 лет, студент, в течение 2 недель жалуется на сниженное настроение, утрату интересов, неуверенность в себе, нарушение сна, плохой аппетит. Несмотря на возникшие трудности в освоении учебной программы и постоянную обеспокоенность своим состоянием продолжает учёбу в институте. Каких-либо психотравмирующих событий, предшествующих этому состоянию, не было.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?

**Задача 4** Больной 27 лет, в течение последних 2 недель без внешнего повода стал злоупотреблять алкоголем. У него снизился аппетит, потерял в весе 3 кг. Возобновился отмечавшийся в детстве страх высоты. Ухудшился сон (просыпался на час раньше, чем прежде). По утрам испытывал выраженную тоскливость, которая во второй половине дня уменьшалась. Продолжал работать и в целом справлялся со своими обязанностями, однако заметно уменьшился интерес к окружающему, больной стал медлительным, гипомимичным, говорил тихим голосом, мало общался с коллегами.

Вопрос:

Какие симптомы описаны?

**Задача 5** Больной 26 лет, робкий, обидчивый, застенчивый. После незначительного конфликта на работе в течение последних 2,5 недель испытывает неуверенность в своих силах, подавленность, повышенную утомляемость, трудность сосредоточения внимания.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?

**Задача 6** Больная Х., 23 лет. Предъявляет жалобы на потерю интереса к жизни, данное состояние развилось после автокатастрофы, где погибла её семья. Сидит опустив голову, выражение лица печальное. На вопросы отвечает односложно, ходит и двигается медленно, заявляет, что никогда не поправится, что она "окаменела", "перестала любить близких"; в то же время беспокоится о них и страдает, что не испытывает к ним никаких чувств, что стала "как деревянная".

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны у больной?

**Задача 7** Больной С., 37 лет, обратился с жалобами на постоянную тревогу, чувство внутреннего напряжения, плохое предчувствие и ожидание худшего, трудности в сосредоточении внимания, прерывистый ночной сон и позднее пробуждение. Данные симптомы наблюдаются в течение 7 месяцев. Внешне больной напряжён, раздражителен, перебирает руками, периодически тяжело вздыхает, определяется потливость, умеренная тахикардия. Причину тревоги точно указать не может.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром.
2. При каких расстройствах он наблюдается?

**Задача 8** Больная Н., 34 лет обратилась с жалобами на «постоянные сомнения». Будучи подростком, читала книгу о сифилисе. Появился непреодолимый страх заражения сифилисом. С тех пор регулярно обследуется, половую жизнь не ведёт. В последнее время ведёт тетрадь, где записывает

время ухода из дома и время приезда на работу (время до работы занимает 40 мин). делает это для того, чтобы не было сомнений, что кто-то с ней не сделал акт насилия и не заразил сифилисом. Приезжая домой или на работу 30 минут моет руки, не смотря на то, что ездит в перчатках. Во время еды, также всё записывает, так как возникают сомнения, принимала ли она пищу.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?

**Задача 9.** Больной В., 40 лет, с подросткового возраста отличался впечатлительностью, ранимостью. Склонность к тревожным опасениям проявлялась в боязни опоздать на занятия, получить замечание, отвечать у доски. В зрелом возрасте данные черты сгладились, в то время как на первый план выступили черты ригидности, упрямства, а также, высокая степень склонности к сомнениям и отсутствие внутренней уверенности. Заболел около двух лет назад. На протяжении этого времени испытывает постоянную тревогу, беспокойство, чувство внутреннего напряжения, ожидание худшего. Тревога охватывает все стороны социального функционирования данного больного. Засыпает и просыпается с тревогой. С критикой относится к своему заболеванию, активно ищет помощи.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.

**Задача 10** Больной 40 лет, сотрудник МВД обратился потому что, после неоднократных командировок в горячие точки, стал раздражительным, агрессивным “всё цепляет”, нарушился сон, снятся кошмарные сновидения, появилось чувство вины перед погибшими товарищами, стал злоупотреблять алкоголем. Последнее время особенно встревожило, что любые сообщения из прессы, телевидения связанные с пережитыми командировками стали навязчивыми, испытывал кратковременные состояния, как будто ярко ощущает возвращение в прошлые события, переживания.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы

**Задача 11** Больная 54 лет направлена на консультацию от терапевта, к которому обратилась с жалобами на частые случаи повышения АД, сниженное настроение, плаксивость, потерю интереса к жизни, нарушения сна, тревогу, навязчивые мысли о смысле жизни, нежелании жить. Сидит опустив голову, выражение лица печальное. На вопросы отвечает односложно, говорит тихим голосом, заявляет, что она "окаменела", стала "как деревянная". Данное состояние развилось после смерти (месяц назад) любимого сына наркомана 28 лет, несколько лет безуспешно боролась с наркотической зависимостью сына.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром.

