

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

**«Ярославский государственный медицинский университет»**

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Кафедра терапии ИНПО**

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по научно-  
исследовательской работе

**ФГБОУ ВО ЯГМУ МЗ РФ**

д.м.н., профессор

**И.Н. Староверов**



2024 г.

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по дисциплине

**ПСИХОСОМАТИКА**

**Программа:** основная профессиональная образовательная программа  
высшего образования – программа подготовки научных и научно-педагогических  
кадров в аспирантуре

**Научная специальность:**

**5.3.6 Медицинская психология (отрасль науки – медицинские)**

Ярославль, 2024

Фонд оценочных средств по дисциплине «Психосоматика» составлен сотрудниками кафедры терапии ИНПО проф. Коршуновым Н.И. проф. Яльцевой Н.В., доц. Филатовой Ю.С. под руководством зав. кафедрой профессора Ильина М.В. в соответствии с Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 20.10.2021 № 951 "Об утверждении федеральных государственных требований к структуре программ подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), условиям их реализации, срокам освоения этих программ с учетом различных форм обучения, образовательных технологий и особенностей отдельных категорий аспирантов (адъюнктов)", учебным планом ФГБОУ ВО ЯГМУ МЗ РФ по основной образовательной программе высшего образования подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре и входит в состав Программы подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре по специальности 5.3.6 Медицинская психология (отрасль науки – медицинские).

Зав. кафедрой, профессор \_\_\_\_\_ М.В. Ильин

**1. КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ  
ОЦЕНКИ ДЛЯ  
ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ  
знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности  
дисциплины «Психосоматика»**

**Ситуационная задача №1**

Психолог был свидетелем консультации врача-терапевта с коллегой, врачом-аллергологом. Вопрос, с которым обратился терапевт к коллеге, касался молодого человека, обратившегося к терапевту какое-то время назад с жалобами на ярко выраженную эритематозную сыпь (типа крапивницы) на линиях вокруг шеи, оканчивающуюся круговой ранкой в области яремной ямки. По мнению аллерголога, это контактный дерматит. Терапевт дополнил изложение, сказав, что молодой человек встречался с девушкой, принадлежавшей к иному вероисповеданию. Девушка подарила молодому человеку религиозный амулет, медальон, который он носил на шее. Аллерголог расценил сказанное как аллергию на никель, наиболее частую форму металлом индуцированного контактного дерматита, и предположил, что и цепь, и медальон представляют собой сплав никеля или имеют никелированную поверхность, поэтому следует сделать анализ на никель. Терапевт отклонил предложение, ссылаясь на то, что незадолго до консультации «весьма непростые» отношения молодых людей прекратились, и парень вернул девушке ее подарок. Аллерголог предположил, что после прекращения контакта с «аллергеном» симптоматика у пациента стала претерпевать обратное развитие. Терапевт подтвердил это, однако привел новые жалобы пациента: появился участок такого же дерматита также в форме диска на внутренней поверхности левого запястья. Аллерголог высказал предположение о том, что это след от никелевого корпуса наручных часов. Именно это терапевт и сказал пациенту. Однако пациент удивился, ответив, что носит эти часы уже 15 лет и «никогда не страдал ни от какой аллергии на никель». Более того, покраснения здесь не наблюдалось даже тогда, когда появилась аллергия от религиозного медальона; лишь после того, как они с девушкой расстались, и он вернул ей медальон, тогда-то и начался «зуд на коже под часами».

*1. Возможно ли участие психолога в дальнейшем лечении данного пациента и в чем может выражаться данное участие? 2. Показанием к применению психотерапии в соматической клинике является отчетливый психический компонент в патогенезе и течении заболевания. Как можно охарактеризовать этот «психический компонент» с точки зрения клинической психологии? 3. Какова роль системы значимых отношений пациента в симптомообразовании болезни?*

**Ситуационная задача №2**

Пациент 33 лет страдает гастритом. Один раз было язвенное обострение. В ходе беседы с врачом выясняется, что и сам пациент, и его отец любят репчатый лук и употребляют его в больших количествах. Пациент не обращает внимания на то, что употребление лука в больших количествах приводит к нарушению работы пищеварительной системы, изменению кислотности. Отец пациента также страдает язвенной болезнью, но в более тяжелой (хронической) форме. Во время

беседы пациент вспоминает эпизод из детства: «Мы сидим на кухне с отцом и матерью. Мне года четыре. Мама хочет, чтобы я ел лук, она считает, что это полезно для здоровья. (В детстве я часто болел). Я отказываюсь. Говорю, что это гадость. Тут на помощь матери приходит отец. Он говорит, что лук – это вкусно и настоящие мужчины, чтобы быть здоровыми, должны есть лук. У меня на глазах он съедает головку лука средних размеров, предварительно посолив ее и ничем не заедая. Со вкусом жует. При этом глаза его краснеют, но он изо всех сил старается не показать, что вот-вот заплачет. (Смеется). После этого я самостоятельно прошу дать мне поллуковицы. Отец, гордый своей воспитательной работой, говорит, что половинка – это сейчас много, можно обойтись и четвертинкой. Я несколько обижен. Съедаю лук, помню сладкую горечь. С тех пор стараюсь есть лук за каждой едой, посыпая солью, как это делал отец, иногда 18 заедая черным хлебом. (Черный хлеб – это тоже «отцовская еда»). Интересно, что постепенно лук стал мне нравиться на вкус, по-настоящему нравится, горький и сладкий одновременно! Через некоторое время я стал гордиться тем, что могу есть лук в больших количествах и не плакать. Для меня это было важно. Только когда началось язвенное обострение, и я был вынужден больше прислушиваться к себе, я уловил, что стоит мне наесться лука, как обостряется гастрит. Раньше я не обращал на это внимания. Я жалел, что не могу есть лук, как раньше. Мне казалось, что недостаток витаминов скажется на моем здоровье.

*1. Возможно ли участие психолога в дальнейшем лечении данного пациента, и в чем должно выражаться это участие? 2. Наблюдаем ли мы в данном случае так называемое «семейное наследование», по Остроумову А.А. (1844-1908), и как можно охарактеризовать это наследование? 3. Каков механизм симптомообразования, и что может быть объектом психологических воздействий в данном случае – на индивидуальном уровне и на уровне семьи пациента?*

### **Ситуационная задача №3**

Психолог оказался свидетелем беседы двух врачей больницы, терапевта и хирурга, по поводу поступившей в больницу женщины 35 лет из далекого грузинского селения. Пациентка жаловалась на боли в животе. Заболевание началось после замужества. Боли длятся уже свыше 10 лет, постоянны – держатся с утра до вечера ежедневно, не связаны ни с приемом пищи, ни со стулом, ни с менструацией, ни с телодвижениями, не имеют четкой локализации. Терапевт (врач-интернист) утверждает, что боли такого характера не удастся объяснить какой-либо органической патологией кишечника, придатков, брюшины и т.п. Выражение лица пациентки очень печальное, она охотно ищет медицинской помощи, огорчена бесплодием, особенно травмирующим и унижительным в деревне с патриархальным укладом и многодетными семьями. При тщательном всестороннем исследовании не обнаружено никакой патологии, однако ирригоскопия (обследование толстого кишечника) показала, что сигмовидная кишка незначительно удлинена. Хирург, консультировавший больную, диагностировал долихосигму (длинная кишка) и предложил пациентке операцию. Терапевт, удивленный таким заключением, спорит с хирургом. Впервые, долихосигма – врожденный дефект, и если бы симптомы были связаны с ней, то

они должны длиться не 10 лет, а всю жизнь. Во-вторых, каким образом долихосигма может вызвать боли? Либо вследствие перерастяжения кишки каловыми массами, но тогда опорожнение кишечника должно давать хотя бы временное облегчение; либо вследствие перекрута чрезмерно подвижной петли на длинной брыжейке, но тогда боли были бы перемежающимися, сильными и повторно давали бы картину странгуляционной непроходимости. Ничего подобного у больной не наблюдалось. Хирург не опровергал возражений терапевта, однако стоял на своем. Пациентка буквально ухватилась за сделанное ей хирургом предложение, и терапевт был вынужден перевести ее в хирургическое отделение. Операция прошла успешно, женщина довольная уехала домой, однако через год вновь поступила в больницу с теми же жалобами.

*1. Каково возможное объяснение жалоб пациентки при повторной госпитализации? 2. Можно ли в данном случае ссылаться на исследования семейного контекста, имеющего особое значение у пациентов с хронической болью? 3. Каковы психологические механизмы симптомообразования у пациентов с хронической болью?*

#### **Ситуационная задача №4**

Врач пульмонологического отделения направил на консультацию к психологу пациента С. 42 лет. Врач сопроводил данный случай следующим комментарием. У пациента, вероятнее всего, «гипервентиляционный синдром» или, точнее, «синдром психогенной гипервентиляции». Гипервентиляция является одной из форм соматических реакций в ситуациях стресса, конфликта, фрустрации. Врач подчеркнул, что гипервентиляционный синдром у данного пациента как результат психотравмы весьма вероятен, так как у пациента был особенный дыхательный опыт в детстве (в младенчестве были длительные эпизоды затрудненного дыхания, безудержного плача, длительные приступы кашля). В семье пациента отмечается несколько избыточная фиксация на дыхательной функции (так называемый, «культ свежего воздуха»). В беседе с психологом пациент так описывает проявления заболевания: «Дышу усиленно, без насыщения, испытываю при этом массу неприятных ощущений со стороны сердца, потливость и озноб и т.п. Состояние очень тяжелое, мне кажется, смертельно опасное». Во время беседы даже небольшое беспокойство приводит к заметному учащению дыхания. Пациент признает роль пусковой психотравмирующей ситуации (неожиданное увольнение с работы в связи с обстановкой, обусловленной COVID-19) и признает также, что сперва был фиксирован на событии как таковом; однако физиологический аккомпанемент с течением времени стал столь силен, что на него и сместился акцент – «Мне плохо, я могу умереть».

*1. Каков психогенез симптома у данного пациента С. 42 лет с нейрогенной гипервентиляцией (психогенной одышкой)? 2. Каковы могут быть стратегические, тактические и процедурные компоненты психологической помощи данному пациенту? 3. Почему нельзя повторять типичную ошибку врачей и близких – при ощущении «нехватки воздуха» советовать пациенту с психогенной одышкой «открыть окно и дышать»?*

#### **Ситуационная задача № 5**

Женщина 26 лет, замужем 2 года. Отношения с мужем теплые, близкие. Последние три месяца с супругами живет свекровь – женщина энергичная, властная. Она полностью взяла на себя ведение домашнего хозяйства, мотивируя это плохими навыками и бездеятельностью невестки. В течение последних 2 недель у пациентки появились приступы рвоты после еды. На ФГДС без патологии.

*Какой наиболее вероятный диагноз? Обоснуйте. Распишите план работы с пациенткой*

#### **Ситуационная задача № 6**

Пациент Ф., 43 лет, строитель, обратился с жалобами на бессонницу, раздражительность, периодические боли за грудиной. Связывает появление симптомов с поведением жены, которая с самого начала совместной жизни, в течение 10 лет, постоянно «пилит его по мелочам». В конфликте старается молчать, но отмечает, что все равно не выдерживает, кричит при этом, может оскорбить жену. Говорит, что винит себя за это. Обращался три года назад к терапевту, который, исключив кардиологическую патологию, рекомендовал обратиться к психологу или психотерапевту. Однако, посчитав, что он сможет справиться сам, откладывал все время визит к специалисту.

*Оцените социальные, психологические факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента. Психодинамическое направление в интерпретации психосоматических заболеваний*

#### **Ситуационная задача № 7**

Пациентка В., 27 лет, психолог, обратилась по поводу постоянных конфликтов с мужем, в результате которых у неё развивается крик, продолжительностью 1-2 минуты, который она не может сдерживать. Понимает, как специалист, что сама провоцирует конфликты, так как при общении с мужем растет беспричинная раздражительность на него, и она также не может себя контролировать. Подобное поведение было и в первом браке, которое и привело его к разрыву. Сейчас боится, что распадется и второй брак.

*Проведите анализ ситуации, выберите тактику психодиагностики*

#### **Ситуационная задача № 8**

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

*Проведите анализ ситуации, выберите тактику психодиагностики*

#### **Ситуационная задача № 9**

Мужчина в возрасте 34 лет страдает бронхиальной астмой с 6-летнего возраста. Воспитывался в семье, где присутствовал отчим, который всегда предъявлял к мальчику повышенные требования, порой с применением

физического наказания. Данный больной пояснил, что всегда боится разгневаться, т.к. не хочет быть похожим на своего отца. Поэтому всегда опасается «выпустить свой гнев на воздух». Такие ситуации всегда провоцируют приступ удушья.