**Задача 12** На протяжении 5 лет у больного отмечаются длительные периоды (3 - 4 месяца) сниженного настроения, не сопровождающиеся суицидальными мыслями, выраженным нарушением трудоспособности. Эти состояния не связаны с психотравмирующими факторами и характеризуются чувством дискомфорта, усталости, поверхностным сном и сменяются нормальным состоянием.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром.
2. Рекомендуемое лечение.

**Задача 13** Школьница 14 лет после замечания одноклассника по поводу её полноты начала ограничивать себя в еде. В течение нескольких месяцев соблюдала строгую, малокалорийную диету, вследствие чего вес понизился на 15%. Появилась аменорея. Больная часто

вызывала у себя рвоту, когда чувствовала «переедание». С целью уменьшения полноты принимала диуретики, усиленно занималась физическими упражнениями. На момент осмотра настроение снижено, пессимистическое отношение к своему будущему.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Какое вероятное состояние испытывает пациент?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

**Задача 14** В течение последнего года в семье подростка сложилась тяжёлая обстановка. Отец пьянствовал, издевался над женой, избивал её и сына, если тот пытался защитить мать. У подростка развилось состояние подавленности, тревоги, беспокойства, пессимистические мысли о будущем. Расстроились сон и аппетит, появилась повышенная утомляемость, снизилась успеваемость в школе.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Какое вероятное состояние испытывает пациент?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

**Задача 15** 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? В какой психопатологический синдром укладываются жалобы? Рекомендации по терапии. Комментарии: Личностные особенности см. «особенности личности больных с ЯБ», важен психотравмирующий фактор (изменившаяся семейная ситуация, длительный период одиночества). Перечисленные жалобы укладываются в астенический синдром (скорее, в варианте астено – невротического или астено – депрессивного). Кроме препаратов гастроэнтерологического профиля к терапии рекомендовано: Эглонил (сульпирид, бетамакс, просульпин) 100 – 200 мг в сутки в дневное время, атаракс 25мг или фенибут 25 мг вечером курсом – месяц. 15.2. Больная 48 лет, отмечает, что успешна в работе, стабильная семейная ситуация, обратилась к терапевту с жалобами на подъемы артериального давления до 160\90 мм рт ст, головные боли, головокружение. Подъемы АД с психо – эмоциональными нагрузками не связывает. Испугана колебаниями АД, многократно в течении 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).

Вопросы:

1. Какие личностные особенности можно ожидать у пациентки?
2. Какие психопатологические; симптомы; формируются?
3. Какие; психосоматические механизмы колебания АД можно предположить?

**Задача 16** Больной Д., 42 года, вырос в семье, где главной задачей считалось достижение личного успеха в жизни, определенного положения в обществе. Хотя у больного были ограниченные способности и учеба в школе давалась с трудом, из-за требований родителей он стремился превзойти одноклассников в учебе, затрачивая на это массу усилий. После школы поступил в институт, где занятия отнимали огромное количество

сил и времени, часто приходилось заниматься по ночам. Окончив институт, стал работать инженером. Стал активно добиваться должности начальника отдела, требующей высокого уровня ответственности и профессионализма. Получив желаемую должность, стал испытывать значительные трудности при принятии решений, общении с подчиненными. Возникли проблемы со сном, аппетитом, снизилось настроение, появилась раздражительность, что в конечном итоге привело к получению замечаний со стороны начальства.

Вопросы:

1. Проанализируйте ситуацию с точки зрения экзистенциально-гуманистической психотерапии

**Задача 17** На протяжении 5 лет у больного отмечаются длительные периоды (3 - 4 месяца) сниженного настроения, не сопровождающиеся суицидальными мыслями, выраженным нарушением трудоспособности. Эти состояния не связаны с психотравмирующими факторами и характеризуются чувством дискомфорта, усталости, поверхностным сном и сменяются нормальным состоянием.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром.
2. Рекомендуемое лечение.

**Задача 18** Больной 40 лет обратился потому что, после неоднократных командировок в горячие точки, стал раздражительным, агрессивным “всё цепляет”, нарушился сон, снятся кошмарные сновидения, появилось чувство вины перед погибшими товарищами, стал злоупотреблять алкоголем. Последнее время особенно встревожило, что любые сообщения из прессы, телевидения связанные с пережитыми командировками стали навязчивыми, испытывал кратковременные состояния, как будто ярко ощущает возвращение в прошлые события, переживания.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы
2. Какие рекомендации можно дать пациенту?