*Оцените социальные, психологические факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента. Определите тактику ведения пациента*

### **Ситуационная задача № 10**

Больная 35 лет предъявляет жалобы на боли в левой половине грудной клетки, чувство нехватки воздуха, страх смерти. При обследовании патологии сердца не выявлено. Наиболее активно предъявляет жалобы во время посещения родственников и врачебных обходов. В остальное время охотно общается с соседками по палате, смотрит телесериалы, оживленно и кокетливо разговаривает с мужчинами.

*Наиболее вероятно предположить? Оцените социальные, психологические факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента. Определите тактику ведения пациента*

### **Ситуационная задача № 11**

Мужчина 38 лет предъявляет жалобы на боли в левой половине грудной клетки, одышку. При обследовании соматической патологии выявить не удалось. Пациент отмечает, что в последнее время много работал, в том числе и по выходным дням. Последний раз был в отпуске 2 года назад. Отмечает ухудшение самочувствия к вечеру, раздражительность, головные боли, долго не может заснуть из-за мыслей о прошедшем дне.

*Наиболее вероятно предположить? Оцените социальные, психологические факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента. Определите тактику ведения пациента*

### **Ситуационная задача № 12**

У женщины 23 лет повторяющиеся приступы удушья в форме шумного, свистящего дыхания, сопровождающиеся чувством давления в горле и страхом смерти. Приступ продолжается 1-2 минуты, после его окончания отмечается отрыжка воздухом. При ларинго- и бронхоскопии органической патологии не выявлено.

*Наиболее вероятно предположить? Оцените социальные, психологические факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента. Определите тактику ведения пациента*

### **Ситуационная задача № 13**

Больная 45 лет. В ожидании нелюбимой невестки была в сильном волнении и при ее появлении на пороге у нее, по ее словам, "потемнело в глазах". Ей показалось, что она теряет зрение, и она вскоре перестала видеть. Глазное дно, ЭЭГ, Р-г черепа без патологии.

*Наиболее вероятно предположить? Оцените социальные, психологические факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента. Определите тактику ведения пациента*

## **Критерии оценки:**

**«Отлично» (зачет)** - Задача решена правильно, дано развернутое пояснение и обоснование сделанного заключения. Аспирант демонстрирует методологические и теоретические знания, свободно владеет научной терминологией. При разборе предложенной ситуации проявляет творческие способности, знание дополнительной литературы. Демонстрирует хорошие аналитические способности, способен при обосновании своего мнения свободно проводить аналогии между темами изучаемой дисциплины.

**«Хорошо» (зачет)** - Задача решена правильно, дано пояснение и обоснование сделанного заключения. Аспирант демонстрирует методологические и теоретические знания, свободно владеет научной терминологией. Демонстрирует хорошие аналитические способности, однако допускает некоторые неточности при оперировании научной терминологией.

**«Удовлетворительно» (зачет)** - Задача решена правильно, пояснение и обоснование сделанного заключения было дано при активной помощи преподавателя. Имеет ограниченные теоретические знания, допускает существенные ошибки при установлении логических взаимосвязей, допускает ошибки при использовании научной терминологии.

**«Неудовлетворительно» (незачет)** - Задача решена неправильно, обсуждение и помощь преподавателя не привели к правильному заключению. Обнаруживает неспособность к построению самостоятельных заключений. Имеет слабые теоретические знания, не использует научную терминологию.

## **ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

<b>№</b>	<b>ВОПРОС</b>
1.	История становления и особенности психосоматического подхода на современном этапе развития клинической психологии.
2.	Охарактеризуйте следующие понятия: психосоматический феномен, психосоматические и соматопсихические взаимодействия, психосоматический симптом, классические психосоматозы, соматоформные расстройства.
3.	Психосоматическое развитие: определение, этапы
4.	Факторы саногенного и патогенного психосоматического развития.
5.	Психосоматика как область междисциплинарных исследований.
6.	Объект, предмет и методы изучения психосоматики
7.	Современная биопсихосоциальная концепция болезни, здоровья и лечения; психогении и соматогении.
8.	Психосоматические феномены, их поведенческие характеристики
9.	Психосоматические и соматопсихические нарушения.
10.	Психосоматические расстройства в структуре различных заболеваний
11.	Идеи русской физиологической школы (И.М.Сеченов, И.П.Павлов и их ученики) и концепция нервизма

12.	Концепция стресса Селье и ее роль в понимании формирования психосоматической патологии
13.	Психосоматика в контексте концепций бихевиоризма и гуманистической психологии.
14.	Психоаналитическая концепция З.Фрейда и основные психодинамические концепции в психосоматике.
15.	Конверсионная модель психосоматического расстройства З. Фрейда.
16.	Теория эмоциональной специфичности Ф. Александер
17.	Концепция «алекситимии» Сифнеоса. Современные взгляды на генезис «алекситимии».
18.	Концепция профиля личности Ф. Данбар.
19.	Кортиковисцеральная теория патогенеза болезней внутренних органов К.М. Быкова, Курцина
20.	Гуманструктуральная модель личности и социопсихосоматические взгляды Г.Аммона.
21.	Интегративная модель здоровья, болезни и болезненного состояния по Вайнеру
22.	Понятие о психосоматическом больном как носителе симптомов своей группы. Транскультурная психосоматика
23.	Эмоции как фактор психосоматического симптомообразования.
24.	Клинические аспекты психосоматической проблемы по Ю.М. Губачеву
25.	Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен. Структура, типология
26.	Личностная саморегуляция и возможность психологического сопротивления болезни
27.	Поведенческие типы личности А и В: особенности, предрасположенность к заболеваниям
28.	Представление о синдроме вегетативной дистонии. Классификации Вейна
29.	Вегетативные кризы (панические атаки): этиология, эпидемиология, личностная предрасположенность
30.	Диагностические критерии и клинические проявления вегетативного криза. Виды кризов
31.	Гипервентиляционный синдром клинико-психологическая характеристика
32.	Мигрень: классификация, личностные особенности, этиологические факторы клинических проявлений
33.	Тиреотоксикоз: клинико-психологическая характеристика
34.	Сахарный диабет: клинико-психологическая характеристика
35.	Ожирение: клинико-психологическая характеристика.
36.	Личностные особенности и тип психологического конфликта у больных гипертонической болезнью
37.	Личностные особенности и тип психологического конфликта у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки
38.	Личностные особенности и тип психологического конфликта у больных

	бронхиальной астмой. Дифференциальный диагноз с гипервентиляционным синдромом
39.	Личностные особенности и тип психологического конфликта у больных нейродермитом
40.	Личностные особенности и тип психологического конфликта у больных онкобольных. Значение хронического стресса, конфликта идентичности и схема развития патологического процесса

### **Критерии оценки:**

**«Отлично»** - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой специальности. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

**«Хорошо»** - полное знание учебного материала, основной рекомендованной литературы, рекомендованной к занятию. Аспирант показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа.

**«Удовлетворительно»** - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающиеся допускает погрешности, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

**«Неудовлетворительно»** - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

### **ПЕРЕЧЕНЬ ТЕМ ДОКЛАДОВ**

1. Теория стресса Г. Селье, ее роль в разработке проблем психосоматики.
2. Основные модели психосоматического симптомогенеза, опирающиеся на понятие «физиологического» и «психологического» стресса.
3. Основные феномены совладания со стрессом. Их роль в симптомогенезе.
4. Биопсихосоциальная модель психосоматического симптомогенеза.
5. Современные концепции телесности.
6. Проблема психологической саморегуляции при психосоматических расстройствах.
7. Психосоматический подход в медицине;
8. Психосоматические и соматопсихические соотношения;
9. современная биопсихосоциальная концепция болезни, здоровья и лечения; психогении и соматогении.
10. Влияние психических факторов на возникновение, течение и лечение соматических и психосоматических заболеваний;

11. принципы психологического синдромного анализа в психосоматике.
  12. Влияние соматической болезни на психическую деятельность человека.
  13. Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен.
  14. Феноменология телесности. Границы тела, устойчивость образа тела, формы телесной идентичности.
  15. Внешнее и внутреннее тело, семантика «внутренней» телесности
- Критерии оценки:**

**«Отлично»** - тема доклада полностью раскрыта, продемонстрировано умение находить и использовать источники актуальной научной информации, умение критического анализа информации и самостоятельность суждений, свободное владение терминологией по теме доклада, соблюдено логическое построение доклада, сформулированы аргументированные выводы, продемонстрирован высокий уровень речевой культуры.

**«Хорошо»** - тема доклада полностью раскрыта, соблюдено логическое построение доклада, продемонстрировано умение находить и использовать источники актуальной научной информации, свободное владение терминологией по теме доклада, однако допускаются неточности в содержании доклада, демонстрируется недостаточная самостоятельность суждений и аргументация выводов.

**«Удовлетворительно»** - имеются существенные отступления от требований к устным докладам: тема освещена лишь частично, отсутствует логическое построение доклада и аргументированные выводы, использовано недостаточное количество источников научной информации, допущены фактические ошибки в содержании доклада.

**«Неудовлетворительно»** - тема доклада не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблематики темы доклада.

## **ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

*Выберите 1 правильный вариант ответа*

1. В патогенезе психосоматических заболеваний участвуют все кроме:

- 1) **черепно-мозговая травма**
- 2) хроническая психотравма
- 3) факторы биологического предрасположения

2. Выделите признаки, которые включают в понятие алекситимии:

- 1) затрудненность контактов с окружающими
- 2) **трудность в вербализации чувств**
- 3) трудность разграничения соматических ощущений и эмоций

3. Выберите из нижеперечисленного психосоматические заболевания:

- 1) системная красная волчанка

2) **атопический дерматит**

3) посттравматическое стрессовое расстройство

4. Выделите факторы предрасположения к гипертонической болезни:

1) **систолическая лабильность артериального давления**

2) Д-клеточная недостаточность

3) дисбаланс эстрогенов и прогестерона

5. Для развития язвенной болезни наиболее характерен тип стресса кроме

1) переживание потери значимого объекта

2) страх потерять работу, чье-то расположение, признание

3) перемещение и переезды за пределы привычного жизненного пространства

4) **ситуация ожидания**

6. Какой тип внутриличностного конфликта наиболее характерен для психосоматических заболеваний?

1) между желаниями и долгом

2) между возможностями личности и её завышенными требованиями к себе

3) **между эмоционально значимыми отношениями и агрессивными тенденциями**

7. Выберите общие признаки психосоматических заболеваний:

1) острое начало

2) **хроническое течение**

3) чаще манифестируют в пожилом возрасте

8. К личностным особенностям больных стенокардией и инфарктом миокарда относятся:

1) невротичность

2) **тягостное чувство неполноценности**

3) сенситивность

9. Какой тип личности более характерен для больных бронхиальной астмой?

1) псевдонезависимый

2) тип "А"

3) **истерический**

10. Какой тип личности из нижеперечисленных более характерен для больных язвенной болезнью?

1) **псевдонезависимый**

2) тип "А"

3) неврастенический

11. Какой тип личности из нижеперечисленных более характерен для больных ишемической болезнью сердца?

- 1) псевдонезависимый
- 2) тип "А"**
- 3) неврастенический

12. Выберите общие признаки психосоматических заболеваний:

- 1) острое
- 2) хроническое**
- 3) чаще манифестируют в пожилом возрасте

13. К личностным особенностям больных язвенной болезнью относят:

- 1) эмоциональное спокойствие
- 2) склонность к тревоге, опасениям, страхам**

14. Коронарный тип личности (Ф. Донбар) обнаруживает:

- 1) скрытность, способность сдерживаться**
- 2) синтонность
- 3) гипоманиакальность
- 4) неспособность контролировать свои эмоции
- 5) астеничность

15. У больного, страдающего атопической бронхиальной астмой, участились приступы астмы, несмотря на медикаментозную терапию. Какой механизм может в этом участвовать?

- 1) психотический
- 2) условно-рефлекторный**
- 3) связь с возрастом

16. У больного 45 лет острый обширный инфаркт миокарда. Какие психические нарушения могут возникнуть в остром периоде кроме?