**Задача 19** Пациентка 30 лет перенесла плановую операцию на щитовидной железе. Послеоперационный период протекал благополучно, но больная не встаёт с постели, отмечает резкую слабость, повышенную утомляемость. После выписки, несмотря на то, что эндокринолог не находил столь выраженной патологии, продолжала чувствовать себя больной. В течение последующих 4 месяцев целыми днями лежала в постели, не могла себя заставить сделать что-нибудь, почти не общалась с родственниками.

Консультирована врачами разного профиля, с диагнозом: «Нейроциркуляторная дистония» наблюдалась неврологом. Данное состояние продолжается на протяжении 2 лет. Вынуждена оставить работу. Прекратила общение с подругами. При осмотре жалобы на слабость, утомляемость, чувство бессилия, непереносимости нагрузок. Считает состояние прямым следствием физического недомогания.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?

**Задача 20** Пациентка 25 лет педагог обратилась к психиатру. Начиная, с подросткового периода у неё бывают эпизоды состояния грусти, временами она чувствовала себя хорошо, но эти периоды редко длились более 2 недель. Говоря про свои жалобы, она фиксирует больше внимания на повторных разочарованиях в жизни и низкой самооценке, чем на конкретных депрессивных симптомах. Она трудоспособна, но думает, что делает работу не настолько хорошо, как следовало бы.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром.
2. При каких расстройствах он наблюдается?

**Задача 21** Больной Р., 38 лет, служащий, не имевший эмоциональных нарушений в анамнезе, обратился с жалобой на страх авиа полётов. После серии авиакатастроф, больной стал бояться летать. Перед полётом у него развивается выраженная тревога, сопровождающаяся «нехваткой воздуха». Появляется бессонница, пациент не может выполнять служебные обязанности. После полёта состояние быстро стабилизируется.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?

**Задача 22** В клинику обратился студент К., 21 года, с жалобами на страх публичных выступлений. Клиническая картина включает в себя страх, гипергидроз, тахикардию, покраснение кожных покровов, сердцебиение. Данное состояние мешает больному сосредоточиться, ясно выговаривать слова, что часто приводит к срыву доклада.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?

**Задача 23** Больной Г., 32 лет, рассказал, что около месяца назад в туннеле вагона метро испытал внезапный приступ страха, который сопровождался сердцебиением, одышкой, урчанием в животе. Не выдержал «эмоционального напряжения» стал метаться по вагону. Отмечает, что помнит каждую секунду, было стыдно перед пассажирами, но сдерживать себя не мог. Выбежал из метро, до дома добирался наземным транспортом. В течение месяца до работы добирался на автобусах. Повторный приступ произошел через 5 дней на остановке, где скопилось много людей. Появился страх возникновения нового приступа, «а бежать некуда». Нарастала тревога, сердцебиение, одышка. Растолкав людей, побежал в сторону дома. В настоящее время не работает, испытывает страх возникновения нового приступа, активно ищет помощь.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром.

**Задача 24** Старшеклассника, который все свои надежды связывал с поступлением в университет, учительница необоснованно назвала на уроке “прогульщиком” и поставила двойку. После этого у подростка снизилось настроение, появилось чувство безысходности, перестал посещать уроки обидевшей его учительницы, постоянно думал, что не сможет теперь поступить в ВУЗ. Через неделю написал записку, что не видит выхода из ситуации и просил, чтобы его не спасали, когда он отравится. Принял 20 таблеток транквилизатора, в связи с чем, был госпитализирован.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

**Задача 24** Больной 44 года врач, наблюдается у психиатра с 28 лет по поводу периодически повторяющихся депрессивных состояний, длящихся в среднем от 1,5 до 2 месяцев, преимущественно в осенний период. Пациент обходился амбулаторным лечением, принимал amitriptylin доза 50 мг. в сутки. Перенёс острый инфаркт миокарда 4 месяца назад. После выписки из стационара у больного развилось очередное депрессивное состояние, которое выражалось в снижении настроения, подавленности, чувстве тоски, апатии в первой половине дня, нарушении сна, потере аппетита, снижением работоспособности (сильно уставал, испытывал трудности в сосредоточении внимания).

Вопрос:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.

2. Для какого расстройства этот синдром характерен?