- 1) делириозный синдром
- 2) выключение сознания
- 3) эйфория
- 4) астенический синдром**

17. Оптимизация терапии больных психосоматическими заболеваниями значит:

- 1) назначение психотропных препаратов
- 2) минимизация побочных эффектов
- 3) получение безусловно положительного эффекта
- 4) снижение риска осложнений
- 5) все вышеперечисленное**

18. Термин "алекситимия" означает:

- 1) расстройство способности чтения
- 2) **расстройство способности к вербализации чувств, переживаний**
- 3) замедление речи, наступающее во всех случаях заторможенного мышления

19. Алекситимия рассматривается как психологический фактор риска возникновения:

- 1) заикания
- 2) нервной анорексии
- 3) **психосоматических расстройств**
- 4) расстройства речи

20. Симпатико-адреналовые кризы при невротических расстройствах включают следующие симптомы:

- 1) **неприятные ощущения в области сердца с увеличением ЧСС**
- 2) неприятные ощущения в эпигастрии, усиление перистальтики
- 3) сухость кожных покровов, озноб
- 4) гиперемия кожных покровов, жар

21. Вагоинсулярные кризы при невротических расстройствах включают следующие симптомы, кроме :

- 1) понижение АД
- 2) чувство давления в области грудной клетки с ощущением "перебоев" в работе сердца
- 3) **увеличение ЧСС**
- 4) усиление перистальтики, тошнота, повышенное слюноотделение
- 5) гиперемия кожных покровов, жар

22. Мужчина 32 лет, находясь за рулем автомобиля, попал в аварию, в которой погибли его жена и 8-летняя дочь. Сам он отделался несколькими ушибами. Спустя 6 месяцев после этого отмечает: постоянно возникающие воспоминания о ситуации, депрессию, тревогу, усиливающиеся при виде детей, кошмарные сновидения. Иногда кажется, что видит среди прохожих лица, похожие на жену и дочь, слышит их крик в визге тормозов машин. Относится к этим переживаниям критично. Предположительный диагноз

- 1) **посттравматическое стрессовое расстройство**
- 2) конверсионное расстройство
- 3) МДП
- 4) органическое (посттравматическое) заболевание головного мозга

23. Репереживание психической травмы включает в себя все кроме:

- 1) повторяющиеся воспоминания
- 2) кошмарные сновидения
- 3) внезапное действие или ощущение себя так, будто событие повторяется **ВНОВЬ**
- 4) **псевдогаллюцинации**

24. Оптимальным при обнаружении у больного онкологической патологии будет:

- 1) не сообщать диагноз
- 2) сообщить диагноз родственникам
- 3) **привлечь для работы с больным психотерапевта**
- 4) назначить антидепрессанты

25. Отказ онкологического больного признать факт заболевания скорее всего будет следствием:

- 1) бредовых идей
- 2) **реакции личности на заболевание**
- 3) низкого интеллекта
- 4) депрессии

26. Ипохондрические расстройства сопровождаются обычно:

- 1) **тревогой**
- 2) апатией
- 3) манией

27. Отказ больного, несмотря на квалифицированное неоднократное разубеждение, признать отсутствие у него тяжелого соматического заболевания и вытекающие из этого настойчивые просьбы помочь ему, вылечить, спасти жизнь свидетельствуют о наличии у него:

- 1) **ипохондрического бреда**
- 2) ипохондрического отношения к болезни
- 3) ригидных установок
- 4) низкого интеллекта

28. На ипохондрический характер хронической боли указывают:

- 1) **большая степень озабоченности своим самочувствием, которая сама по себе становится причиной снижения профессиональной активности**
- 2) приступы булимии и гиперсексуальность
- 4) экзофтальм, оскудение волосяного покрова на лобке

29. К возникновению делириозного синдрома у соматически больного не будет предрасполагать:

- 1) интоксикация
- 2) наличие алкогольных психозов в анамнезе
- 3) возраст
- 4) **психотравмирующая ситуация**

30. Соматическим заболеванием может быть обусловлено возникновение синдромов кроме:

- 1) депрессивного синдрома

- 2) маниакального синдрома
- 3) Корсаковского синдрома
- 4) онейроидного синдрома

31. Возникновение эйфории у тяжелого соматического больного может быть обусловлено:

- 1) улучшением состояния
- 2) **ухудшением состояния**
- 3) полом
- 4) возрастом

32. Дезориентировка в месте и времени с истинными слуховыми и зрительными галлюцинациями характерна для:

- 1) галлюцинаторно-бредового синдрома
- 2) **делириозного синдрома**
- 3) онейроидного синдрома
- 4) Корсаковского синдрома

33. Больная 56 лет обратилась с жалобами на похудание в течение месяца на 5 кг, запоры, боли в животе. Какое заболевание можно предположить?

- 1) кишечная непроходимость
- 2) **депрессия**
- 3) ипохондрическое расстройство

34. Что такое боль?

- 1) **неприятный чувственный опыт, ассоциируемый с реальным или потенциальным повреждением**
- 2) патологические сенсации от разрушенного органа
- 3) сомато-вегетативные реакции

35. Аффективные реакции сопровождают боль все, кроме ?

- 1) тревога, страх
- 2) депрессивная реакция
- 3) дисфории
- 4) **апатия**

36. Среди соматических осложнений алкогольного абстинентного синдрома наиболее характерны все, кроме

- 1) пневмония
- 2) панкреатит
- 3) **тромбоэмболия легочной артерии**
- 4) алкогольный делирий

37. Степень астении по мере нарастания тяжести состояния соматического больного:

- 1) **нарастает**

- 2) снижается
- 3) сначала нарастает, затем снижается
- 4) не зависит от тяжести состояния

38. Если на фоне терапии анальгетиками боли сохраняются, необходимо:

- 1) рекомендовать изменить образ жизни (позу во время работы, постель, стереотипы привычных поз или движений)
- 2) назначить психотропные препараты
- 3) назначить поведенческую психотерапию
- 4) **все вышеперечисленное**

39. Если не удалось установить причину боли в процессе соматического и неврологического обследования, на какие факторы необходимо обратить внимание, кроме 1) психические расстройства

- 2) привыкание к наркотикам
- 3) стрессовые ситуации в жизни больного
- 4) **уровень интеллекта**

40. Депрессия и тревога в сочетании с паническими атаками или без них отмечаются примерно у половины пациентов с:

- 1) **синдромом Иценко-Кушинга**
- 2) гипонатриемией
- 3) гипернатриемией
- 4) гипотиреозом

41. Все следующие утверждения по поводу феохромоцитомы верны, кроме:

- 1) она вызывает панику аналогичную спонтанным паническим атакам
- 2) она секретирует катехоламины
- 3) при ней редко развивается агорафобия
- 4) она приводит к приступам злокачественной гипертензии
- 5) **во время приступов типична повышенная двигательная активность**

42. Из перечисленных заболеваний могут вызвать симптомы, идентичные таковым при паническом расстройстве кроме:

- 1) феохромоцитомы
- 2) гипогликемия
- 3) интоксикация кофеином
- 4) абстиненция при злоупотреблении барбитуратами
- 5) **аутоиммунный тиреоидит**

43. Какие из перечисленных вариантов развития характерны для психосоматических заболеваний, кроме

- 1) ситуационный
- 2) **невротический**
- 3) церебральный

44. К направлениям в исследовании психосоматической медицины относятся все, кроме

- 1) психодинамического
- 2) интегративного
- 3) гуманистического**
- 4) психофизиологического

45. Нозогении относят в группу:

- 1) соматогенных психических расстройств
- 2) психогенных психических расстройств**

46. Соматизированное расстройство часто сопровождается:

- 1) трудностью социальной адаптации**
- 2) стеничными требованиями коррекции внешности

47. К диссоциативным расстройствам относятся все кроме:

- 1) астазия-абазия
- 2) расстройство множественной личности
- 3) пролонгированная депрессивная реакция**

48. Соматоформная вегетативная дисфункция верхних отделов ЖКТ проявляется:

- 1) психогенной аэрофагией**
- 2) метеоризмом
- 4) синдромом Да Коста

59. К основным вариантам ипохондрического синдрома относятся:

- 1) состояние упорной соматоформной боли
- 2) сенесто-ипохондрический синдром**
- 3) нервная анорексия

60. При психических заболеваниях, осложненных соматической патологией, соматические расстройства являются:

- 1) следствием патологических форм поведения**
- 2) этиологическим фактором

61. К психическим расстройствам, осложняющимся соматической патологией, относят все кроме:

- 1) аддиктивные расстройства
- 2) расстройства пищевого поведения
- 3) агорафобию**

62. К характерным проявлениям соматоформных вегетативных дисфункций относят:

- 1) наличие суточной динамики симптоматики
- 2) сочетание жалоб специфического и неспецифического (общевегетативного) характера**
- 3) похудание на 5 и более % от исходной массы тела

63. Убежденность в наличии у себя воображаемого физического недостатка или уродства квалифицируют как:

- 1) дисморфофобию
- 2) дисморфоманию**
- 3) ипохондрию

64. Аутоагрессивные действия более характерны для больных:

- 1) с дисморфофобией
- 2) с дисморфоманией**
- 3) с арахнофобией

65. Синдром дисморфомании включает идеи, кроме:

- 1) физического недостатка
- 2) отношения
- 3) преследования**

66. Постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к еде в большей степени характерны для:

- 1) больных с депрессией
- 2) больных с обсессивно-фобическим расстройством
- 3) больных с нервной булимией**

67. В основе нервной булимии и нервной анорексии могут лежать:

- 1) кататонические расстройства
- 2) дисморфоманические расстройства**
- 3) фокальные припадки в форме абдоминальных болей

68. Характерными осложнениями нервной анорексии являются:

- 1) кахексия**
- 2) маточные кровотечения
- 3) симптомы гиперфункции щитовидной железы

69. У больной 56 лет избыточный вес, который обусловлен систематическим усилением влечения к пище на фоне фрустрирующих ситуаций. Что следует рекомендовать?

- 1) ограничение пищи богатой углеводами и жирами
- 2) лечебную физкультуру
- 3) симптомцентрированную психотерапию
- 4) ноотропы
- 5) все вышеперечисленное**

70. Отсутствие аппетита психогенной этиологии, представляющее угрозу здоровью и даже жизни, называется:

- 1) психогенная булимия
- 2) болезнь Крона
- 3) нервная анорексия**
- 4) гипертиреоз

71. Нервная анорексия чаще возникает:

- 1) у пожилых людей
- 2) у девушек и молодых женщин**
- 3) у юношей и молодых мужчин
- 4) у лиц обоего пола после 30 лет
- 5) после тяжело протекавшей беременности

72. Нарушение пищевого поведения в форме нервной анорексии чаще требует дифференциального диагноза с расстройствами при:

- 1) эпилепсии
- 2) шизофрении**
- 3) алкоголизме
- 4) маниакально-депрессивном психозе

73. Причинами невротического расстройства являются все, кроме

- 1) биологическая предрасположенность индивида
- 2) внутриличностный конфликт
- 3) психотравмирующая ситуация
- 4) аддиктивные расстройства**

74. Возникновение внутриличностного конфликта в большей степени обусловлено

- 1) наследственной предрасположенностью
- 2) стилем воспитания**
- 3) психотравмирующими ситуациями

75. Симптомами невротического расстройства могут быть:

- 1) экспираторная одышка
- 2) подъем диастолического давления выше границ нормы
- 3) чувство нарушения сердечного ритма**

76. При обсессивно-фобических расстройствах наиболее вероятны следующие соматические проявления, кроме

- 1) расстройства стула
- 2) кардиалгии
- 3) чувство нарушения сердечного ритма
- 4) рвота**

77. При истерии наиболее вероятны следующие соматические проявления:

- 1) рвота
- 2) одышка
- 3) расстройства стула
- 4) кардиалгии
- 5) все вышеперечисленное**

78. При неврастении наиболее вероятны следующие соматические проявления все, кроме

- 1) кардиалгии
- 2) колебания систолического давления
- 3) дизурические явления
- 4) рвота**

79. Диагноз невротического расстройства ставится на основании всего, кроме:

- 1) исключения других психических и соматических заболеваний, объясняющих жалобы больного
- 2) оценки клинической картины нарушений
- 3) выявления актуальной психотравмирующей ситуации и связанного с ней внутриличностного конфликта
- 4) данных нейропсихологического исследования**

80. К симптомам неврастения не относятся:

- 1) быстрая утомляемость
- 2) раздражительность
- 3) устойчиво тоскливое настроение**
- 4) расстройства настроения

81. Навязчивые страхи могут встречаться при всем кроме

- 1) конверсионных расстройствах
- 2) обсессивно-фобических расстройствах
- 3) шизофрении
- 4) Корсаковском синдроме**

82. Что НЕ характерно для невротического расстройства?