### 3.6. СПИСОК ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ ВОПРОСОВ

1. Проблема классификации психосоматических расстройств.
2. Теория кортико-висцеральной патологии: основные положения.
3. Проблема психосоматического симптомогенеза в концепциях М. Шура, А. Митчерлиха.
4. Основные положения культурно-исторического подхода к психосоматической проблеме. Идея целостного подхода к больному в медицине.
5. Психологическая феноменология алекситимии. Роль алекситимии в этиопатогенезе психосоматических расстройств.
6. Проблема психосоматического дизонтогенеза
7. Клинико-психологические аспекты проблемы стресса
8. Предмет и задачи психологического изучения психосоматических явлений.
9. Концепция беспомощности (М. Селигман). Позитивная психология.
10. Психоаналитический подход в психосоматике. Критическая оценка этого подхода.
11. Концепция профилей личности в психосоматике.
12. Биопсихосоциальная модель.
13. Гипотеза психосоматической специфичности
14. Концепция о функциональных системах.
15. Интегративные модели.
16. Современные представления о психологической саморегуляции. Ее роль в симптомогенезе.
17. Психология больного. Механизмы психологической защиты.
18. Нозогении: определение, проблематика, классификации.
19. Развитие психосоматического заболевания (факторы, способствующие развитию психосоматического заболевания).
20. Внутренняя картина здоровья. Определение здоровья по ВОЗ. Виды и критерии здоровья. Показатели психического здоровья. Характеристика здорового человека (по А. Маслоу).
21. Концепция внутренней картины болезни. Определение. Структура. Уровни ВКБ. Масштаб переживания болезни.
22. Возрастная динамика внутренней картины болезни. Влияние конституциональных и индивидуально-психологических особенностей на отношение к болезни.
23. Динамика внутренней картины болезни в процессе лечения
24. Способы исследования внутренней картины болезни.
25. Реагирование личности на болезнь. Понятие внутренней картины болезни (пол, возраст, темперамент, характер, психологические защиты, личностные особенности). Этапы переживания болезни во времени (на примере онкологического заболевания).
26. Особенности социальной ситуации развития у больных с хроническими соматическими заболеваниями (на примере инфаркта миокарда).
27. Роль эмоций в функционировании организма человека. Основные теории эмоций.
28. Роль вегетативной нервной системы в формировании психосоматической личности. Оценка угрозы. Оценка преодоления угрозы (А. Лазарус).
29. Патогенетические механизмы развития психосоматических расстройств. Долгосрочная память и психосоматические расстройства. Факторы риска развития психосоматозов.
30. Психосоматический феномен и психосоматический симптом: возможности их дифференциации.
31. Психологические модели симптомообразования: систематика, особенности, критическая оценка
32. Патопсихологические аспекты работы с соматическими больными.
33. Стресс и «неспецифичность» роли психосоциальных факторов в генезе психосоматозов (теория условных рефлексов и кортико-висцеральная теория, теория стресса Г. Селье, теория жизненных событий Т. Холмса и Р. Рейха).

34. Психосоматическая личность и ее особенности.
35. Конверсионное расстройство: определение, клиника, лечение
36. Развитие психосоматического заболевания (факторы, способствующие развитию психосоматического заболевания).
37. Соматизированное расстройство: определение, причины развития, клиника, лечение.
38. Соматоформные расстройства: определение, классификация, клиника.
39. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы: определение, причины развития, клиника.
40. Хроническое соматоформное болевое расстройство: определение, причины развития, клиника, лечение.
41. Психосоматический феномен и психосоматический симптом: возможности их дифференциации.
42. Депрессии в общей медицинской практике: патогенетические аспекты. Признаки позитивной и негативной эффективности. Классификация и симптоматология депрессий.
43. Психофеноменология депрессивных состояний. Триада Крепелина. Психопатологические аспекты астении.
44. Маскированные депрессии в клинике внутренних болезней. Психологические тесты, применяемые для диагностики депрессий. Подходы к психотерапии депрессий.
45. Психотерапия психосоматических больных. Определение. Основные модели психотерапевтического воздействия.
46. Классификация психотерапии психосоматических больных
47. Механизмы реализации психотерапевтического воздействия.
48. Бихевиоральный подход в психотерапии. Основные направления
49. Экзистенциально-гуманистический подход в психотерапии. Основные направления.
50. Позитивная психотерапия в лечении психосоматических заболеваний.
51. Телесно-ориентированная психотерапия в лечении психосоматических заболеваний.
52. Системный подход в психотерапии. Основные направления
53. Арт-терапия в лечении психосоматических заболеваний
54. Интегративный подход в психотерапии. Основные направления.
55. Гештальт-терапия в лечении психосоматических заболеваний.
56. Психодинамический подход в психотерапии. Основные направления.
57. Семейная психотерапия в лечении психосоматических заболеваний.
58. Когнитивный подход в психотерапии. Основные направления.
59. Проблема ятрогений. Психологические последствия ятрогений