- 1) психогенная природа
- 2) функциональные соматические расстройства
- 3) обратимость нарушений
- 4) симптоматика психотического уровня**

83. Ведущая роль в этиологии невротических расстройств принадлежит:

- 1) наследственным факторам
- 2) психотравме**

- 3) соматической ослабленности
- 4) социальным факторам

83. Внутренний конфликт при неврастении – это:

- 1) **конфликт между уровнем возможностей и потребностей**
- 2) конфликт между желаниями и социальными требованиями
- 3) конфликт по типу "хочу и нельзя"

84. Патогенность невротического конфликта определяется всем, кроме:

- 1) массивностью психотравмы
- 2) длительностью действия психотравмы
- 3) значимостью конфликта для личности
- 4) **наличием аддиктивных расстройств**

85. Психологическая защита – это:

- 1) самопсихотерапия
- 2) психологические приемы, с помощью которых уменьшается психологический дискомфорт
- 3) сознательная стратегия преодоления ситуаций
- 4) **все вышеперчисленное**

86. Для личности больных с конверсионными расстройствами не характерно:

- 1) **погруженность во внутренний мир**
- 2) внушаемость
- 3) эгоцентризм
- 4) межличностная зависимость
- 5) завышенная самооценка

87. Для конверсионных расстройств не характерны конфликты:

- 1) **между потребностью в независимости и зависимым положением**
- 2) между сексуальными потребностями и требованиями среды
- 3) между потребностью проявить себя и отсутствием положительного подкрепления
- 4) между уровнем притязаний и уровнем возможностей

88. Психологический смысл конверсионных расстройств в:

- 1) отказе от самостоятельного решения проблем
- 2) устранении от реальной оценки собственной роли в конфликтной ситуации
- 3) **все всем вышеперчисленном**

89. Для обсессивно-фобических расстройств характерны невротические конфликты между:

- 1) потребностью в независимости и зависимым положением
- 2) **желаниями и долгом**

- 3) потребностью в быстром достижении успеха и адекватными усилиями
- 4) потребностью достижения успеха в различных областях жизни и невозможностью совместить эти потребности

90. Для больных неврастением не характерно:

- 1) превышение требований к себе над личными ресурсами
- 2) перекладывание ответственности за свои проблемы на окружающих**
- 3) завышенная самооценка

91. Психологический смысл симптомов при неврастении в:

- 1) уходе от восприятия несоответствия "Я-образа" и действительных черт личности
- 2) стремлении избежать изматывающих нагрузок
- 3) всем вышеперечисленном**

92. Если психологическая защита не эффективна:

- 1) эмоциональное напряжение переключается на соматический уровень реагирования**
- 2) включается копинговое поведение

93. Хроническая психическая травма вызывает:

- 1) невротическое расстройство**
- 2) шизофрению
- 3) эпилепсию

94. Факторы, способствующие развитию психогенного расстройства:

- 1) наличие психотравмирующей ситуации
- 2) значимость психотравмы для данной личности
- 3) повторные черепно-мозговые травмы в анамнезе
- 4) все вышеперечисленные**

95. При обсессивно-фобическом расстройстве наименее вероятны следующие соматические проявления:

- 1) расстройства стула
- 2) кардиалгии
- 3) чувство нарушения сердечного ритма
- 4) рвота**

96. В большей степени неспособность больных невротическим расстройством разрешить конфликт вызвана прежде всего:

- 1) сложностью психотравмирующей ситуации
- 2) наличием акцентуации характера
- 3) недостаточно высоким интеллектом
- 4) неосознаванием внутриличностного конфликта**

97. Больные с невротическим спазмом пищевода:

- 1) **легче глотают твердую пищу**
- 2) легче глотают жидкую пищу
- 3) с трудом глотают как твердую, так и жидкую пищу

98. Фобический синдром при невротических расстройствах проявляется:

- 1) **навязчивым переживанием страха и пониманием его необоснованности**
- 2) навязчивым переживанием страха и дисфориями
- 3) наличием четкой фабулы страха и отсутствием компонента борьбы

99. Клиническая картина невротических нарушений сердечно-сосудистой деятельности

представлена в виде следующих синдромов:

- 1) **кардиалгического**
- 2) Вольфа–Паркинсона–Уайта
- 3) синдрома кардиоспазма

100. Конверсионные симптомы отличаются от симптомов, обусловленных соматическим (органическим) заболеванием, всем, кроме

- 1) утрата функции соответствует представлению пациента о том, как работает его тело, а не данным анатомии и физиологии
- 2) пациент вырабатывает особое отношение к симптому, обычно либо театральное, либо безразличное
- 3) **симптом подтверждается структурным (тканевым, органическим) дефектом**

4) можно доказать, что симптом выполняет некоторую функцию в жизни пациента

101. У женщины 32 лет периодически появляются приступы звучной икоты, возникающие, как правило, в публичных местах, а также при волнении. Наиболее вероятен диагноз:

- 1) хронический гастродуоденит
- 2) рефлюкс-эзофагит
- 3) **невротическая икота**
- 4) релаксация диафрагмы
- 5) невротическая аэрофагия

102. Астенический синдром при невротических расстройствах включает следующие компоненты, кроме :

- 1) собственно астению
- 2) вегетативные проявления
- 3) **депрессивные расстройства**
- 5) расстройства сна

103 . Ведущими жалобами при астеническом синдроме являются:

- 1) колебания АД
- 2) утомляемость**
- 3) снижение настроения

104. Ведущими жалобами при фобическом синдроме являются:

- 1) колебания АД
- 2) утомляемость
- 3) головная боль
- 4) страхи**

105. Для невротической депрессии в отличие от эндогенной характерно:

- 1) отражение в симптомах психотравмирующей ситуации**
- 2) отсутствие борьбы с болезнью
- 3) преобладание идей самообвинения
- 4) отчетливые суточные колебания настроения

106. Тяжелые приступы икоты, кроме невротического расстройства, наблюдаются при:

- 1) ИБС
- 2) пневмотораксе
- 3) ХПН**
- 4) шейном остеохондрозе
- 5) недостаточности клапанов аорты

107. Для невротического синдрома нарушения дыхания характерно:

- 1) приступы экспираторной одышки, сопровождающиеся сухими жужжащими хрипами, слышными на расстоянии
- 2) одышка усиливается при незначительной физической нагрузке и сопровождается цианозом
- 3) приступы одышки возникают в ночное время и сопровождаются влажными хрипами в нижнезадних отделах легких
- 4) периодически возникает чувство нехватки воздуха, ощущение неполноценности воздуха; цианоз и хрипы отсутствуют**

108. Для невротической депрессии характерно:

- 1) отражение в симптомах психотравмирующей ситуации, отчетливые суточные колебания настроения
- 2) пессимистическое отношение не ограничивается зоной психо-травмирующей ситуации, наличие идей самообвинения
- 3) выраженный компонент борьбы с болезнью, отражение в симптомах психотравмирующей ситуации**

109. Для соматизированной эндогенной депрессии характерно:

- 1) понимание связи своего состояния с психотравмирующей ситуацией
- 2) отражение в симптомах психотравмирующей ситуации, выраженный компонент борьбы с болезнью

**+ 3) стойкость клинических проявлений болезни, хороший эффект при лечении антидепрессантами, сенесто-ипохондрические проявления при отсутствии органических нарушений, ранние пробуждения**

110. Невротические расстройства ЖКТ могут быть представлены:

- 1) отрыжкой
  - 2) рвотой
  - 3) аэрофагией
  - 4) кардиоспазмом
  - 5) спазмом пищевода
- б) всем вышеперечисленным**

111. При нейроциркуляторной дистонии гипертонического типа невротического происхождения со стороны глазного дна находят:

- 1) гипертоническую ангиопатию
- 2) отек соска зрительного нерва
- 3) отсутствие изменений**
- 4) расширение вен

112. Для синдрома гипервентиляции верно все, кроме:

- 1) может привести к респираторному ацидозу
- 2) может привести к снижению уровня кальция в крови**
- 3) часто связан с паническим расстройством
- 4) его симптомы могут быть воспроизведены введением лактата натрия

### **Тестовые задания**

#### **Критерии оценки:**

«Отлично» - количество правильных ответов на задания теста 91% и более.

«Хорошо» - количество правильных ответов на задания теста от 81% до 90%.

«Удовлетворительно» - количество правильных ответов на задания теста от 71% до 80%.

«Неудовлетворительно» - количество правильных ответов на задания теста 70% и менее.

#### **Конспекты лекций**

#### **Критерии оценки:**

«Зачет» - наличие конспекта лекции, содержание которого полностью соответствует лекционному материалу.

«Незачет» - отсутствие конспекта лекции.

## 2. КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТЦИИ

знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности в процессе  
освоения

дисциплины «Психосоматика»

### Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Психосоматика»

№	ВОПРОС
1.	История становления и особенности психосоматического подхода на современном этапе развития клинической психологии.
2.	Охарактеризуйте следующие понятия: психосоматический феномен, психосоматические и соматопсихические взаимодействия, психосоматический симптом, классические психосоматозы, соматоформные расстройства.
3.	Психосоматическое развитие: определение, этапы
4.	Факторы саногенного и патогенного психосоматического развития.
5.	Психосоматика как область междисциплинарных исследований.
6.	Объект, предмет и методы изучения психосоматики
7.	Современная биопсихосоциальная концепция болезни, здоровья и лечения; психогении и соматогении.
8.	Психосоматические феномены, их поведенческие характеристики
9.	Психосоматические и соматопсихические нарушения.
10.	Психосоматические расстройства в структуре различных заболеваний
11.	Идеи русской физиологической школы (И.М.Сеченов, И.П.Павлов и их ученики) и концепция нервизма
12.	Концепция стресса Селье и ее роль в понимании формирования психосоматической патологии
13.	Психосоматика в контексте концепций бихевиоризма и гуманистической психологии.
14.	Психоаналитическая концепция З.Фрейда и основные психодинамические концепции в психосоматике.
15.	Конверсионная модель психосоматического расстройства З. Фрейда.
16.	Теория эмоциональной специфичности Ф. Александер
17.	Концепция «алекситимии» Сифнеоса. Современные взгляды на генезис «алекситимии».
18.	Концепция профиля личности Ф. Данбар.
19.	Кортиковисцеральная теория патогенеза болезней внутренних органов К.М. Быкова, Курцина
20.	Гуманструктуральная модель личности и социопсихосоматические взгляды Г.Аммона.
21.	Интегративная модель здоровья, болезни и болезненного состояния по Вайнеру

22.	Понятие о психосоматическом больном как носителе симптомов своей группы. Транскультурная психосоматика
23.	Эмоции как фактор психосоматического симптомообразования.
24.	Клинические аспекты психосоматической проблемы по Ю.М. Губачеву
25.	Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен. Структура, типология
26.	Личностная саморегуляция и возможность психологического сопротивления болезни
27.	Поведенческие типы личности А и В: особенности, предрасположенность к заболеваниям
28.	Представление о синдроме вегетативной дистонии. Классификации Вейна
29.	Вегетативные кризы (панические атаки): этиология, эпидемиология, личностная предрасположенность
30.	Диагностические критерии и клинические проявления вегетативного криза. Виды кризов
31.	Гипервентиляционный синдром клинико-психологическая характеристика
32.	Мигрень: классификация, личностные особенности, этиологические факторы клинических проявлений
33.	Тиреотоксикоз: клинико-психологическая характеристика
34.	Сахарный диабет: клинико-психологическая характеристика
35.	Ожирение: клинико-психологическая характеристика.
36.	Личностные особенности и тип психологического конфликта у больных гипертонической болезнью
37.	Личностные особенности и тип психологического конфликта у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки
38.	Личностные особенности и тип психологического конфликта у больных бронхиальной астмой. Дифференциальный диагноз с гипервентиляционным синдромом
39.	Личностные особенности и тип психологического конфликта у больных нейродермитом
40.	Личностные особенности и тип психологического конфликта у онкобольных. Значение хронического стресса, конфликта идентичности и схема развития патологического процесса

### **Критерии оценки:**

**«Отлично»** - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой специальности. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

**«Хорошо»** - полное знание учебного материала, основной рекомендованной литературы, рекомендованной к занятию. Аспирант показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и

обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа.

**«Удовлетворительно»** - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающиеся допускает погрешности, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

**«Неудовлетворительно»** - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.